GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2e SÉRIE — TOME XX

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE — BLACHEZ — G. DIEULAFOY — DREYFUS-BRISAC — FRANÇOIS-FRANCK
A. HÉNOCQUE — L. LEREBOULLET — P. RECLUS

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XX — 1883



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXIII

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 4 janvier 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE. — LES NOUVELLES ÉCOLES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — SUR LE PSEUDO-LIPOME SUS-CLAVICULAIRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Séance de l'Académie de médecine.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été très courte. M. le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, a été nommé, au premier tour, membre associé national.

M. le docteur Vidal, candidat dans la section de thérapeutique, a lu un mémoire sur le traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique. Ce mémoire a été écouté avec intérêt.

Les nouvelles Écoles du service de santé militaire.

Depuis que l'idée de la création de nouvelles Écoles préparatoires, destinées à assurer le recrutement des élèves du service de santé militaire, s'impose aux méditations du ministre de la guerre et du ministre de l'instruction publique, plusieurs Facultés et même des Écoles secondaires de médecine multiplient leurs démarches dans le but de profiter des avantages que pourrait leur offrir une création de ce genre. Nous avons déjà reproduit la délibération prise par la Faculté de Bordeaux; nous savons, de source autorisée, que Lyon se prépare à faire des sacrifices sérieux pour obtenir qu'une école militaire soit annexée à sa faculté de médecine; Nancy a déjà protesté, rappelant que l'École instituée près la Faculté de Strasbourg a dû sa prospérité au dévouement et à l'activité des maîtres distingués qui professaient avant 1870 et qui depuis, — nous parlons de ceux qui survivent, — se sont, pour la plupart, installés à Nancy. Voici qu'à son tour la Faculté de Montpellier qui, nous ne l'avons pas oublié, a accueilli avec tant de courtoisie en 1870 les débris de l'École de Strasbourg, délègue près du ministre de la guerre plusieurs de ses professeurs assistés de membres du Conseil municipal, de députés et de sénateurs. Aux instances de ses collègues du Parlement, parmi lesquels M. le docteur Dupré, sénateur et professeur de clinique médicale à Montpellier, et de MM. Benoît et Moitessier, doyen et ancien doyen de la même Faculté, le ministre de la guerre a déclaré qu'en présence de compétitions aussi multiples, il devait différer sa décision. Nous comprenons cette réserve, et il nous semble que le ministre de la guerre, dûment autorisé à se montrer difficile, se trouve en droit de prendre des résolutions dont pourra profiter la médecine militaire. Comme le dit fort bien un article que vient de publier (n° 21, 24 décembre 1882) le *Journal de médecine de Bordeaux*, le système des Écoles préparatoires de médecine militaire a rendu les plus grands services. « Au point de vue scientifique, les élèves militaires, recrutés au concours, obligés au travail par le casernement, par leurs répétitions et des examens multiples, puisaient dans les cours de clinique de la Faculté une instruction complète et se montraient, en toute circonstance, supérieurs à la moyenne des étudiants civils. Mais leur présence même dans la Faculté réagissait de la façon la plus heureuse sur le personnel libre et, mus par une noble émulation, leurs camarades civils rivalisaient avec les militaires dans les concours d'internat, de préparateur, de prosecteur, etc. Sous cette double influence, non seulement le niveau scientifique de Strasbourg s'était élevé à une grande hauteur pendant les dernières années, mais même le nombre des élèves civils y avait augmenté proportionnellement à celui des étudiants militaires. »

Nous applaudissons à ces paroles, qui montrent l'avantage qu'auraient à la fois le département de la guerre et celui de l'instruction publique à la création projetée. Ce qu'il y faut ajouter, c'est la nécessité d'imposer à la Faculté ou aux Facultés qui accepteront la charge et qui auront l'honneur et le profit de former les nouveaux médecins de l'armée, un règlement qui ressemble à celui qu'avait accepté la Faculté de Strasbourg. Ce qui a permis, en effet, d'obtenir de 1860 à 1870 les résultats si heureux que l'on signale, c'est l'accord parfait qui a toujours existé entre la Faculté et l'École

militaire, c'est la discipline des professeurs, des agrégés, des fonctionnaires de la Faculté, c'est l'autorisation donnée aux délégués du ministre de la guerre d'exercer un contrôle direct sur l'enseignement, et de s'entendre avec les professeurs de la Faculté pour assurer l'exactitude des cours, des conférences et des examens spéciaux aux élèves militaires. Il conviendrait donc, avant de prendre une décision définitive, d'établir, comme on l'avait fait en 1860, une sorte de *Cahier des charges* que les Facultés qui sollicitent aujourd'hui l'honneur de recevoir les élèves militaires, auraient à examiner afin de bien comprendre ce que leur demandera l'administration de l'armée. Il appartiendra ensuite au ministre de la guerre d'étudier avec soin l'organisation matérielle des diverses Facultés et de rechercher quelles sont, parmi les cinq Facultés de province, celles qui lui donneront le plus de garanties. Alors seulement on pourra discuter les offres qui se multiplient aujourd'hui.

— Nous avons annoncé qu'une commission avait été nommée pour rédiger un règlement sur le corps de santé militaire. Les membres de cette commission sont : MM. le général Fay, commandant la 4e brigade d'infanterie ; Baratier, sous-intendant militaire de première classe, professeur à l'École supérieure de guerre ; Allaire, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, à Paris ; Altmayer, chef de bataillon au 5e de ligne ; Chambé, médecin-major de première classe au 74e de ligne, rapporteur ; Schaeuffele, pharmacien-major de première classe, attaché au ministère de la guerre ; Sézary, officier d'administration principal, comptable de l'hôpital du Val-de-Grâce ; Troy, faisant fonctions de sous-chef au bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre.

Des indications thérapeutiques dans la fièvre typhoïde.

(Deuxième article.)

II

L'hyperpyrexie ou plus exactement l'hyperthermie tient-elle sous sa dépendance l'état typhoïde et les phénomènes généraux graves de la dothiénentérie, comme l'a dit Liebermeister ? L'observation clinique a fait justice de cette théorie pathogénique excessive. A la vérité, l'élévation exagérée de la température suffit pour produire certaines complications, nous l'avons rappelé dans un précédent article ; mais ce serait s'exposer à de pénibles mécomptes que d'accorder à l'état de la température une valeur pronostique exclusive, et dans les formes les plus redoutables de la maladie la courbe thermométrique peut être en désaccord avec l'état général.

Cette donnée clinique est pleinement confirmée par l'expérience thérapeutique. L'acide salicylique, ce merveilleux antipyrétique, ne peut souvent rien contre les accidents ataxiques qui sont, on le sait, l'expression la plus grave des fièvres typhoïdes. Il conserve, il est vrai, toute son efficacité antithermique, et à ce titre il reste utile, mais l'abaissement de la température ainsi obtenu peut être sans influence sur la marche de la maladie.

Cette impuissance de la médication antipyrétique est d'autant plus regrettable que le pronostic de cette forme de dothiénentérie est plus fatal. Elle déjoue les essais les plus rationnels comme les plus audacieux de la thérapeutique, et si quelquefois la méthode des bains froids ou quelque autre donne des succès inespérés, trop souvent le malade succombe quoi qu'on fasse. Quand, suivant la remarque de notre maître M. le professeur Peter, on observe la fréquence du pouls coïncidant avec les phénomènes ataxiques, délire, soubresauts des tendons, tremblement des extrémités, la mort est presque certaine à brève échéance. Cela prouve une fois de plus que l'appréciation du pouls a une importance égale sinon supérieure à celle de la température. Tous les cliniciens ont fait cette curieuse observation que, dans la fièvre typhoïde, les pulsations radiales ne dépassaient guère 90 ou 100, alors que le thermomètre marquait dans l'aisselle 40 ou 41 degrés. Chez l'adulte, un pouls à 120 et au-dessus est l'indice d'un état grave et menaçant.

Est-ce à dire que l'on ne doive rien tenter en pareille circonstance ? Non certes, et plus que jamais il faut agir en surveillant et combattant au fur et à mesure les manifestations multiples et variées de la maladie. Les indications qui en découlent sont diverses, mais il en est une qui commande toutes les autres. Nul doute qu'une atteinte profonde soit portée au système nerveux central et que la localisation en cette région du poison typhique y provoque des lésions congestives ou même plus profondes. C'est donc de ce côté qu'il faut frapper, en mesurant l'énergie des moyens à l'intensité des accidents comme à la résistance du sujet. Deux ordres de moyens ont été successivement prônés : d'une part les antiphlogistiques et les révulsifs, de l'autre, les affusions et les bains d'eau froide. Les uns et les autres peuvent être, suivant les cas, d'un réel secours.

Autrefois, l'on n'aurait pas hésité à pratiquer une et plusieurs saignées générales à un malade atteint de fièvre typhoïde avec accidents ataxiques. Cette méthode ne compte plus guère de partisans, mais est-ce à dire que les émissions sanguines doivent être absolument proscrites ? Nous avons entendu à plusieurs reprises nos maîtres déplorer leur abandon trop systématique. On voit souvent des typhiques soulagés à la suite d'hémorrhagies nasale ou intestinale, pourvu qu'elles ne soient pas trop abondantes, et cela sans doute en raison de la décongestion qu'elles produisent. Chez des malades en proie à une céphalalgie vive avec délire, rétrécissement des pupilles, soubresauts des tendons, on ne fera donc qu'imiter ou remplacer une crise naturelle en provoquant une hémorrhagie artificielle. Cela est obtenu facilement et sans dommage par l'application de 6 ou 8 sangsues au niveau de chaque apophyse mastoïde ; sous l'influence de cette émission sanguine locale répétée une ou plusieurs fois, on pourra voir la céphalée et les phénomènes nerveux s'amender, sinon disparaître pour un temps plus ou moins long.

Les ventouses scarifiées à la nuque, les ventouses sèches en grand nombre appliquées le long de la colonne vertébrale, les sinapismes promenés sur les membres inférieurs, en un mot les révulsifs énergiques et répétés répondent, comme les émissions sanguines locales, à l'indication majeure des fièvres typhoïdes ataxiques. Et d'autre part les purgatifs agissant à la fois comme évacuants et dérivatifs ne doivent pas être négligés, si du moins la diarrhée n'est pas trop abondante, si l'état général le permet.

Il faut bien le reconnaître, malgré leur utilité incontestable, tous ces moyens ne sont que des palliatifs incertains, souvent insuffisants. Aussi bon nombre de médecins français, quoique peu engoués de la méthode de Brand, ont-ils eu recours aux affusions froides, aux bains froids, et maintenant encore préconisent-ils l'emploi des bains tièdes.

Ce que nous avons dit précédemment sur le peu d'efficacité

de la médication antithermique contre les accidents ataxiques, prouve amplement que le bain froid n'agit pas seulement en soustrayant à l'organisme une partie de son calorique. Son action est plus complexe, et comme l'a bien montré M. le professeur Peter, c'est un modificateur énergique du système nerveux, un révulsif d'autant plus puissant qu'il est général. A ce titre, il serait tout à fait indiqué dans les formes graves de fièvre typhoïde, n'étaient les dangers qu'il fait courir. La mort subite par syncope, les congestions pulmonaires foudroyantes lui ont été quelquefois attribuées, et peut-être pourrait-on tenir moins de compte de ces accidents exceptionnels, si l'effet curatif de la médication était plus constant.

Les bains tièdes à 28 ou 30 degrés n'ont pas les inconvénients des bains froids proprement dits, et leur emploi peut être utile dans les formes hyperthermiques avec accidents cérébraux. Ils déterminent généralement avec un abaissement de la température une sédation momentanée des phénomènes nerveux et sont facilement acceptés par le malade. Combinés avec les lotions froides, ils peuvent donc être considérés comme d'utiles adjuvants du traitement.

III

Les phénomènes ataxiques qui sont pour le médecin l'indice d'un danger pressant, ne doivent pas faire négliger l'adynamie qui, plus lentement et plus silencieusement, peut amener la mort. Dès le début, il faut y veiller, soutenir les forces du malade et modérer la dénutrition. L'extrait de quinquina associé à la potion de Todd convient à la généralité des cas, mais il ne suffit pas toujours, sans compter que l'intolérance stomacale peut rendre son administration difficile. Les injections sous-cutanées d'éther au nombre de 2 à 3 par jour sont alors d'un secours précieux. Quand le pouls faiblit et s'accélère, quand en même temps les voies respiratoires tendent à s'engouer et que l'abdomen se météorise, l'éther administré par la voie hypodermique rend des services non moins évidents que dans les hémorrhagies, les états cholériformes et les pneumonies adynamiques. C'est certainement de tous les médicaments dont nous disposons le plus propre à prévenir les phénomènes de collapsus avec affaiblissement du cœur, cyanose et refroidissement des extrémités qui sont l'aboutissant de certaines formes graves, accidents qui, pour le dire en passant, sont une contre-indication formelle des bains et des émissions sanguines. Enfin le café chaud, la potion cordiale, l'acétate d'ammoniaque sont d'autres stimulants dont l'emploi sera heureusement associé à celui des toniques.

Les précautions les plus minutieuses s'imposent d'autre part à la vigilance des personnes qui entourent le malade. Il faut le faire boire souvent afin d'éviter la sécheresse de la bouche et les fuliginosités qu'on enlève au fur et à mesure à l'aide d'un pinceau imbibé de glycérine ou encore d'une tranche de citron. Les parties déclives doivent être surveillées constamment afin de prévenir les accidents du décubitus; pour cela il importe de ne pas laisser le malade dans la même position pendant un temps trop long, et il est utile d'appliquer sur le siège une large compresse enduite de cérat et de glycérine. Grâce à cette pratique très simple, généralement suivie dans les hôpitaux, les eschares sont le plus souvent conjurées ou n'intéressent que des parties superficielles et limitées de la région fessière. Si néanmoins elles se produisent, le matelas d'eau sera prescrit sans retard. Enfin il faut veiller au météorisme dont le développement peut devenir un danger. Les cataplasmes chauds, les lavements stimulants, tels que l'infusion de camomille, maintiennent ordinairement le ballonnement du ventre dans des limites modérées. Nous ne citons que pour mémoire les applications de glace sur l'abdomen et l'introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum; ces moyens recommandés contre ces tympanites énormes que nous ne voyons plus que rarement, sont souvent impuissants, étant donné l'état général qui domine le symptôme. Leur emploi demande les plus grandes réserves.

IV

Il convient, en terminant, de rappeler deux complications que l'on doit redouter plus particulièrement dans la fièvre typhoïde ataxo-adynamique : les accidents thoraciques et les hémorrhagies. Ce n'est pas le lieu de passer en revue toutes les modalités que revêtent la bronchite et la pneumonie typhiques; il nous suffira d'insister sur leur développement insidieux dans ces formes graves et la nécessité de surveiller le thorax avec autant de soin que les autres organes. A la première menace, les ventouses sèches répétées et en grand nombre, si cela ne suffit pas, un ou plusieurs vésicatoires devront être appliqués sur la poitrine, ces derniers autant que possible sur la région antérieure, afin d'éviter le sphacèle. Le danger étant plus pressant, l'asphyxie imminente par le fait d'une congestion pulmonaire brusque et étendue, il peut être nécessaire d'ouvrir la veine, comme le recommandait M. le professeur Peter dans son cours de l'année dernière. Une saignée générale est la seule ressource contre ces accidents foudroyants qui emportent le malade en peu d'heures.

Les hémorrhagies peuvent être négligées dans la fièvre typhoïde quand elles ne sont pas très abondantes; dans les formes congestives elles procurent au malade un véritable soulagement, et c'est à ces cas que s'appliquent les réflexions de Graves et de Trousseau sur la bénignité des hémorrhagies intestinales. Mais, dès que les pertes sanguines deviennent abondantes ou continues, il faut intervenir. Tantôt il s'agit d'hémorrhagies dyscrasiques tenant à cette forme particulière de la maladie que Trousseau appelait fièvre putride hémorrhagique, tantôt à une période plus avancée d'hémorrhagies par ulcération et ouverture d'une artériole intestinale. Le pronostic est certainement différent dans les deux cas, mais le traitement est le même. Arrêter l'écoulement sanguin par les hémostatiques les plus énergiques, soutenir et relever en même temps les forces du malade, telle est la double indication. Les injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine, alternant avec les injections hypodermiques d'éther, donnent en pareil cas des résultats souvent merveilleux. Leur efficacité et leur rapidité d'action doivent les faire employer avant tous les autres médicaments hémostatiques et stimulants qui restent, cela va sans dire, des adjuvants utiles. Les hémorrhagies nasales peuvent être combattues de la même manière, mais dès que l'épistaxis devient persistante, il importe de pratiquer le tamponnement méthodique et complet de la fosse nasale qui donne le sang.

P. Merklen.

Sur le pseudo-lipome sus-claviculaire.

RÉPONSE A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Mon cher maître,

Mis en demeure par vous de secouer la poussière des bouquins, pour en faire sortir quelque lipome (Verneuil, *Gaz. hebd.*, 1882, p. 762 et 782), je devais m'efforcer de justifier votre confiance dans la méthode bibliographique et les bibliographes, chose et gens que vous avez d'ailleurs toujours tenus en grande estime, et qui, je crois, vous le rendent bien.

Je suis donc parti, et après diverses marches et contremarches sur ces ruisseaux de l'érudition qui ne sont pas précisément pour vous des inconnus, je suis arrivé à un résultat qui ne vous étonnera guère, puisque vous l'avez prévu en quelque sorte: le pseudo-lipome sus-claviculaire était déjà connu; pas beaucoup, mais enfin il l'était.

Vous vous rappelez mon point de départ. J'avais lu, peu de temps après la publication de votre premier article (Verneuil, *Gaz. hebd.*, 1879, p. 745), le travail de Sir William Gull, qui passait pour le premier en date sur le myxœdème. Je fus alors frappé par la description de l'un des caractères que M. Gull donne comme distinctifs du crétinisme sporadique des enfants, et de l'*état crétinoïde* qu'il avait observé chez l'adulte. Ce caractère était le suivant :

« Les masses de graisse sus-claviculaires décrites pour la première fois par M. Curling et sur lesquelles le docteur Fagge a attiré spécialement l'attention, comme survenant chez les enfants atteints de crétinisme sporadique, n'ont pas attiré mon attention chez les adultes. Les masses de graisse sus-claviculaires ne sont pas rares chez l'adulte, sans l'association d'aucun état morbide. » (*Trans. of the clinical Soc.*, 1874, vol. VII, p. 185.)

Mis ainsi sur la voie par M. Gull, je n'avais qu'à remonter à la source des travaux qu'il m'indiquait. Ce ne fut pas trop difficile. Celui de M. Fagge, dont M. Gull donnait l'indication bibliographique, renfermait celles du travail de M. Curling et d'un autre médecin anglais, M. Langdon Down, très intéressants tous deux, comme vous l'allez voir. L'affection était toujours bi-latérale, symétrique, comme dans vos observations, sauf une, et comme l'ont vue M. Potain et M. Dechambre (*Gaz. hebd.*, 20 oct. 1882, p. 681 et 687); elle avait d'ailleurs absolument le même siège que la tumeur que vous avez observée tous les trois.

Aucune réclamation de priorité n'ayant été faite après la communication de M. Curling à la Société médico-chirurgicale de Londres, je suis donc autorisé à croire que le pseudo-lipome sus-claviculaire a été décrit en 1850 par Curling, le premier, chez deux enfants atteints de crétinisme. La note qui a été publiée alors est assez courte et assez explicite pour que je la traduise presque en entier, sauf quelques détails inutiles.

Obs. I. — En juillet 1849, M. Little m'invita à voir un cas de ce qu'il considérait comme crétinisme, à l'asile d'idiots d'Highgate, et à examiner des tumeurs situées sur les côtés du cou, dont la nature était douteuse, mais qu'il soupçonnait être des hypertrophies, soit des lobes du corps thyroïde, soit des ganglions lymphatiques. Le sujet était une fille de dix ans, rabougrie, mesurant 2 pieds 6 pouces de haut, le corps épais et les membres d'une longueur et d'une grosseur disproportionnées. La surface dorsale du corps et des membres était couverte de poils. La tête paraissait lourde, le front plat et les fontanelles non fermées; expression idiote très marquée, bouche large, langue épaisse et proéminente.

Aux côtés externes du cou, en dehors des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, étaient deux tumeurs à peu près symétriques, donnant au toucher une sensation molle, pâteuse, inélastique. Des tumeurs semblables, mais plus petites et à contours moins nets, se trouvaient en avant de l'aisselle. Pas de tuméfaction en avant du cou, pas d'apparence de corps thyroïde.

Marche très difficile; mutité; quelques manifestations de la volonté; connaissance des parents.

Le docteur Little voulut bien me donner les renseignements complémentaires suivants. L'enfant eut une attaque grave d'érysipèle pendant son séjour dans l'asile; après la guérison, son intelligence sembla plus développée. Un abcès volumineux se forma à la cuisse et il s'en écoula une grande quantité de pus pendant plusieurs semaines. La plaie se cicatrisa; mais l'érysipèle reparut ensuite, accompagné de glossite et de stomatite, dont elle mourut épuisée, six mois après le commencement de la maladie et environ quinze mois après son entrée dans l'asile.

Autopsie 24 heures après. Corps très émacié. — Les tumeurs du cou étaient beaucoup plus petites qu'avant la maladie. Elles étaient composées de graisse, et occupaient le triangle postérieur de chaque côté du cou, s'enfonçant en bas derrière la clavicule, et remplissant l'aisselle; on pouvait les suivre jusque sur le muscle sous-épineux, et jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Elles n'étaient pas enveloppées par une capsule, mais étaient composées de graisse d'un tissu lobulé et lâche, qui, au microscope, parut être constitué de tissu connectif et de globules graisseux. Il n'y avait pas la plus légère trace de corps thyroïde.

Obs. II.— En novembre 1849, une petite fille de six mois me fut envoyée par un chirurgien pour l'examiner à cause de tumeurs anormales situées au cou. Les parents étaient bien portants; enfant d'aspect idiot, large face avec tête petite et front très fuyant; langue volumineuse et sortant de la bouche.

Sur les côtés du cou, en dehors des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, étaient deux tumeurs symétriques, molles, de sensation pâteuse et incompressibles. Elles étaient de forme ovale, couchées obliquement sur le côté du cou, et s'étendant depuis le bord du muscle trapèze jusqu'au milieu de la clavicule. Je fus aussitôt frappé de la ressemblance que ce cas présentait, sous le rapport des tumeurs et de l'aspect général, avec l'idiot de Highgate. L'enfant s'affaiblit peu à peu, refusa de prendre de la nourriture et mourut au milieu de convulsions le 7 décembre.

A l'*autopsie*, faite le lendemain, on ne trouva rien d'anormal dans le crâne, sauf un développement remarquablement petit des lobes antérieurs du cerveau. Pas de trace du corps thyroïde. Les tumeurs du cou étaient constituées par des collections superficielles de tissu graisseux, sans aucune enveloppe propre, et réunies lâchement aux parties voisines.

Curling ébauche alors la pathogénie de l'affection.

« Je ne connais, dit-il, aucun autre cas dans lequel l'absence du corps thyroïde ait été observée chez l'homme... Le développement de tissu adipeux, formant des tumeurs symétriques au cou, ne peut manquer d'ajouter à l'intérêt de ce cas; car il est très probable que cette sécrétion anormale de graisse dépendait de l'absence des modifications qui résultent de l'action du corps thyroïde, ou de quelque altération dans le processus d'assimilation consécutif à l'absence de cette glande... ». (Th. B. Curling, *Two Cases of the absence of the thyroïd body, and symetrical swellings of fat tissue at the sides of the neck, connected with defective cerebral development*. In *Med. chir. Trans.*, 1850, vol. XXXIII, p. 303.)

Voilà donc bien, mon cher maître, et cette fois constaté par la dissection, votre pseudo-lipome sus-claviculaire : tumeur molle, pâteuse, formée de tissu graisseux non enkysté.

Il y avait bien, dans le premier cas, des prolongements dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule qui n'existaient pas dans les vôtres, mais je vous montrerai tout à l'heure que si vos pseudo-lipomes avaient été plus anciens et plus développés, ils auraient peut-être fait saillie sous la clavicule. Je me borne, pour le moment, à remplir la lacune qui restait dans vos observations et dans celles de M. Potain, faute d'*examen direct*. Comme vous, M. Curling n'a pas non plus voulu faire acte de chirurgien, mais la fortune, plus généreuse envers lui qu'envers vous, lui a fourni l'occasion de contenter le désir de l'anatomo-pathologiste.

La description si exacte de M. Curling est restée dans l'ombre pendant vingt ans en Angleterre; aucun travail ne paraît plus sur ce sujet avant celui de M. Langdon Down. Ce médecin, qui a aussi observé ces tumeurs chez des enfants atteints d'arrêt de développement et nés de parents alcooliques au moment de la procréation, les donne comme de nature veineuse. « Il y avait, dit-il, une tumeur veineuse de chaque côté du cou, au-dessus de la clavicule », sans plus de détails (*Trans. path. Soc. of London*, 1869, vol. XX, p. 419). A défaut d'autopsie, il est permis de croire que ces tumeurs veineuses étaient de même nature que les pseudo-lipomes de M. Curling.

M. Langdon Down a vu quelques-uns de ces sujets atteindre l'âge de vingt ans. Une des malades de M. Hilton Fagge avait cet âge. Ce dernier médecin rapporte quatre cas analogues à ceux de M. Curling (*Med. chir. Trans.*, 1871, vol. LIV, p. 157).

1er cas. — Garçon de huit ans; type rabougri du corps et aspect crétinoïde de la face; pas de goitre. De chaque côté du cou, juste au-dessus de la clavicule, est une tumeur molle, mobile, non élastique; on peut l'attirer en bas jusque sur la clavicule, et elle paraît unie au tissu sous-cutané plutôt qu'aux parties profondes. On ne peut trouver de prolongement de cette tumeur dans l'aisselle. On a pensé que le massage la faisait disparaître temporairement. Par l'application du stéthoscope, on entend dans chaque tumeur un murmure respiratoire très distinct.

2e cas. — Fille de seize ans et demi. Type rabougri du corps et crétinoïde de la face, ne datant que d'une attaque de rougeole à l'âge de huit ans; parents bien portants; trois frères et une sœur bien développés. Ici, les antécédents sont particulièrement intéressants; à six ans, légère rougeole, puis coqueluche; à huit ans, nouvelle attaque de rougeole, avec érysipèle à la même époque, puis ulcères dans la tête, chute des cheveux par plaques; diarrhée grave et haleine courte. Depuis, le corps ne s'est plus développé.

Le cou est plutôt court, mais non épais. De chaque côté, en dehors du muscle sterno-mastoïdien, est une tumeur pâteuse, molle, très mobile; on peut l'amener sur la clavicule et, en quelque sorte, la faire disparaître par le massage. Ces tumeurs ne sont pas nettement délimitées et cependant elles paraissent être lobulées. A l'auscultation on peut entendre sur elles un murmure respiratoire; on a, par conséquent, supposé qu'elles contenaient le sommet du poumon, mais il n'est nullement certain que le murmure respiratoire soit plus distinct qu'il ne l'est normalement dans la même région.

Ces tumeurs ont été remarquées pour la première fois il y a quatre ans, d'abord celle du côté droit, et deux ou trois semaines après, celle de gauche. Elles ont à peu près le volume d'un œuf de poule, la droite étant un peu plus volumineuse. Elles recouvrent la moitié sternale de la clavicule des deux côtés. Pas d'apparence de corps thyroïde. Cette malade, sujette aux éruptions eczémateuses, non rachitique, a vu les règles apparaître à l'âge de quinze ans, et depuis elles sont irrégulières. Les seins paraissent aussi développés que chez les jeunes filles de cet âge; sa taille est de 4 pieds 1 pouce. Elle paraît assez intelligente; elle ne jouit pas d'une bonne santé générale; elle est sujette aux rhumes. Bruits de cœur normaux.

3e cas. — Garçon de vingt ans, idiot; dans un asile depuis dix ans; taille, 2 pieds 4 pouces; muet; pas de goître; pas d'apparence de corps thyroïde. Les tumeurs sus-claviculaires existent, mais elles sont de petit volume.

4e cas. — Fille de douze ans; aspect crétinoïde; sourde-muette. Les tumeurs sus-claviculaires sont bien marquées.

« Autant que je sache, ajoute plus loin M. Fagge, les idiots ordinaires ne présentent pas ces tumeurs sus-claviculaires, dont l'existence paraît être un caractère constant du crétinisme sporadique » (p. 163). Et plus loin : « Le crétinisme sporadique semble être invariablement accompagné de tumeurs symétriques graisseuses, dont l'une siège sous la peau du cou, de chaque côté, immédiatement en dehors du muscle sterno-mastoïdien » (p. 165).

« J'ai entendu dire, dit-il encore, que les tumeurs graisseuses symétriques ne sont pas rares chez les adultes dans les régions sus-claviculaires; mais je ne sache pas que leur présence ait été observée comme associée à une altération de la santé générale » (p. 167).

Goodhart, dans une étude sur le crétinisme sporadique et le myxœdème, rapporte l'histoire d'une petite fille de quatre ans qui présentait « une masse, bien marquée, de graisse dans chaque espace sus-claviculaire » (*Med. Times*, 1880, vol. I, p. 474).

L'existence de cette variété de pseudo-lipome sus-claviculaire ne saurait donc être contestée. M. Curling et M. Hilton Fagge en ont donné six observations, qui ne sont certainement pas les seules, puisque ce dernier médecin fait de cette tumeur un signe presque pathognomonique du crétinisme sporadique. Quant à vous, mon cher maître, qui n'avez pas, non plus que M. Potain, fait du crétinisme une étude spéciale, vous êtes assurément fort excusable d'ignorer ce que les médecins anglais en ont dit, car les savants auteurs des articles *Crétin* et *Crétinisme* du *Dictionnaire encyclopédique* n'ont mentionné ni l'état crétinoïde, décrit par Curling et Hilton Fagge, ni les tumeurs graisseuses que présentent les crétins dans les fosses sus-claviculaires, ni même les travaux que je viens d'analyser.

J'arrive maintenant au myxœdème. Sir William Gull, comme je vous l'ai dit, n'a pas vu le pseudo-lipome sus-claviculaire chez les adultes atteints d'*état crétinoïde*, dénomination qu'il donnait alors à l'affection désignée plus tard sous les noms de myxœdème (Ord), cachexie pachydermique (Charcot), etc.

Les médecins anglais qui ont observé après lui ont presque tous signalé ce pseudo-lipome, encore assez appréciable pour fixer leur attention, bien qu'on pût supposer qu'il était comme perdu dans l'*œdème muqueux* répandu sur toute la surface du corps.

Chez une première malade, Ord dit qu'il y avait une grande quantité de graisse sous-cutanée dans toutes les parties du corps, surtout au cou, au-dessus des clavicules. Malheureusement, en faisant l'autopsie de cette femme, Ord ne pensa pas à regarder ce qu'il y avait dans le creux, ou plutôt dans la saillie sus-claviculaire (*Med. chir. Trans.*, 1878, vol. LXI, p. 60).

Il ne fut pas plus curieux deux ans plus tard, lorsqu'il fit encore l'autopsie d'une myxœdémateuse chez laquelle il avait noté, pendant la vie, « une saillie élastique au-dessus des clavicules » (*Trans. Clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 16).

Lloyd, qui fit une troisième autopsie dans les mêmes con-

ditions, fut tout aussi indifférent à l'égard du pseudo-lipome; il est bon d'ajouter qu'il ne le mentionne pas au cours de son observation (*Trans. Clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 111).

Dyce Duckworth l'a vu chez trois malades. Voici ce qu'il en dit. — 1er cas : Il semblait y avoir un dépôt graisseux plus abondant dans la fosse sus-claviculaire gauche que dans la droite. Le noyau graisseux gauche devient même douloureux, ce qui n'a été signalé dans aucun autre cas (*Trans. Clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 13); 2e cas : Il semble qu'il y a un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires, surtout à droite. Cette fois, le côté droit l'emporte sur le gauche (*Trans. Clin. Soc.*, 1881, vol. XIV, p. 54); 3e cas : Il paraît y avoir un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires (*Id.*, p. 57).

Enfin Hadden, dans le même volume, p. 59, dit que chez sa malade il y avait une grande tuméfaction au-dessus des clavicules.

Si l'existence du lipome sus-claviculaire n'est pas aussi admissible dans le myxœdème que dans l'état crétinoïde, parce qu'il lui manque la sanction de l'autopsie, il est bien difficile toutefois de ne pas être frappé de l'importance qu'ont accordée les médecins anglais à ces masses de graisse qui faisaient saillie dans les régions sus-claviculaires chez la plupart de leurs malades. Eh bien, je puis encore invoquer ici pour vous, mon cher maître, l'excuse dont j'ai parlé à propos de l'état crétinoïde, car les meilleurs travaux qui ont été publiés sur le myxœdème en France et que vous avez lus, je veux dire ceux qui ont paru dans la *Gazette hebdomadaire* et dans la *Revue mensuelle*, ont passé complètement sous silence et le lipome sus-claviculaire et l'opinion des auteurs anglais à son égard.

Il faut dire, toutefois, que le malade dont l'observation a été rapportée par MM. Bourneville et d'Olier dans le *Progrès médical* (1880, p. 709), présentait au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, sous la peau, des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence myxomateuse.

M. Ridel-Saillard qui, dans sa thèse de doctorat de 1881, a rapporté toutes les observations de myxœdème publiées à cette époque, n'a remarqué les tumeurs graisseuses sus-claviculaires que dans deux cas (obs. II et X). Il a lu les autres évidemment un peu trop vite. Il n'accorde d'ailleurs à ces tumeurs aucune importance, car il les signale seulement en deux lignes (p. 12 de sa thèse).

Ceci n'était donc pas beaucoup de nature à attirer l'attention.

Je ne parle pas des chapitres consacrés, dans les traités de chirurgie, aux tumeurs du creux sus-claviculaire; ils sont absolument muets, en toutes langues, sur le pseudo-lipome de cette région.

L.-H. PETIT.

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

POMMADES CONTRE LES ENGELURES

Le public vient généralement consulter le pharmacien pour l'affection, souvent bien douloureuse, qu'on appelle *engelures*. Aussi chaque pharmacie possède-t-elle, dans ses archives, des recettes plus ou moins bonnes de pommades et de liniments appropriés.

C'est une ancienne et mauvaise habitude contre laquelle on ne peut réagir. J'ai vu des personnes ayant des engelures ulcérées aux mains et aux pieds, hésitant à demander les conseils d'un médecin, par ce motif que ce n'était qu'une maladie peu sérieuse. Des plaies semblables provenant d'autres causes les auraient certainement fort effrayées. Voici les deux formules que je fais exécuter chez moi, et qui m'ont toujours bien réussi :

Pommade contre les engelures.

Axonge	15 grammes.
Pommade rosat	2gr,50
Alun calciné	2gr,50
Iodure de potassium	1 gramme.
Laudanum de Rousseau	1 —

M. s. a.

On triture avec soin l'alun calciné (qui n'est chimiquement que de l'alun desséché à 250 degrés) avec 3 grammes d'huile d'amandes douces; on ajoute les corps gras, et quand le mélange est opéré, on y incorpore le laudanum et l'iodure de potassium, dissous préalablement dans 1 gramme d'eau distillée.

Pommade contre les engelures ouvertes.

Axonge	15 grammes.
Lycopode	0gr,50
Tannin	0gr,50

F. s. a.

Les deux formules suivantes ont été composées par M. le docteur Gueneau de Mussy. J'ai eu souvent l'occasion d'en constater les excellents effets.

Mixture contre les engelures.

Vin de quinquina	70 grammes.
Alcool camphré	30 —
Teinture d'arnica	12 —
Iodure de potassium	4 —
Laudanum de Sydenham	4 —

M. s. a.

Envelopper le soir les doigts malades avec un morceau de flanelle imbibé de cette mixture.

Pommade siccative dans les excoriations du siège, les gerçures et les engelures excoriées.

Axonge ou cold cream	30 grammes.
Extrait de quinquina	3 —
Extrait thébaïque	0gr,25
Oxyde de zinc précipité	1 gramme.

On fait dissoudre à chaud les deux extraits dans un peu d'eau distillée, et on verse la solution épaisse dans le mortier où le mélange de graisse et d'oxyde a préalablement été fait.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'emploi de l'ergot de seigle ou de ses dérivés dans le traitement de la fièvre typhoïde et du contrôle a exercer sur la bonne qualité de ce médicament. — Résumé de 73 observations, par le docteur Lardier, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

Observations. — Ordre chronologique.

(Fin. — Voyez le numéro 51, année 1882.)

Obs. XVIII. *Grave; ergot de seigle; guérison.* — 4 juin 1881. Simon fils, vingt-trois ans, habite la ferme des Bachons, à Jeanménil. Ce jeune homme, actif et sobre, persiste à travailler pendant quinze jours encore après le début de la maladie. Il s'alite enfin, et on me fait appeler. Fièvre typhoïde grave à forme délirante et cérébrale. Déjections involontaires. Au début, traitement Jaccoud, puis ergot de seigle à la dose quotidienne de 2 grammes en quatre paquets. Dès le troisième jour, l'amélioration se manifeste et très franchement. Je continue à employer de front la potion tonique du docteur Jaccoud et l'ergot de seigle. L'état du malade, qui a été des plus graves, assez pour que la famille le fit administrer et pour que j'eusse moi-même, à son sujet, des inquiétudes très sérieuses, s'améliore de jour en jour. Guérison rapide.

Obs. XIX. *Cas grave; guérison.*— La sœur du malade, qui fait le sujet de l'observation XVIII, prend la fièvre à son tour, 5 juillet 1881. Agée de vingt-cinq ans. Les caractères de la fièvre sont absolument les mêmes que ceux signalés dans l'observation précédente. Prostration extrême. Même médication. A la période de convalescence surviennent des accès de fièvre intermittente quotidienne; sulfate de quinine. Guérison.

Obs. XX. *Cas bénin; guérison.* — 13 juillet 1881. Dans la maison voisine des observations XVIII et XIX, habite le ménage Adam. Le mari, quarante-deux ans, est atteint de fièvre typhoïde bénigne. Potion au cognac, ergotine et kina. L'amélioration au bout de huit jours de maladie était manifeste, et bientôt le malade entrait en convalescence.

Obs. XXI. *Intensité moyenne; guérison.* — La femme de ce malade fut atteinte à son tour. Le cas fut d'intensité moyenne, forme abdominale, et fut traité de la même façon à l'ergotine et au kina.

Grâce à cette médication, les symptômes s'amendèrent rapidement et la convalescence se termina bientôt par la guérison définitive.

Obs. XXII. *Intensité moyenne; guérison.* — 15 juillet 1881. Le frère des deux malades (obs. XVIII et XIX) est pris à son tour de fièvre typhoïde, dix-huit ans; forme abdominale et d'intensité moyenne. Traitement à l'ergot de seigle, sans adjonction d'aucune autre médication. Atténuation très rapide des symptômes. Une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit retarde la convalescence qui finit par s'établir.

Obs. XXIII. *Intensité moyenne: guérison.* — La mère des enfants Simon, cinquante ans, anémiée, de constitution peu robuste et qui vient d'éprouver, du fait de la maladie de ses enfants, de grandes fatigues, s'alite elle-même le 20 juillet 1881. Les symptômes typhoïdiques évoluent, mais je les combats au moyen de mon traitement de prédilection : kina, cognac, ergotine. Au bout de dix à douze jours, la gravité des symptômes cérébraux, qui m'avaient fort effrayé dès le début, avait considérablement diminué, et je considérais ma malade comme marchant à grands pas vers la convalescence. La guérison, sans complications, ne tarda pas à être obtenue.

Obs. XXIV. *Intensité moyenne; guérison.* — Fin juin 1881. M. Deloy, instituteur à Saint-Gorgon, est installé dans cette commune depuis environ quatre semaines. Sa jeune fille, âgée de quatre ans, atteinte de fièvre typhoïde à forme cérébrale avec complications pulmonaires, est confiée à mes soins. Potion et traitement à l'ergotine, vin de Malaga et kina. En moins de huit jours, l'amélioration quotidienne que j'observe, me permet de l'amener à la période de convalescence. D'un jour à l'autre je trouve une rémission de symptômes surprenante et cette fièvre qui, au début, me semblait devoir être fort grave, au bout de quatre jours de traitement ne me donnait plus d'inquiétudes.

Obs. XXV. *Cas très grave; guérison.* — 21 juillet 1881. Le père de cette enfant (obs. XXIV), âgé de quarante ans, se trouve atteint, peu de temps après, de fièvre typhoïde. Jusqu'à présent, la maladie, qui a débuté il y a huit jours environ, ne semble pas revêtir de caractères fort graves, mais elle demande à être surveillée attentivement.

10 août. M. Deloy, soumis au traitement préconisé par le docteur Duboué, traitement auquel j'ajoute la potion selon la formule de Jaccoud, va de mieux en mieux. Après avoir eu des accidents d'une réelle gravité, des déjections involontaires, une surdité remarquable, un délire intense et du tympanisme, il semble qu'aujourd'hui tous ces accidents ne soient plus à craindre.

Cependant, au bout de quelques jours, il y a recrudescence dans les symptômes fébriles et les manifestations cérébrales, le délire, avec hallucinations, reparait. J'administrai l'ergot de seigle en nature pendant trois jours consécutifs, à la dose de 2 grammes par jour. Le troisième jour, il y avait une amélioration manifeste dans les symptômes fébriles et cérébraux. Cependant, l'intelligence, la mémoire, étaient totalement perdues. Déjections involontaires. Ce même jour, je constatai une éruption exanthématique, qui, en quarante-huit heures, envahit tout le corps et disparut deux jours après, laissant après elle une desquamation furfuracée. Cette éruption avait à peu près les caractères de la rougeole, mais sans aucun retentissement sur les muqueuses. Je m'assurai aussi qu'elle n'était pas due à des sudamina. Je la considérai enfin comme analogue à celle que provoque la belladone, par exemple; je pensai que cette éruption était une éruption spécifique de l'ergot, bien que je ne l'eusse jamais observée jusqu'à ce moment-là, ni dans le cours de la fièvre typhoïde, ni chez les malades soumis à la médication du docteur Duboué.

30 septembre 1881. La localisation du poison typhique sur les centres nerveux a dû se faire chez ce malade avec une véhémence inaccoutumée. A la date du 30 septembre, le malade continue à délirer. Ni l'intelligence, ni la mémoire ne renaissent. L'amaigrissement de ce malade dépasse l'imagination. Continuation du traitement au kina, cognac et ergotine. Les autres symptômes, sauf le tympanisme, sont en bonne voie de résolution.

Enfin, petit à petit, les symptômes persistants que nous avons notés, finissent par disparaître à leur tour. A la date du 19 décembre 1881, M. Deloy, que j'ai fait envoyer dans sa famille, à Bruyères, va de mieux en mieux. La mémoire revient peu à peu, les forces musculaires (sous l'influence de la faradisation avec la pile de Gaiffe, pratiquée par le docteur Didiergeorge), renaissent assez vite.

Il n'en est pas moins vrai qu'au mois de juin 1882, l'intelligence de M. Deloy n'était pas assez revenue pour lui permettre de reprendre sa classe (quinze élèves). La fatigue intellectuelle survenait rapidement; le malade avait des impatiences et se sentait lui-même incapable de rester greffier de la mairie. L'embonpoint est revenu, mais les forces musculaires s'épuisent rapidement. Le malade ne peut faire de longues courses.

C'est à ce moment, 15 juin 1882, *un an* après le début de la maladie, que je l'adresse à mon ami, le docteur Graell, à l'institut hydrothérapique de Gérardmer.

Sous l'influence de ce traitement, il se produisit une amélioration, que certainement aucune autre médication n'aurait pu fournir. Au bout de quatre semaines, M. Deloy pouvait faire de longues courses dans la montagne; son intelligence et sa mémoire avaient presque récupéré leur vivacité première.

Obs. XXVI. *Cas bénin: guérison.* — La belle-sœur de M. Deloy (obs. XXV) est atteinte de fièvre typhoïde bénigne à la fin de juillet 1881. Symptômes légers quoique très nets. Guérison.

Obs. XXVII. *Peu grave; guérison.* — 10 août 1881. Vuillemain, seize ans. Rambervillers. Fièvre typhoïde, intensité moyenne, forme abdominale. Caractères particuliers : surdité complète, éruption lenticulaire diffuse, ralentissement remarquable du pouls, 45 pulsations à la seconde. Traitement ordinaire. Guérison rapide.

Obs. XXVIII. *Assez grave; guérison.* — 30 août 1881. Mme Ferry, débitante à Romont. Fièvre vive, stupeur, embarras gastrique, courbature générale, pouls 120, surdité. Diagnostic : fièvre

typhoïde. Traitement au kina, potion Jaccoud et 2 grammes d'ergot de seigle en quatre doses, par jour.

18 septembre. La malade entre en convalescence.

3 octobre. La malade semblait absolument guérie; l'appétit et les forces renaissaient. Au 1er octobre, il ne s'écoule pour la période cataméniale que quelques gouttes d'un sang noir. A partir de ce moment, le caractère de la malade devient taciturne et deux jours après, elle présentait des symptômes qui ne laissaient aucun doute sur le dérangement de son esprit. Il existe de la mélancolie, des accès de jalousie, de la démence vraie. Refus absolu de toute médication et de toute nourriture. Pouls à 100. Constipation. Au bout de quinze jours, petit à petit ces symptômes disparaissent et la malade revient à la santé.

Obs. XXIX. *Gravité moyenne; guérison.* — Mme Vairel, Romont, trente-cinq ans. Fièvre typhoïde, datant du 23 août; intensité moyenne. Potion Jaccoud, 2 grammes d'ergot de seigle en quatre doses par jour. Continuation de ce traitement pendant huit jours. Amélioration progressive et convalescence. Le 15 septembre, la malade se lève pour la première fois.

Obs. XXX. *Cas bénin; guérison* — 4 septembre 1881. Honot, Romont, trente-cinq ans, taille athlétique, légèrement alcoolique. Sentiment de courbature, de brisure générale, céphalalgie, anéantissement, selles fétides. Avant l'arrivée du médecin, huit jours successifs de purgation au sulfate de magnésie. Le pouls est descendu au-dessous de la normale; 66 d'abord, 54 le 5 septembre. Traitement au kina, cognac et ergotine. Guérison rapide.

Obs. XXXI. *Assez grave; guérison.* — 18 septembre 1881. Mme Toussaint, quarante-cinq ans, était domestique dans la maison Honot. Elle est atteinte de fièvre typhoïde. Le 14 septembre, je la vois pour la première fois. La maladie affecte surtout la forme cérébrale et délirante. Traitement Jaccoud et Duboué. Depuis le 14, la malade a pris quotidiennement 2 grammes d'ergot de seigle en quatre doses. Le 18, j'apprends du mari que sa femme va beaucoup mieux. Elle délire toujours, mais elle est assez maîtresse d'elle-même, maintenant, pour savoir se soigner sans l'aide de personne, et prendre à l heure réglementaire, seule, la potion et les paquets d'ergot. Cette nuit, le sommeil a été moins agité que les nuits précédentes. La malade, quoique délirant encore à certains moments, répond cependant aux questions qu'on lui adresse, désire boire du vin, dit qu'elle n'a plus de mal, et les personnes qui l'entourent sont très surprises de lui voir un air riant. Le même traitement est continué pendant quelques jours encore et bientôt la malade entre en convalescence.

Obs. XXXII. *Très grave; mort.* — 18 septembre 1881. A Jeanménil, je vois l'enfant Payem, petite fille de neuf ans, atteinte de fièvre typhoïde. J institue le traitement ordinaire, ergotine et kina, en recommandant aux parents une grande vigilance. Deux, trois, quatre jours se passent, l'enfant va de mieux en mieux; on met même en doute l'exactitude de mon diagnostic, quand, le 17 septembre, on me rappelle en toute hâte. Cette enfant, à laquelle on avait négligé de donner des soins continus, par avarice, baisse depuis la veille, et la gravité de son état s'accentue d'heure en heure. Je reconnais la forme adynamique, parfaitement caractérisée. L'enfant ne parle plus, serre ses dents et ses paupières, pousse de légers gémissements lorsqu'on presse sur la fosse iliaque droite; enfin je constate des soubresauts des tendons et une fièvre vive; 124 pulsations, symptômes du plus fâcheux augure. J'institue immédiatement à nouveau un traitement énergique, dont l'ergotine forme la base, mais, malgré une amélioration passagère, la mort arrive au bout de deux jours.

Obs. XXXIII. *Moyenne intensité; guérison.* — 19 septembre 1881. Pélagie Masson, d'Ortoncourt, vingt et un ans. Domestique à Nancy, revient chez ses parents atteinte de fièvre typhoïde, évidemment contractée dans cette ville; forme abdominale de moyenne intensité. Traitement : 2 grammes d'ergot en quatre doses, par jour. Au dixième jour, la fièvre a disparu et la malade entre en convalescence.

Obs. XXXIV. *Gravité moyenne; guérison.* — 28 septembre 1881. Enfant Cony, de Ménarmont, dix ans. Fièvre typhoïde, moyenne intensité. Traitement : kina et ergotine. Convalescence et guérison rapides.

Obs. XXXV. *Gravité moyenne; guérison.* — Mme Jaquot, de Ménarmont, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde, forme pulmonaire. Traitement : 2 grammes d'ergot par jour. Amélioration au bout de cinq ou six jours. Convalescence le douzième. Guérison.

Obs. XXXVI. *Gravité moyenne; guérison.* — M. Vauthier, d'Ortoncourt, trente cinq ans. Fièvre typhoïde, forme abdominale, intensité moyenne. Extrait de kina et ergotine. Guérison.

Obs. XXXVII. *Gravité moyenne; guérison.* — 18 octobre 1881. A Bult, je vois le jeune Balland, âgé de vingt-deux ans, attaché comme infirmier à l'hôpital Saint-Martin, à Paris, où il a contracté la fièvre typhoïde. Il revient en congé de convalescence, et est repris à peu près des mêmes accidents infectieux. On se croirait au début d'une fièvre typhoïde. Traitement : kina, cognac et ergotine. Prompte guérison.

Obs. XXXVIII. *Cas bénin; guérison.* — 21 octobre 1881. A Sainte-Hélène, le jeune Bourgeois, âgé de dix-huit ans, domestique chez M. Honot, de Romont, qui lui-même a eu la fièvre typhoïde (obs. XXX), est atteint de la même maladie qui ne semble pas revêtir de caractères plus graves que dans le premier cas. Traitement à l'ergotine, exclusivement. Convalescence le seizième jour.

Obs. XXXIX. *Très grave; mort.* — 2 novembre 1881. Je vois Mme Petitjean, de Romont, malade depuis environ dix jours, et atteinte, à ce que m'assure mon diagnostic, de fièvre typhoïde. La forme qu'a affectée cette maladie est surtout cérébrale et délirante. Les autres symptômes cèdent le pas aux manifestations cérébrales et ne viennent qu'au second plan. Traitement de Jaccoud et ergotine, 2gr,50. La maladie n'est pas arrêtée dans sa marche à caractère adynamique Le même traitement est continué, mais la malade meurt le vingtième jour, le 12 novembre.

Obs. XL. *Cas grave; guérison.* — 10 octobre 1881. Dans la maison Petitjean, à Romont, deux nouveaux cas de fièvre typhoïde s'observent : 1° l'enfant, âgé de cinq ans, chez lequel la maladie n'a pas été fort grave, et qui a rapidement cédé au kina et à l'ergotine.

Obs. XLI. *Très grave; guérison.* — 2° Le père, âgé de vingt-huit ans, alcoolique, chez lequel les symptômes cérébraux les plus graves s'observèrent et qui cependant, après vingt jours de maladie, finit par guérir, grâce à un traitement énergique au kina, cognac et ergot de seigle à haute dose.

Obs. XLII. *Moyenne intensité; guérison.* — 12 novembre 1881. Jeune Talfumier, quinze ans, fièvre typhoïde à forme abdominale, moyenne intensité. Traitement kina et ergotine, rapide guérison.

Obs. XLIII. *Assez grave; guérison.* — 14 novembre 1881. Kayser, aux Carrières, fièvre typhoïde assez grave. Traitement Jaccoud et Duboué. Guérison.

Obs. XLIV. *Bénin; guérison.* — 23 novembre 1881. Amélie Geoffroy, même habitation que Kayser, fièvre typhoïde assez bénigne. Même traitement qu'au cas précédent. Guérison.

Obs. XLV. *Intensité moyenne; guérison.* — 1er décembre 1881. Ménil. Enfant G..., un an, fièvre typhoïde. Traitement kina et ergotine. Intensité moyenne. Guérison.

23 décembre 1881. A la suite du licenciement du lycée de Nancy, par suite de l'épidémie de fièvre typhoïde qui y sévissait, je vois à Rambervillers deux cas de cette maladie :

Obs. XLVI. *Gravité moyenne; guérison.* — 1° Le jeune G..., quinze ans, chez lequel la maladie fut d'une gravité moyenne et qui guérit assez rapidement sous l'influence du traitement Jaccoud et Duboué.

Obs. XLVII. *Très grave adynamique; mort.* — 2° Le jeune D..., seize ans, chez lequel la maladie revêtit au bout de peu de jours un caractère ataxique qui m'indiquait un empoisonnement profond des centres cérébraux. Insomnie persistante, soubresauts des tendons, délire absolu, etc... Malgré tous mes efforts, malgré un traitement rigoureux selon les indications des docteurs Jaccoud et Duboué, malgré l'assistance de mon excellent confrère et ami le docteur Ancel, d'Épinal, le jeune malade mourut le dix-septième jour après le début des premiers accidents. Des épistaxis nasales terribles ne cédèrent cependant qu'à l'administration de l'ergot et à des injections sous-cutanées d'ergotine.

Obs. XLVIII. *Gravité moyenne; guérison.* — 7 janvier 1882. Famille Robba. Cette famille de bateleurs avait contracté la fièvre typhoïde à Baccarat (débordement des fosses d'aisances de l'hôpital). Elle revint à Rambervillers, et j'eus l'occasion d'observer 5 cas de fièvre typhoïde : 1° Une jeune fille de dix-huit ans, forme abdo-

minale, grave, qui guérit assez rapidement. Traitement du docteur Duboué.

Obs. XLIX. *Grave; guérison.* — 2° Une enfant de trois ans, qui me donna les plus vives inquiétudes. Entérite septique, avec évacuation d'énormes lambeaux de muqueuse intestinale. Hémorrhagies intestinales. Complication de forme angineuse. Déjections involontaires. Le traitement consista en bordeaux, malaga, champagne, kina et ergotine. Au bout de trois semaines, l'enfant pouvait être considérée comme hors de danger.

Obs. L. *Bénin; guérison.* — 3° Jeune homme de quinze ans. Prédominance des symptômes gastriques. Diarrhée, selles fétides. Ralentissement du pouls. Somme toute, cas bénin. Traitement analogue au précédent. Guérison.

Obs. LI. *Bénin; guérison.* — 4° Domestique, vingt-trois ans. Cas bénin. Même traitement. Guérison.

Obs. LII. *Bénin; guérison.* — 5° Jeune fille, vingt-quatre ans. Cas bénin. Même traitement. Guérison.

Obs. LIII. *Grave; guérison.* — 5 février 1882. Moyémont. Je constate chez le jeune Mangeon, onze ans, une fièvre typhoïde, et comme phénomènes principaux j'observe du délire, du tympanisme, et une congestion intense du poumon droit. La maladie revêt un caractère adynamique. Déjections involontaires. Pouls, 120. Traitement à l'ergot de seigle et potion tonique. Rapide atténuation des symptômes et guérison.

Obs. LIV. *Gravité moyenne; guérison.* — La tante de ce petit garçon (obs. LIII) est atteinte après lui de fièvre typhoïde (24 février 1882), vingt ans. Gravité moyenne, guérison par le traitement à l'ergotine et au kina.

Obs. LV. *Très grave; mort.* — 25 février 1882. La mère de ce même petit garçon me présente à nouveau un cas de fièvre typhoïde. Enceinte de sept mois. Avorte au bout de six jours. A partir de ce moment, la maladie revêtit un caractère adynamique très prononcé. Vomissements incoercibles au début. L'ergot de seigle finit cependant par être toléré. Soubresauts des tendons. Déjections involontaires. Amélioration momentanée, mais la malade ne tarde pas à succomber.

Obs. LVI. *Gravité moyenne; guérison.* — Le jeune Vautrin, quinze ans, présente à ce même moment, à Moyémont, une fièvre typhoïde, à forme abdominale, assez grave, qui cède cependant au traitement Jaccoud et Duboué.

Obs. LVII. *Bénin; guérison.* — 13 mars 1882. La jeune Mangeon, treize ans, à Moyémont, fièvre typhoïde à forme abdominale, bénigne. Ergot de seigle. Guérison.

Obs. LVIII. *Grave; mort.* — 27 mai 1882. Mme Mennezin, trente-sept ans, Romont, prend une fièvre typhoïde ataxique, de la plus grande gravité. Lorsque je suis appelé auprès de la malade pour la première fois, elle est presque agonisante, et je suis convaincu, à l'avance, que mes soins seront donnés en pure perte. Mort, deux jours après.

Obs. LIX. *Gravité moyenne; guérison.* — 31 mai 1882. Mlle Guillaume, onze ans, fièvre typhoïde compliquée de délire. Potion au kina et à l'ergotine. Gravité moyenne. Guérison.

Obs. LX. *Très grave; mort.* — 27 juillet 1882. A la papeterie de Badlieu, Félicie C..., domestique, est atteinte de fièvre typhoïde très grave. Au début, la maladie prend tous les caractères d'une fièvre intermittente tierce. Mais bientôt, il n'y a plus à s'y tromper, j'ai devant les yeux une fièvre typhoïde, à forme ataxique. Fièvre vive, 130 pulsations. Température, 41 degrés. Aucun symptôme n'est observé du côté de l'abdomen, ni diarrhée, ni gargouillement, à peine aperçoit-on quelques taches rosées lenticulaires. Les lèvres deviennent rapidement noires, desséchées, fendillées, et les dents se couvrent d'un enduit fuligineux fort épais. La physionomie présente un air d'hébétude, mais d'hébétude mêlée de satisfaction. Il existe du tremblement dans la parole, les mouvements, même les lèvres. Malgré un traitement énergique, formule Jaccoud et Duboué, Félicie C... meurt au bout de quinze jours de maladie, et cinq à six jours seulement après avoir pris le lit.

Obs. LXI. *Gravité moyenne; guérison.* — Sophie D... est atteinte le 20 juillet 1882, depuis quinze à vingt jours, de fièvre typhoïde. Il existe surtout une diarrhée incoercible, que le bismuth, conseillé et délivré par le pharmacien, est impuissant à arrêter; selles horriblement fétides; quelques doses d'ergot de seigle (3 grammes par jour en quatre doses) amenèrent en deux jours la cessation de cette diarrhée fétide, et au bout de huit jours, la malade peut être considérée comme entrant en convalescence.

Goitre exophthalmique consécutif.

Obs. LXII. *Grave; guérison.* — 30 août 1882. Pierrepont. Mme Mathieu, vingt-cinq ans. Nourrice d'un enfant de neuf mois, elle est atteinte de fièvre typhoïde. Les symptômes pulmonaires prédominent, pouls 130. Langue sèche et rôtie, traitement exclusif à l'ergot de seigle, 2 grammes par jour. L'amélioration est manifeste dès le second jour, le pouls tombe à 100. Sous l'influence de la même médication, les symptômes s'amendent progressivement, et au bout de dix jours la malade peut être considérée comme hors de danger. Guérison.

Obs. LXIII. *Gravité moyenne; guérison.* — 26 septembre 1882. Anna X..., femme de chambre chez Mme B..., présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, à forme abdominale. Gravité moyenne. Traitement Jaccoud et Duboué. Au bout de douze jours de traitement, la malade entre en convalescence, et quelques jours après, elle part pour la Suisse, son pays natal.

Obs. LXIV. *Grave; guérison.* — 2 octobre 1882. L'enfant de M. Mathis, de Ménarmont, a sept ans. Atteint de fièvre typhoïde à forme abdominale, compliquée de délire. Traitement au kina et à l'ergotine. Au bout d'une dizaine de jours, l'enfant allant de mieux en mieux, la médication conseillée est suspendue. De nouvelles complications se produisent alors.

Outre une diarrhée, extrêmement fétide, surviennent des selles hémorrhagiques abondantes, et qui inquiètent, et à bon droit, l'entourage de l'enfant. Je conseille exclusivement l'ergot de seigle, à la dose de 1^gr^,50 par jour. Au bout de vingt-quatre heures, il n'y avait plus de traces de sang dans les déjections. Les selles reprennent leur aspect normal, et la convalescence, qui ne devait plus être entravée, pouvait être considérée comme certaine au bout de quatre jours de ce traitement.

Obs. LXV. *Gravité moyenne; guérison.* — 10 octobre 1882. Enfant Bailly, huit ans, Romont. Est malade depuis environ huit jours quand je suis appelé à constater chez lui un cas de fièvre typhoïde. Je le soumets à 1^gr^,50 d'ergot de seigle pendant huit jours, et bientôt l'enfant peut être considéré comme entrant en convalescence. Guérison rapide.

Obs. LXVI. *Gravité moyenne; guérison.* — 31 octobre 1882. Parisot, de Pierrepont, vingt ans. Malade depuis environ quinze jours, fièvre typhoïde à forme abdominale. Assez grave. Traitement exclusif à l'ergot de seigle (*adressé par le docteur Duboué*), 2 grammes par jour. Dès le 3 novembre, le malade est hors de danger et commence à se lever. Le pouls est à 80. La mère de ce malade m'affirme *qu'il faut que les petits paquets soient bien subtils pour amener en aussi peu de temps une amélioration aussi considérable.* Sous l'influence du traitement préconisé par le docteur Duboué, l'ergot de seigle, qui a été parfaitement toléré, les accidents se sont amendés de jour en jour. Quand je vois ce malade, le 8 novembre, il est debout et ne demande, grâce à un appétit qu'il faut réfréner, qu'à récupérer ses forces.

Obs. LXVII. *Bénin; guérison.* — 28 octobre 1882. Roville, vingt-cinq ans, fièvre typhoïde, cas bénin. Traitement exclusif à l'ergot de seigle. Guérison rapide.

Obs. LXVIII. *Grave; guérison.* — 1er novembre 1882. Chez M. C..., à Sainte-Hélène, deux cas de fièvre typhoïde sont observés : 1° Une petite fille, neuf ans, fièvre avec délire, tympanisme. Traitement exclusif à l'ergot de seigle, 1^gr^,20. Amélioration rapide et soutenue. Le 10 novembre, l'enfant demande à manger et à se lever.

Obs. LXIX. *Très grave; en traitement.* — 2° Un petit garçon, sept ans, qui dès le début présente des accidents cérébraux peu ordinaires. L'enfant pousse des cris continus qui ressemblent absolument aux cris hydrencéphaliques de la méningite. L'intelligence est complètement abolie. L'enfant est sourd à toutes les questions qu'on lui pose. Langue sèche et rôtie Pouls, 130. Le petit malade jette de côté et d'autre sa tête et ses bras. Le mouvement respiratoire présente des périodes d'interruption telles qu'on en rencontre dans la méningite. Je ne peux méconnaître la forme cérébrale, méningitique de ce cas de fièvre typhoïde.

L'enfant absorbe encore bien du bouillon, du lait, et les petits paquets d'ergot de seigle qu'on lui administre. Au bout de trois jours, ne voyant pas les symptômes s'amender, je pousse la dose d'ergot à 2 grammes par jour, en quatre paquets. Dès le lendemain, amélioration notable. L'œil est plus vif, l'enfant semble

demander, par des mouvements de succion, des aliments ou des boissons. Les cris hydrencéphaliques ont notablement diminué, de même que les mouvements qui avaient provoqué, par un frottement perpétuel, une vaste érosion au sacrum. Ses parents constatent eux-mêmes cet heureux changement et se reprennent à espérer, après n'avoir plus eu d'espoir. Cette même dose de 2 grammes est continuée pendant trois jours, pendant lesquels l'amélioration se continue. Sur ces entrefaites, le père, sans mon consentement, diminue de 1 gramme la dose quotidienne d'ergot de seigle. Les accidents primordialement observés reparaissent avec une recrudescence nouvelle, et je suis obligé de recourir sans tarder à la dose de 2 grammes que je n'ose guère dépasser.

A la date de ce jour, l'enfant est encore en traitement; les accidents ne cèdent pas aussi facilement que la première fois à cette poussée nouvelle. Cependant j'ai encore bon espoir. Mais, en supposant même que l'enfant succombe à ces accidents terribles, je suis profondément convaincu que l'usage de l'ergot de seigle en a arrêté la marche, et que sans l'imprudence de M. C..., l'enfant serait actuellement en pleine convalescence d'une méningite typhoïdique.

Obs. LXX. *Gravité moyenne: guérison.* — 9 novembre 1882. Mme Thiriet, de Frémifontaine, quarante-cinq ans, est depuis quinze jours en pleine évolution de fièvre typhoïde. Elle n'a, jusqu'à ce jour, reçu aucun soin. Forme abdominale, de gravité moyenne, avec diarrhée fétide et incoercible. Je recommande l'ergot de seigle (Duboué) à la dose de 2 grammes par jour. Le 13 novembre, le mari m'affirme que sa femme est en bien meilleur état et que même l'insomnie persistante dont elle se plaignait a cédé aux petits paquets. Le même médicament est continué, et le 17 novembre, j'apprends de la même bouche que la femme Thiriet est absolument guérie. Vin de kina. Je n'ai fait absolument qu'un voyage pour cette malade.

Obs. LXXI. *Bénin; guérison.* — Les deux sœurs de Parisot, de Pierrepont, ont été atteintes à leur tour de fièvre typhoïde. La première, dix-sept ans, n'a éprouvé qu'une atteinte bénigne. Dès le cinquième jour (traitement à l'ergot de seigle), la fièvre avait totalement disparu ainsi que les maux de tête. La jeune malade avait retrouvé sa gaieté habituelle.

Obs. LXXII. *Grave; en traitement.* — La seconde, dix-neuf ans, a présenté des symptômes plus graves. Céphalées intenses. Tympanisme. Délire nocturne. Vomissements. Les quatre premières doses d'ergot ont été vomies. La cinquième a été tolérée, et quarante-huit heures après l'amélioration était manifeste. Quoique la malade soit encore en traitement à l'heure actuelle, la diminution de la fièvre sous l'influence de l'ergot de seigle me fait augurer une convalescence prochaine.

Obs. LXXIII. *Gravité moyenne; guérison.* — 16 novembre 1882. Joseph Thibaut Ménil, quarante-cinq ans. Sa jeune fille, habitant Paris, a été atteinte de fièvre typhoïde. La période de convalescence arrivée, elle regagne son village natal. Quatre semaines après son retour, son père présente tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Il est soigné pendant trois semaines par une sœur de Portieux qui lui administra, sans se lasser, du sulfate de quinine.

Quand je vois ce malade le 16 novembre, le pouls est à 100. Amaigrissement notable. Diarrhée fétide et incoercible. Je remplace le sulfate de quinine par l'ergot de seigle, 2 grammes par jour en quatre paquets. Le 20 novembre, Thibaut, dont le pouls marque 75, est en pleine convalescence.

Conclusions. — Ici doivent se placer les conclusions qu'il est juste de tirer de la relation succincte de ces diverses observations. Mais d'abord je dois justifier la conduite que j'ai tenue dans le traitement de ces divers cas de fièvre typhoïde.

Dès le début, c'est-à-dire au commencement de 1879, je me suis servi exclusivement de l'ergot de seigle fraîchement pulvérisé. *Je n'ai eu qu'à me louer de son emploi dans mes premiers essais, et je donnais à ce médicament la préférence sur tous ceux que j'avais utilisés précédemment dans le traitement de la fièvre typhoïde.* Je m'aperçus bien vite que l'action curative que j'avais constatée clairement dans certains cas, dans d'autres circonstances ne se produisait pas selon mes espérances. Alors que je croyais, d'après mes premières expériences, obtenir en peu de jours une amélioration dans les symptômes que j'observais, malgré l'emploi de l'ergot, la maladie suivait sa marche comme si elle eût été livrée à elle-même, sans aucune intervention thérapeutique. Je cherchai la cause de ces anomalies, et je n'eus pas de peine à la trouver. Je constatai, en effet, que *la poudre d'ergot qui était délivrée aux malades n'était pas toujours identique à elle-même.* Parfois je remarquais qu'elle possédait cette odeur vireuse qui caractérise l'ergot de seigle de bonne qualité; d'autres fois cette odeur manquait, et j'étais amené de cette façon à faire absorber à mes typhoïdiques, tantôt un médicament actif, dont l'action se manifestait par une rémission rapide dans les symptômes graves que j'avais sous les yeux; tantôt une poudre presque inerte, dont l'action était évidemment nulle, et qui était impuissante à produire les effets désirés. En visitant l'ergot de seigle dans l'officine de nos pharmaciens, chez l'un je trouvai de l'ergot moisi, recouvert d'un dépôt blanchâtre, floconneux, qui me prouvait assez qu'il était avarié. Chez le second, je constatai que l'ergot recueilli dans notre contrée par le pharmacien lui-même était petit, à cassure violette; et, sans vouloir dire que cet ergot fût de mauvaise qualité, j'ignorais quelle était sa valeur comme principe actif. Sa puissance médicamenteuse devait cependant être bien inférieure à celle de l'ergot recueilli dans des contrées où l'élévation de la température permet un développement plus considérable, et dans lequel on doit trouver, par conséquent, une valeur en principe actif supérieure.

Chez le troisième, enfin, l'ergot de seigle que j'eus sous les yeux venait directement et tout pulvérisé de la pharmacie centrale. Malgré le soin jaloux qui anime le pharmacien, que j'estime et que je prise; malgré le souci qu'il prend de renouveler sa poudre d'ergot de seigle aussi souvent que le commande le besoin d'avoir à sa disposition des médicaments de premier choix, ma confiance dans la poudre de la pharmacie centrale n'allait pas jusqu'à m'enlever toute crainte que cette poudre n'eût pu, durant le voyage, perdre quelque peu des propriétés que l'on recherche dans l'ergot fraîchement pulvérisé.

C'est alors que je songeai à substituer, dans ma conduite thérapeutique, l'ergotine à l'ergot de seigle. Mais les mêmes reproches que je viens d'énumérer je les faisais à l'ergotine. Souvent j'obtenais le résultat attendu; d'autres fois, malgré l'augmentation de la dose, je trouvais mon intervention peu efficace. Une autre raison allait m'engager à modifier encore le traitement que je faisais suivre à mes typhoïdiques. Je consultais fréquemment les cliniques du professeur Jaccoud, et devant l'insistance que mettait le maître à recommander le traitement que je trouvais dans son livre, je ne pus m'empêcher d'y avoir recours. Cependant je ne voulais pas abandonner les préparations d'ergot, qui, malgré la variabilité du principe actif, m'avaient toujours, dans mes tentatives précédentes, paru être d'un effet puissant. J'associai donc l'ergotine à la potion préconisée par le docteur Jaccoud. Tel était le traitement auquel je m'étais définitivement arrêté, et que je suivais presque exclusivement jusqu'à ces dernières semaines. L'épidémie de fièvre typhoïde de Paris a eu du retentissement en province, et, ainsi qu'on peut le voir par l'une des observations que je cite, des jeunes filles arrivées à la période de convalescence et évacuées vers le pays natal, ont emporté avec elles le germe morbide qui a évolué au village.

Le docteur Duboué venait d'attirer à nouveau l'attention du public médical sur le médicament dont il a signalé, il y a plusieurs années déjà, l'influence heureuse sur la marche des accidents de la fièvre typhoïde. Cet honoré confrère eut la bienveillance de me faire adresser une certaine quantité de l'ergot de seigle dont il se sert habituellement, et qui, de l'avis même des pharmaciens auxquels je le soumis, est bien supérieur à celui que nous utilisions précédemment. C'est l'ergot qu'on a bien voulu m'envoyer de Pau qui a servi au

traitement des six ou sept derniers cas de fièvre typhoïde que j'ai observés pendant ces dernières semaines. J'ai donné exclusivement de l'ergot de seigle, mais de bonne qualité, à mes derniers typhoïdiques, et quoique le chiffre des malades que j'ai traités exclusivement de cette façon soit relativement assez restreint, il porte cependant en lui son enseignement.

Les 73 malades atteints de fièvre typhoïde que j'ai traités dans une période approximative de quatre années ont tous pris, plus ou moins, de l'ergot ou des dérivés de l'ergot. Le chiffre brut que j'accuse comme mortalité est de 9, c'est-à-dire qu'il est à peu près de 13 pour 100. Bien qu'il ne faille attribuer aux relevés statistiques qu'une valeur restreinte, si l'on veut bien remarquer que, parmi ces 9 cas de mort, il en est 2 au moins pour lesquels j'ai été appelé *in extremis*, c'est-à-dire au moment où le malade touchait, pour ainsi dire, à l'agonie, ces deux cas ne doivent pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation comparative que nous avons à faire entre le traitement par l'ergot et les autres médications. Il serait aussi de toute justice qu'on ne mît pas à l'actif des décès par suite de fièvre typhoïde le cas n° XVII, alcoolique, qui a succombé aux accidents dépendant d'eschares au sacrum, tout comme aurait pu mourir un vieillard atteint de fracture de cuisse. En supposant que les considérations que je viens de développer soient acceptées comme elles méritent de l'être, nous arrivons à un chiffre de mortalité qui n'atteint pas tout à fait 9 pour 100. Le chiffre 73 est déjà un chiffre respectable, et puisque des circonstances malheureuses ont voulu que le traitement de la fièvre typhoïde fût remis sur le tapis, il était de mon droit de faire connaître, à cet égard, les résultats de ma pratique, si modeste soit-elle.

Le second point sur lequel je tiens à attirer l'attention concerne *la rapidité d'action de l'ergot ou de ses dérivés*, et, quoique en règle générale le médecin, à la campagne, ne soit pas appelé dès les premiers jours de malaise, il n'en est pas moins vrai que, grâce au traitement suivi, si l'on veut consulter les observations que j'ai relatées aussi succinctement que possible, les accidents de la fièvre typhoïde se sont amendés dans une période de temps très courte, et que, sauf dans certains cas exceptionnels, la convalescence était franchement établie au bout de dix à douze jours de traitement.

Il est un troisième point que je tiens à mettre en lumière. Sur 73 cas traités, je n'ai pas perdu un seul malade d'hémorrhagie intestinale. Je n'ai pas à m'appesantir sur la gravité de cette complication, ni à faire remarquer pour quel chiffre elle entre dans la statistique des décès par suite de fièvre typhoïde. Cette complication, je l'ai observée, comme tout médecin peut le faire dans sa pratique. Les accidents qui en dépendent ont toujours cédé aux préparations d'ergot, dont j'augmentais la dose jusqu'au moment où j'en avais triomphé. Il suffit, en effet, de se rappeler l'action physiologique de ce médicament pour être convaincu à l'avance qu'un typhoïdique soumis à ce traitement aura une tendance bien moindre à voir ces accidents se produire chez lui que chez un malade dont les fibres musculaires lisses ne sont pas soumises à l'action constrictive si nette et si puissante de l'ergot, que l'on utilise journellement dans les accidents hémorrhagiques. Aussi ne voit-on cette complication signalée que 3 fois dans les 73 cas de fièvre typhoïde que j'ai traités, et toujours j'ai facilement et rapidement triomphé de ces accidents si redoutables. Il en est de même des épistaxis, qui, par leur persistance et leur abondance, épuisent si promptement et si profondément des malades chez lesquels le premier soin du médecin est de soutenir les forces.

Quand l'ergot de seigle n'aurait à son actif que ses propriétés hémostatiques, il serait le premier des médicaments à conseiller dans le traitement de la fièvre typhoïde, car il soustrairait le malade aux accidents hémorrhagiques, qui entrent, pour une si large proportion, dans les causes de mort.

Aussi, si j'en crois les observations que j'ai prises et les conclusions que j'en dois tirer légitimement, dirai-je que, *dans le traitement de la fièvre typhoïde, l'emploi de l'ergot de seigle est une médication puissante, et dont je me plais à reconnaître les bienfaisants effets.*

Dirai-je qu'elle a ses inconvénients, ses contre-indications? L'observation XVII semble le prouver. La poudre d'ergot toujours m'a paru être bien tolérée et, même lorsque les vomissements étaient persistants et tenaces, la quatrième ou cinquième dose était conservée et maintenue. Je le répète, je dois faire des réserves pour les alcooliques invétérés. Dans ces organismes, la nature des accidents observés dépend et des modifications survenues, par l'abus de l'alcool, dans la constitution des malades, et de l'action physiologique de l'ergot de seigle. En effet, si, dans l'observation XVII, nous trouvons, après l'administration de doses moyennes d'ergot, du refroidissement, de la cyanose des extrémités, ces symptômes dépendent encore de l'action constrictive du médicament. Au lieu de laisser la lumière des vaisseaux béante et prête à l'issue du sang, nous voyons, dans cette observation, sous l'influence de cette médication, la lumière des capillaires s'effacer complètement, diminuer même dans des vaisseaux plus volumineux et riches en fibres lisses, nous voyons le calibre de la radiale, par exemple, se rétrécir et ne laisser passer qu'une quantité de sang insuffisante. Aussi ferai-je en terminant mes réserves sur le traitement des alcooliques atteints de fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. Je ne pose qu'un point d'interrogation. Mais si, dans l'avenir, des cas semblables au n° XVII se présentent à mon observation, la prudence exige que les doses d'ergot administrées ne le soient qu'avec circonspection, et soient assez faibles pour que, dès l'abord, elles ne produisent pas les accidents que j'ai observés, et qui m'ont forcé momentanément à suspendre l'emploi *d'une médication* que je considère comme *supérieure dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Quoi qu'il en soit, je n'ai eu qu'à me louer de la pratique que j'ai suivie. Les résultats que j'ai obtenus m'engagent à persévérer, et si la science pouvait doter la thérapeutique du principe fixe de l'ergot de seigle, de l'alcaloïde, qui résumerait en lui toutes ses propriétés, j'estime que la médication que le docteur Duboué a préconisée le premier serait, à bref délai, acceptée par le plus grand nombre des praticiens. Il ne faut pas nous dissimuler que la réfrigération, le bain froid, auxquels l'école de Lyon reste fidèle, seront toujours impossibles à appliquer à la campagne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

De l'évolution des organismes sur l'animal vivant, dans le cadavre et les produits morbides. Mémoire de M. *G. Colin*. — Trois faits principaux sont établis dans ce travail : 1° Il n'est pas un point des appareils respiratoire et digestif où les microbes fassent défaut, et il est beaucoup de ces points où ces êtres sont en prodigieuse quantité. 2° Dans les conditions normales, tous les liquides à microbes (salive buccale, mucosités pharyngiennes, gastriques et intestinales) sont inoffensifs. Les êtres microscopiques ne leur communiquent aucune propriété nocive ou de virulence. Ces liquides ne deviennent dangereux que par suite d'une altération putride plus ou moins avancée, et alors tous les effets qu'ils produisent sont d'une commune nature, la septicité. Les microbes ou les germes des microbes des voies respiratoires et digestives sont très probablement; sur l'animal vivant, portés dans une foule de points, par les courants de diffusion, et très certainement, sur le cadavre, dans toutes

les parties du corps, où ils se développent s'ils trouvent des conditions favorables. (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Sur les principes toxiques des champignons comestibles. Note de M. *Dupetit*.

C'est donc à une sorte de poison soluble que sont dues les propriétés toxiques de ces champignons. Le principe actif est insoluble dans l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, les alcools éthylique et méthylique; il est précipité à peu près complètement par l'addition au sucre d'alcool, de tannin, de sous-acétate ou d'hydrate de plomb; il est entraîné par la formation d'un précipité de phosphate de chaux. Ces propriétés chimiques rappellent celles des ferments solubles et non celles des alcaloïdes connus; en outre, il est essentiel de remarquer que l'action d'une température de 100 degrés fait complètement disparaître la nocuité du suc. Aussi n'y a-t-il pas à se préoccuper du danger dans l'alimentation des champignons comestibles, toutes les fois qu'ils sont cuits.

Des expériences encore incomplètes, sur des plantes phanérogames, prouvent que plusieurs d'entre elles renferment des substances de même nature. En outre, au cours de ce travail, on a constaté que dans le Bolet se trouvent plusieurs alcaloïdes non vénéneux : l'un d'eux possède toutes les propriétés de la névrine; un autre présente les réactions caractéristiques des ptomaïnes.

Sur la production d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie surtout unilatérale, sous l'influence d'une simple irritation périphérique. Note de M. *Brown-Séquard*.— Les expériences faites par divers auteurs ont conduit M. Brown-Séquard à des recherches ayant pour objet de trouver si l'anesthésie générale n'était pas alors produite par une simple irritation de la muqueuse laryngée sans passage du gaz dans le sang.

I. Après avoir pris certaines précautions, permettant à un animal de respirer de l'air pur par la trachée, on lui a lancé avec force de l'acide carbonique sur l'ouverture laryngée supérieure. Au bout d'un temps très court (une à deux minutes dans trois cas sur onze), il y a déjà eu un commencement d'anesthésie aux membres et dans quelques autres parties. Dans presque tous les cas, l'animal au bout de trois minutes ne sentait plus le courant galvanique d'un appareil de Dubois-Reymond, au maximum d'intensité ni sur des plaies faites aux pattes, à l'aisselle, à l'aine et au cou, ni aux lèvres, à l'œil et aux paupières. Cette perte de sensibilité n'était certes pas due à l'entrée dans le sang de l'acide carbonique insufflé, car il n'y a pas eu d'anesthésie produite, lorsque les nerfs laryngés avaient été coupés avant l'insufflation du gaz. En outre, l'inhalation produit, en outre de l'anesthésie générale, un profond sommeil ou au moins la perte de connaissance, une résolution générale, la perte de la faculté réflexe, des convulsions soit pendant l'inhalation, soit (et surtout alors), comme l'a montré M. P. Bert, au moment où l'animal respire de nouveau de l'air atmosphérique. Au contraire, lorsque l'animal ne reçoit d'acide carbonique que sur le larynx, ces divers phénomènes, à part l'anesthésie générale, manquent complètement. Une fois cependant (chez un lapin), il y a eu une résolution presque complète et générale, mais il n'y avait pas perte de connaissance. Quant à la faculté réflexe, elle ne fait que diminuer dans les membres, mais elle se perd au larynx. En outre, d'après les auteurs et d'après mes propres expériences, l'anesthésie due à l'inhalation cesse presque immédiatement (de deux à huit minutes) après le retour de l'animal à la respiration d'air atmosphérique, tandis que chez les animaux soumis à l'insufflation sur la muqueuse laryngée l'anesthésie a duré en moyenne de quinze à vingt minutes et une fois plus d'une heure. Enfin, chez ces derniers animaux, l'anesthésie a cessé dans certaines parties, tandis qu'elle persistait avec son intensité première dans plusieurs autres.

II. Sur six animaux (deux chiens, deux lapins, deux cobayes), j'ai coupé l'un des nerfs laryngés supérieurs, puis j'ai fait arriver un courant d'acide carbonique sur l'ouverture laryngienne inférieure, la respiration s'opérant par un tube dans la trachée. A part les parties voisines du larynx, et surtout la trachée et les différents points de la plaie du cou, parties où il y a eu une anesthésie complète des deux côtés, les membres, le tronc et la tête ont montré les différences que voici entre les deux moitiés du corps. Du côté où le nerf n'avait pas été coupé et pouvait conséquemment recevoir l'irritation et la transmettre aux centres nerveux, l'effet anesthésique a été à peu près le même, mais un peu moindre que si les deux nerfs avaient été intacts. De l'autre côté, où le nerf avait été coupé, il y a eu bien moins de parties anesthésiées à un notable degré; l'anesthésie y a moins duré et, de plus, elle y a été remplacée par une hyperesthésie évidente. Il y a donc, dans cette expérience, une anesthésie surtout unilatérale et du côté où le nerf non coupé a pu transmettre aux centres nerveux l'irritation causée par l'acide carbonique. C'est aussi le plus souvent du côté irrité que se montrent, chez l'homme, les anesthésies réflexes.

Ainsi : 1° lorsque les deux nerfs laryngés supérieurs sont intacts, il y a production d'anesthésie des deux côtés du corps; 2° lorsque l'un des nerfs est coupé, il y a anesthésie, surtout dans l'un des côtés du corps; 3° lorsque les deux nerfs sont coupés, il n'y a d'anesthésie ni d'un côté ni de l'autre. Il y a tout lieu de croire que c'est par *inhibition* de l'activité des centres percepteurs des impressions sensitives que l'irritation périphérique de ces nerfs agit pour produire de l'anesthésie.

Sur l'action physiologique du café. Note de M. *Guimaraes* (1). — Des chiens de rue de 5 à 8 kilogrammes ont été habitués, pendant plusieurs jours, à un régime exclusif de viande de bœuf et d'eau, et à l'isolement dans des cages qui permettaient de recueillir les urines et les fèces et de surveiller l'alimentation. Puis on a injecté dans leur estomac, par une sonde, deux fois par jour, pendant huit à dix jours, une dose d'infusion de café, fixe pour la même expérience, mais variable d'une expérience à l'autre; tous les jours, pendant la période de préparation comme pendant la période d'usage du café, on constatait l'état du cœur, des pupilles, de la température et de la respiration, et surtout on pesait l'animal, on pesait ses fèces, on pesait ses urines, et l'on pesait aussi la quantité de viande consommée. Des expériences faites sur cinq chiens ont montré que l'usage du café, à des doses qui n'ont rien d'excessif (200 à 300 grammes d'infusion) hâte la mort par inanition, comme aussi il rend plus rapides les diminutions de poids et les désassimilations.

D'autres expériences ont été faites sur six chiens qui mangeaient de la viande à volonté, et qui recevaient quotidiennement, pendant neuf jours, 80 grammes d'infusion de café. Les trois ou quatre premiers jours, les chiffres des pesées indiquaient une augmentation légère des pertes de l'organisme; le poids de l'animal diminuait de 100 à 400 grammes, et il n'y avait pas de variation nette de l'alimentation ou des excreta; puis, on voyait se produire des variations inverses.

Si l'on compare ces diverses recherches, faites avec des doses moyennes ou fortes sur des chiens inanitiés ou alimentés à volonté, on voit que le café a toujours produit immédiatement un mouvement plus rapide des désassimilations. Seulement, quand on a fait ingérer des doses moyennes, le mouvement d'assimilation a repris le dessus au bout de quelques jours; et sur les mêmes animaux l'activité plus grande de la nutrition a coïncidé avec une augmentation marquée de la pression du sang, avec l'accélération du cœur, etc.

« La valeur du café, établie depuis longtemps par l'empirisme, devient ainsi, dit l'auteur, facile à comprendre; cette substance, utile directement par ses principes assimilables, l'est surtout indirectement par la plus grande quantité de nourriture azotée qu'elle fait consommer. »

Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi. Note de M. *L. Ranvier*.

Lorsque l'on examine, avec un bon objectif à immersion et un éclairage convenable, des coupes du corps muqueux de Malpighi de l'homme, on arrive à reconnaître que les cellules qui le composent possèdent une structure fibrillaire. Les fibrilles intracellulaires, qui sont extrêmement fines et qui paraissent avoir toutes à peu près le même diamètre, s'entre-croisent autour du noyau et forment dans son voisinage immédiat un treillis serré. Si la coupe est assez mince, on arrive à suivre un grand nombre de ces fibrilles dans toute l'étendue de la cellule, et on les voit à sa périphérie

(1) Travail du laboratoire de physiologie du muséum de Rio.

s'engager dans des filaments d'union et se poursuivre dans les cellules voisines. Les filaments d'union ne sont pas formés seulement par les fibrilles intracellulaires; leur diamètre est à peu près deux fois plus grand. Il semble qu'en quittant une cellule les fibrilles, pour former les filaments, s'entourent d'une couche de protoplasma interfibrillaire. Le corps de la cellule n'est pas entièrement composé de fibrilles. Entre elles se trouve répandue une substance homogène. Un certain nombre d'histologistes, qui depuis quelques années s'occupent avec assiduité de la structure des cellules en général, ont reconnu que leur substance constitutive, que l'on considérait jadis comme granuleuse, est en réalité constituée par des fils délicats noyés dans une matière hyaline...

Cette manière de comprendre les choses ne cadre nullement avec la définition ancienne du protoplasma, celle de Schultze, par exemple, et je pense qu'elle ne pourrait être admise en ce qui regarde les cellules du corps muqueux. En effet, les fibrilles qui entrent dans la constitution de ces cellules paraissent être des éléments ayant une forme stable, des éléments fixes...

Mes recherches récentes sur la névroglie (*De la névroglie*, in *Comptes rendus*, 5 juin 1882) m'ont démontré que les cellules qui la constituent sont composées d'une masse protoplasmique de forme variée, traversée en différentes directions par des fibres, fibres connectives des centres nerveux ou fibres de la névroglie. Les cellules de la névroglie et les cellules nerveuses, qui procèdent les unes et les autres du névro-épithélium primitif, tiennent donc de leur origine le caractère commun d'être formées d'une masse protoplasmique traversée par des fibres tout à fait différenciées. Je viens de montrer que les cellules du corps muqueux possèdent ce même caractère. Les fibrilles qui les traversent, qui vont de cellule en cellule en passant par les filaments d'union, et dont la longueur ne peut pas être déterminée aujourd'hui, sont donc des équivalents morphologiques des fibrilles nerveuses et des fibres de la névroglie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCES SUCCESSIVES DE MM. GAVARRET ET HARDY.

MM. les docteurs *Lunier*, *Mauriac* et *Valléri* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. les docteurs *Laveran* et *J. Teissier*, un ouvrage en deux volumes, intitulé : *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*; 2° de la part de M. le docteur *Lardier* (de Rambervillers, Vosges), une brochure ayant pour titre : *Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne.*

M. *Bouley* présente : 1° une note manuscrite de MM. *Nocard* et *Mollereaux* sur *l'emploi de l'eau oxygénée comme moyen d'atténuation de certains virus*; 2° un *Traité de jurisprudence commerciale et de médecine légale vétérinaires*, par M. *Galtier* (de Lyon).

M. *Fournier* offre, de la part de M. le docteur *Poyet*, un *Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie.*

Installation du bureau pour 1883. — M. *Gavarret*, président sortant, rend d'abord compte à ses collègues des efforts qu'il a tentés auprès de M. le ministre de l'instruction publique, lors de la réception officielle à l'occasion du nouvel an, afin d'obtenir enfin des pouvoirs publics une installation convenable de l'Académie; M. le ministre a promis de venir très prochainement se rendre compte par lui-même de l'état actuel de cette installation. M. Gavarret résume ensuite, dans une allocution vivement applaudie, les travaux de l'Académie dans l'année écoulée et il se félicite d'avoir ajouté à la date de son entrée, par le concours, au professorat de la Faculté de médecine (1833), celle de l'année pendant laquelle il a eu l'honneur de présider l'Académie, année qui comptera, elle aussi, d'une manière toute spéciale, dans sa carrière.

Élection. — Par 53 voix sur 75 votants et quoique porté en deuxième ligne, M. *Leudet* (de Rouen) est nommé associé national; M. Cazeneuve (de Lille), présenté en première ligne, obtient 16 voix; M. Ollier (de Lyon), 3; M. Tholozan (de Téhéran), 2 et M. Béchamp, 1.

Eaux minérales. — Sur les rapports de M. *Armand Gautier*, l'Académie émet un avis défavorable concernant l'autorisation d'exploiter une source dite des Fées à Montauban et ajourne, jusqu'à plus ample informé, l'autorisation d'exploiter une source située au quartier de Reggleich à Saint-Girons.

Pyrogallol contre le phagédénisme du chancre simple. — M. le docteur *Vidal*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, candidat dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, donne lecture d'un mémoire sur le traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique ou pyrogallol. Après avoir rappelé les propriétés chimiques et physiologiques de ce phénol triatomique, il insiste sur ce qu'il n'est pas absorbé lorsqu'on le met en contact avec le tissu cellulaire sous-cutané, d'où la possibilité de l'utiliser comme caustique même sur les surfaces ulcérées, tout au moins dans certaines conditions et avec certaines précautions spéciales. Ayant eu l'occasion de poursuivre une nombreuse série de recherches sur l'emploi de ce médicament, M. Vidal a pu reconnaître notamment qu'en détruisant la virulence du chancre simple, il en arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie ordinaire. Ne déterminant qu'une douleur très modérée, de quelques minutes de durée, limitant presque exclusivement son action caustique aux tissus malades, d'une application enfin facile à répartir sur tous les points envahis, le pyrogallol, incorporé dans une pommade ou mélangé, dans la proportion d'un cinquième, avec une poudre inerte, est jusqu'à ce jour le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme. D'ailleurs ces préparations peuvent, sans danger d'une absorption suffisante pour déterminer des phénomènes toxiques, être étendues sur de larges ulcérations phagédéniques. Mais si le pyrogallol est d'une efficacité remarquable pour combattre le phagédénisme du chancre simple, il n'a pas d'action spéciale contre le phagédénisme des ulcérations syphilitiques (phagédénisme tertiaire).

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1882.— PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Des granules et de la médecine dosimétrique : M. Dujardin-Beaumetz. — Traitement du furoncle : M. E. Labbé. — Procédés nouveaux pour trois préparations pharmaceutiques : M. Vigier. — Élections.

M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture d'une observation publiée par le *Répertoire de médecine dosimétrique* au sujet de la tolérance de l'économie pour les alcaloïdes dans les affections suraiguës. D'après cette observation, le docteur Duchêne, appelé auprès d'une malade atteinte de rhumatisme suraigu généralisé, avait prescrit, pour *tâter* la susceptibilité de sa cliente à l'égard des alcaloïdes, 5 tubes de granules d'aconitine, 5 de vératrine et 5 de digitaline, en recommandant de prendre 8 granules de chaque tube dans les vingt-quatre heures. La malade ingéra, en quarante-huit heures, le contenu des 15 tubes, c'est-à-dire 100 granules d'aconitine, 100 de vératrine, 100 de digitaline, et, contre toute attente, loin de s'en trouver incommodée fut, dès ce moment, entièrement guérie. — M. Burgraeve fait suivre d'ailleurs la relation de ce fait d'une note dans laquelle il fait remarquer qu'une semblable dose, qui *peut paraître* énorme, vient démontrer la tolérance à l'égard des alcaloïdes dans les maladies aiguës, et l'*impossibilité* de toute intoxication avec les granules dosimétriques, même à des doses qui seraient sans doute toxiques si l'on employait d'autres préparations des mêmes substances. — M. Dujardin-Beaumetz pense que cette observation démontre bien mieux encore que les granules dosimétriques ne renferment aucun principe actif. En effet, si l'on dépasse le chiffre de 8 granules d'aconitine par jour, on obtient des accidents toxiques; par conséquent les 300 granules absorbés par la malade de M. Du-

chêne ne contenaient que du sucre puisqu'elle n'est pas morte.

M. *Catillon* rappelle qu'autrefois on préparait les granules *à la bassine*, mais qu'on a renoncé à ce procédé défectueux : on n'était jamais sûr de la quantité de substance active renfermée dans chaque granule. Aujourd'hui on prépare les granules comme de petites pilules.

M. *Limousin* fait observer que lorsqu'on prépare des pilules avec un médicament en poudre, du sulfate de quinine par exemple, on a parfois, malgré tout le soin que l'on peut y apporter, une différence de 15 à 20 pour 100 dans la quantité de substance active que renferme chaque pilule. Si l'on emploie une solution médicamenteuse, l'écart est bien moindre.

M. *Delpech* croit que les granules qui sont préparés dans le commerce en masse considérable ne peuvent jamais être rigoureusement dosés. Il est bien préférable de formuler des pilules qui devront renfermer une quantité déterminée du médicament prescrit.

M. *Moutard-Martin* rappelle que beaucoup de médecins se croient obligés de recourir aux granules de Chanteaud, comme étant les seuls qui aient quelque efficacité. Il est donc nécessaire de montrer que les granules dosimétriques sont le plus souvent mal préparés ; ils peuvent être ou dangereux, ou absolument inertes. Le fait rapporté par M. Dujardin-Beaumetz, en fournit une preuve évidente.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que les alcaloïdes seraient utilement administrés sous forme de granules ; mais il faut que ces granules soient exactement dosés. Dans le cas contraire on s'exposerait à bien des mécomptes. Certains alcaloïdes, en effet, sont toxiques à très faible dose ; ainsi il est prudent de ne pas prescrire plus de 2 milligrammes d'aconitine.

M. *C. Paul* est d'avis que, lorsqu'il s'agit de médicaments devant être employés à aussi faible dose, les solutions permettent seules d'éviter toute erreur. Quant aux granules, le mode de fabrication *à la bassine* expose à des écarts d'autant plus marqués que l'on en préparera un plus grand nombre à la fois, et que, par suite, la quantité de solution médicamenteuse projetée sur les granules sera plus considérable. Beaucoup de médecins d'ailleurs prescrivent des granules dosimétriques parce qu'ils ne savent pas formuler.

M. *Vigier* tient de M. Chanteaud lui-même que le phosphure de zinc qu'il emploie provient de Darmstadt et qu'il n'en connaît pas le titre exact. Or ce produit ne renferme que 30 pour 100 de phosphure de zinc pur. D'ailleurs, huit milligrammes de phosphure de zinc pur correspondent à un milligramme de phosphore ; la quantité de phosphore contenue dans un granule Chanteaud d'un milligramme, préparé avec le produit de Darmstadt, est donc absolument insignifiante.

— M. *E. Labbé* pense que le traitement classique du furoncle par l'incision et les cataplasmes devrait être abandonné. Pour lui, en effet, l'incision n'offre aucun avantage, car elle n'ouvre que quelques aréoles de la face profonde du derme et ne permet pas au bourbillon de s'éliminer aussitôt ; l'expulsion du bourbillon et la guérison du furoncle ne sont en rien hâtées par l'incision. Quant aux cataplasmes, ils ramollissent l'épiderme qui, par suite, s'éraille en divers points, présentant ainsi de nombreuses portes d'entrée au pus du furoncle primitif ; or, dans tous ces points se produit l'inoculation du furoncle et les accidents se prolongent parfois ainsi fort longtemps. M. E. Labbé est d'avis qu'il vaut mieux entourer la base du furoncle d'une couche de collodion et appliquer, comme topique, l'onguent de la mère.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne croit pas l'inoculabilité du furoncle jusqu'ici démontrée. D'ailleurs, il arrive toujours un moment où, tout en continuant les cataplasmes, on obtient la guérison du dernier furoncle ; la théorie de M. E. Labbé semble donc à cet instant être en défaut.

M. *C. Paul* fait observer que, dans le cas de furoncle volumineux, l'incision soulage grandement le patient, et qu'à ce seul titre elle mériterait encore d'être conservée.

— M. *Vigier* indique un moyen fort simple de préparer une lotion au soufre et au camphre présentant une homogénéité parfaite : il suffit d'ajouter de la gomme aux autres substances qui entrent dans sa composition. Il propose la formule suivante : eau, 250 grammes ; alcool camphré, 30 grammes ; soufre, 10 grammes ; gomme, 4 à 6 grammes. — Il en est de même pour obtenir un lavement camphré bien émulsionné ; le jaune d'œuf employé ordinairement dans ce but n'a pas d'utilité bien nette, et le camphre surnage presque immédiatement. On évite tous ces inconvénients en formulant comme suit : eau, 250 grammes ; camphre, 1 gramme ; jaune d'œuf (?), n° 1 ; gomme, 2 grammes. — Un autre artifice permet de préparer la potion au musc sans avoir à craindre une séparation presque immédiate du véhicule et du médicament. On devra pulvériser le musc avec deux fois son poids d'alcool ; dans ces conditions, le musc se réduit en une poudre impalpable, dont une partie assez considérable se dissoudra dans l'eau de la potion ou du lavement, tandis que le reste sera tenu en suspension dans le liquide de façon régulière pendant plus de vingt-quatre heures.

Élections. Sont nommés : Président de la Société, M. Dujardin-Beaumetz ; vice-président, M. Delpech ; secrétaire général, M. C. Paul ; secrétaires annuels, MM. E. Labbé et J. Michel.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Dipsomanie et alcoolisme, par le docteur Ch. LASÈGUE.

Il existe, au point de vue médical, deux formes définies d'empoisonnement par les boissons fermentées, l'une est la dipsomanie, l'autre est l'alcoolisme. La disparité entre les deux formes est telle que le dipsomane ne devient jamais alcoolique et l'alcoolique jamais dipsomane.

Processus par accès, entraînement spontané, sans provocations extérieures, autant de caractères qui séparent la dipsomanie et l'alcoolisme. Appartenant généralement aux classes élevées de la société, solitaire, fuyant les compagnies qui flatteraient ses goûts, le dipsomane n'a ni les accès furieux, ni les aventures mentales de l'alcoolique. L'abaissement cachectique de l'alcoolique ne répond pas davantage à la cachexie spéciale de la dipsomanie ; le dipsomane s'enivre et ne s'alcoolise pas. (*Ann. gén. de méd.*, sept. 1882.)

Hypertrophie amygdalienne syphilitique,
par M. P. HAMOND.

Il existe une hypertrophie syphilitique de l'amygdale analogue de l'adénopathie secondaire et sa contemporaine. Elle est parfois isolée, plus souvent combinée à une angine spécifique ou à des syphilis du voile du palais et des amygdales.

Quelquefois, sous l'influence d'une poussée aiguë, le tissu cellulaire ambiant suppure.

Comme lésion, on trouve une hyperplasie lamineuse, à laquelle se joignent souvent des lésions du côté des cellules quand il s'agit de sujets scrofuleux.

L'hypertrophie rétrécit souvent sous l'influence d'un traitement à la fois local et général ; dans les cas où cette rétrocession ne se produit pas, il faut recourir à l'amygdalotomie. (*Annales de dermat. et de syphiliogr.*, 1882, n°s 7 et 8.)

BIBLIOGRAPHIE

Le rhumatisme, sa nature et son traitement, par le docteur Maclagan. Traduction du docteur Brachet, 315 pages. Masson, 1883.

La dernière théorie du rhumatisme, mise en avant par le docteur Prout et développée par Todd, Fuller, Richardson, Foster, etc., est celle qui attribue à l'excès d'acide lactique dans le sang les manifestations morbides. Foster, en particulier, en administrant de hautes doses d'acide lactique, avait déterminé des phénomènes tout à fait analogues à ceux qu'on observe dans le rhumatisme: douleur avec gonflement des articulations et élévation de la température. M. le docteur Maclagan attaque vivement cette théorie, non qu'il nie l'excès d'acide lactique constaté dans le rhumatisme, ce qui était difficile, mais il y voit un simple effet et non une cause de la maladie.

Pour lui, le poison rhumatismal est un miasme, c'est-à-dire une matière étrangère à l'organisme et y pénétrant du dehors. Bien que distincte du miasme qui produit les fièvres intermittentes, cette matière lui est tout à fait analogue. Dans cette théorie, le rhumatisme devient une fièvre rémittente. L'attaque se composerait d'une série d'accès se succédant sans intervalles régulièrement marqués. C'est la forme la plus habituelle. Il en existe une autre, véritablement périodique et caractérisée par une absence complète de la fièvre et des douleurs dans l'intervalle des accès; nous ne l'avons, pour notre part, jamais observée sous les allures parfaitement nettes que lui attribue le docteur Maclagan.

Le miasme rhumatismal se manifeste de deux façons: 1° par une action nocive primitive qui se localise sur les tissus fibreux, comme les cantharides sur les reins et la vessie, l'arsenic sur l'estomac; 2° par la reproduction secondaire incessante de l'élément morbide dans les tissus intéressés.

L'hypothèse de ce miasme dont l'origine nous est complètement inconnue se concilierait médiocrement, en tout cas, avec la question d'hérédité qui domine toute l'histoire du rhumatisme, à moins qu'on n'admette que l'hérédité réside dans une réceptivité particulière, une aptitude spéciale à subir l'influence du poison rhumatismal, partout où il se rencontre.

Étant admise cette nature miasmatique du poison rhumatismal et son action élective sur certains tissus, l'auteur considère les composés salicyliques comme le véritable antidote de ce poison. Ces composés doivent être administrés à haute dose et la guérison du rhumatisme sera d'autant plus rapide qu'on pourra dans un temps donné en faire absorber au malade une quantité plus considérable. Peu importe la nature et la forme du médicament salicylique, pourvu qu'on puisse en faire tolérer en peu de temps des doses élevées. Ce n'est pas à dire cependant que l'auteur n'ait pas une prédilection particulière pour un des composés. Il considère qu'ils ont tous une action spécifique sur le poison rhumatismal, mais il reconnaît à l'acide salicylique et aux salicylates des dangers que ne comporte pas la salicine.

L'élimination rapide des composés salicyliques rend nécessaires ces hautes doses rapidement administrées. Il faut, d'après l'auteur, environ 30 grammes de salicine ou d'acide salicylique pour combattre les symptômes aigus. « On donnera cette quantité durant les seize ou vingt-quatre premières heures par doses de 1 gramme à 1gr,30, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, suivant que les symptômes aigus diminuent. Trente grammes devront être administrés durant les quarante heures suivantes »; ce qui fait pour soixante-quatre heures au maximum, 60 grammes d'acide salicylique.

Nous avons copié textuellement, mais nous avouons que nous reculerions absolument devant l'administration de doses aussi élevées de salicylate de soude, et nous n'y serions pas encouragés par les observations mêmes de l'auteur où nous voyons des accidents graves survenir après 7 prises d'un gramme chacune, toutes les heures (p. 240). — Nous sommes donc tout à fait de l'avis de l'auteur quand il recommande de s'adresser de préférence à la salicine, beaucoup moins dangereuse à manier et pouvant même en cas d'accidents, déterminés par le salicylate, conjurer ces accidents. On peut même conclure de cette observation que la salicine ne doit pas ses effets à sa transformation en acide salicylique, comme Senator avait cru pouvoir l'affirmer.

On comprend de quelle importance il est d'agir rapidement et avec énergie si on partage les espérances de l'auteur qui croit pouvoir prévenir les maladies du cœur par une prompte intervention. On lira avec un vif intérêt les chapitres consacrés au traitement du rhumatisme vasculo-moteur, au rhumatisme cérébral, à l'hyperpyrexie rhumatismale.

Toutes ces considérations, peut-être un peu aventurées, mais toujours neuves et hardies, rajeunissent en quelque sorte cette vieille question du traitement du rhumatisme et ouvrent de nouvelles voies où la thérapeutique ne peut manquer de s'engager, sans oublier qu'il faut toujours procéder avec prudence et en sondant les dispositions particulières de chaque malade. B.

VARIÉTÉS

Facultés de médecine. Concours d'agrégation pour la pathologie interne et médecine légale. — Par suite d'une indisposition grave d'un des membres du jury, la séance, qui devait avoir lieu le jeudi 4 janvier, est reportée au lundi 8 janvier, à 10 heures. — MM. les candidats sont appelés pour le même jour, à 11 heures.

Ordre du jour : Tirage au sort des épreuves orales après vingt-quatre heures de préparation.

Autopsie de M. Gambetta. — Nous signalerons seulement les résultats, en ce moment connus de tout le monde, de l'autopsie de M. Gambetta pour laquelle MM. Brouardel et Mathias Duval ont été adjoints aux médecins traitants. On a reconnu l'existence d'un rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal et d'une infiltration purulente autour du cæcum et du côlon ascendant, avec des traces de péritonite ultime. Le diagnostic porté se trouve ainsi confirmé.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lesage, candidat au doctorat en médecine, boursier près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, en la même qualité, à la Faculté de Paris.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Danvergne (Auge-Édouard-Prosper) est nommé pour deux ans aide des travaux pratiques d'histoire naturelle. — M. Jeannel (Sidoine) est nommé pour deux ans aide préparateur du laboratoire d'hygiène. — M. Chapu, ancien aide d'anatomie, est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lavocat est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le cours complémentaire de clinique ophthalmologique actuellement existant à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été transformé en cours magistral.

LÉGION D'HONNEUR.

Ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier : MM. le docteur Goujon, maire du XIIe arrondissement de la ville de Paris; le docteur Tarnier (Stéphane), chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité à Paris; Parrot (Joseph-Marie-Jules), professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Vardo (Benjamin), membre du conseil d'arrondissement de Marmande (Lot-et-Garonne); le docteur Bénard (Jean-Baptiste-Charles), médecin de l'hospice de Buzançais (Indre); le docteur Bozonnet (Claude-Marie-Honoré), membre du conseil général de l'Ain; le docteur Allemand (Pierre-Léger-Prosper), membre du conseil général des Basses-Alpes); le docteur Naudet (Simon-Victor-Onésipe), médecin des hospices civils et des prisons de Langres (Haute-Marne); le docteur Maloizel (Louis), médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau; le docteur Bergerault (Antoine), membre du conseil général de la Vienne; le docteur Forgemol (Émile), maire d'Aix-sur-Vienne (Haute-Vienne).

Service de santé de la marine. — Au grade de chevalier : MM. Nègre (Jean-Baptiste-Etienne), médecin de 1re classe; Seney (François-Marie-Alphonse), médecin de 1re classe; Rousse (Camille-Louis-Paul), médecin de 1re classe; Lenoir (Jacques-Marie-Hippolyte), médecin de 1re classe; Etienne (Clément-Joseph-Jules), médecin de 1re classe; Soutiers (Jean-Pierre-Adolphe), médecin de 2e classe; Duval (Pierre-Emmanuel-Marie), médecin de 2e classe; Louvet (Sébastien-Fernand-Isidore-Albéric), pharmacien de 1re classe de la marine.

Service de santé de l'armée de terre. — Au grade de commandeur : M. Meurs (Alfred-Joseph), médecin principal de 1re classe.

Au grade d'officier : MM. Morache (Georges-Auguste), médecin principal de 1re classe; Sifflet (Jean-Baptiste-Gabriel-Ernest), médecin major de 1re classe; Clédat de La Vigerie (Martial-Gabriel), médecin major de 1re classe; Jaillard (Pierre-François), pharmacien principal de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Léonardi, médecin en chef de l'hospice de Douai (service des salles militaires); Bourgeois (Michel-Jules), médecin chirurgien de l'hospice de Beauvais; Dumas (Antoine-Marie-Emile), médecin major de 1re classe; Alibran (Charles-Hardi), médecin major; Derazey (François-Amédée), médecin major; Rochet (Léon-Auguste), médecin major de 1re classe; Sedan (Auguste-Frédéric), médecin major de 2e classe; le docteur Isoard (Joseph-Marius-Victor), ancien adjoint au maire de Marseille); le docteur Cuisinier (Victor-Hippolyte), ancien chirurgien militaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. Lucien Corvisart, l'un des anciens médecins de l'empereur. Ses obsèques ont eu lieu mercredi 27 décembre, en l'église Saint-Pierre de Chaillot. Après la cérémonie religieuse, le corps a été transporté à Athis-Mons. Son nom se rattache à l'étude des nutriments et de l'action de la pepsine, et à l'étude des fonctions du pancréas.

— On annonce également la mort de notre distingué confrère M. Paul-Alfred Lebreton, ancien interne des hôpitaux, médecin du ministère des postes et télégraphes, qui a succombé le 29 décembre à l'âge de quarante-cinq ans.

— M. de Saint-Jean, qui était à la tête de la Franc-maçonnerie française, et dont on vient d'apprendre la mort subite, appartenait au Corps médical.

TRAITEMENT DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — CONSEIL MUNICIPAL. — La commission du budget avait repoussé la proposition d'élever le traitement d'aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux; mais le Conseil, sur les instances de M. Bourneville, a décidé : 1° l'élévation de 600 à 1000 francs du traitement de treize chirurgiens et de vingt-deux médecins du bureau central; 2° la création d'un nouveau poste de médecin et d'un nouveau poste de chirurgien au bureau central, au traitement de 1000 francs; 3° la création de deux nouveaux accoucheurs au traitement de 1500 francs.

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 décembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1116, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 66. — Variole, 11. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 35. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 25; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 91; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 52e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1169 naissances et 1116 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1064, 1135, 1094, 1202. Le chiffre de 1116 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès accusés par les affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la fièvre typhoïde (66 décès au lieu de 84 pendant la 51e semaine). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par variole (au lieu de 9), 16 par rougeole (au lieu de 18), 7 par coqueluche (au lieu de 5), 6 par érysipèle (au lieu de 9), 6 par infection puerpérale (au lieu de 9), et 35 par diphthérie (pareil chiffre avait été constaté pour la précédente semaine). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (145 malades reçus du 18 au 24 décembre, au lieu de 171 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (19 au lieu de 37), et supérieur pour la variole (28 au lieu de 15).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 janvier 1883.

Le fongus bénin du testicule.

Depuis 1876 nous proposons, à l'exemple de Deville, — et vingt trois ans après lui, — de morceler l'histoire du fongus bénin du testicule. Il ne constitue point une tumeur spéciale ; il est un épisode, une simple complication, un phénomène souvent prévu au cours de certaines affections de la glande spermatique. Pourquoi donc isoler son étude? Ne faut-il pas, au contraire, la rattacher étroitement à celle de la maladie déterminante?

Cette réforme nécessaire n'est point encore acceptée : l'ancienne classification survit malgré les justes attaques dont on l'assaille, et le fongus a son chapitre à part dans nos traités classiques au même titre que le cancer, le tubercule et l'hématocèle. Il n'est donc pas inutile de montrer, dans un article d'ensemble, ce qu'on entendait jadis par ce mot, les acceptions diverses qu'il prend aujourd'hui et à quelles affections nous devons désormais annexer la description du fongus.

I

On ne commence à s'occuper du fongus du testicule que dans la seconde moitié du dernier siècle. Il en existe bien auparavant quelques vagues mentions; on cite une observation rapide de Fabrice de Hilden et une assertion fort explicite de Donald Monro, mais les recherches sérieuses datent de l'Académie royale de chirurgie qui nous a laissé les mémoires de Bertrandi, de Sabatier et de J.-L. Petit où l'on trouve quelques notions, assez obscures d'ailleurs, sur cette question litigieuse.

Les faits de J.-L. Petit nous importent peu. Ils ont évidemment trait à l'issue des tubes séminifères par une perte de substance de l'albuginée. Ces cas ne rentrent à aucun titre dans l'étude du fongus. L'observation de Bertrandi mérite de nous arrêter : Deville, en effet, nous a montré, dans son mémoire de 1853 que « le traître-traducteur » du texte latin primitif est pour beaucoup dans la conception bizarre qui règne encore sur la pathogénie du fongus.

Le traducteur considère comme synonymes les deux termes *tunica testis* et *tunica didymi*; il confond ainsi les bourses, *tunica testis*, avec l'albuginée, *tunica didymi*, et grâce à cette grave erreur, Bertrandi se trouve dire que le fongus a, pour origine, l'épanouissement de la pulpe séminale après rupture de l'albuginée et la végétation de bourgeons charnus sur les tubes spermatiques étalés au-devant du scrotum. Il

FEUILLETON

Lettres médicales.

Incident Jousset de Bellesme. — Dubois-Reymond et Goëthe. — Sœurs de charité et infirmières laïques. — Les « arènes » de Paris. — Le temple d'Epidaure retrouvé. — Une vieille ventouse. — Les professeurs chéris des dames.

Si je ne vous ai pas parlé plus tôt, cher confrère, de *l'incident Jousset de Bellesme*, c'est que ma dernière lettre mensuelle était partie quand les détails en sont parvenus à la presse. Vous savez déjà que M. Jousset, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, chargé de prononcer le discours de rentrée, avait pris pour sujet : *Notes et souvenirs de Claude Bernard* ; que son travail ayant été communiqué, suivant l'usage, au directeur de l'Ecole, M. Laënnec, celui-ci avait demandé qu'il y fût fait des modifications et des suppressions ; que les changements consentis par l'auteur avaient paru insuffisants ; qu'il en avait été dès lors référé au ministre de l'Instruction publique, lequel avait décidé que, dans ces conditions, le discours ne serait pas prononcé. Il ne l'a pas été, en effet ; mais il a été imprimé, et l'auteur, avec une louable bonne foi, l'a fait suivre : 1° de la lettre à lui adressée par M. Laënnec; 2° de la réponse qu'il y a faite ; 3° du procès-verbal de la séance dans laquelle l'affaire a été portée devant l'assemblée des professeurs ; 4° de la notification des décisions de l'assemblée et de la correspondance qui s'en est suivie; 5° enfin de la lettre de M. le ministre. Je vous parlerai donc de cette affaire en pleine connaissance de cause; ce sera aussi en toute sincérité, écartant autant que possible le sentiment de sympathie que ne peuvent manquer d'inspirer le talent et le caractère d'un des élèves aimés de Claude Bernard.

Le droit de la Faculté, de son directeur, du ministre, ne sont pas contestables. Un corps universitaire, réuni en une

est facile de démontrer que cette variété de tumeur n'existe réellement pas.

Au commencement du siècle commencèrent, en Angleterre, d'importantes recherches sur le fongus bénin. Un des premiers travaux est dû à Lawrence qui adopta l'opinion prétendue de Bertrandi. Il essaie de démontrer, par l'examen de 13 observations, que la tumeur, toujours consécutive à l'ulcération de l'albuginée, est, en définitive, « une protrusion » du parenchyme glandulaire à travers la perte de substance. N'avait-il pas constaté, sur plusieurs pièces anatomiques, la présence de tubes séminifères sous la couche de bourgeons charnus? Ne se passait-il pas là un phénomène analogue à celui que l'on observe dans certains cas de hernie du cerveau lorsque la pulpe, exprimée hors des méninges, végète et se recouvre de granulations?

Tous les auteurs cependant n'étaient pas aussi absolus: il existait dans la science quelques observations éparses où, de toute évidence, les bourgeons charnus avaient pour base non les tubes séminifères expulsés, mais la tunique albuginée elle-même. Les premières en date, celles de Fabrice de Hilden, n'étaient-elles pas des exemples de cette variété? Une ascite se fraie un passage à travers les bourses; le scrotum distendu s'ulcère et avec la sérosité s'échappent les testicules; leur albuginée, exposée à l'air, se recouvre de bourgeons charnus. Donald Monro avait vu des glandes herniées après l'incision pour le traitement de l'hydrocèle « se recouvrir de chair et d'une nouvelle peau ». Macartney et Callisen citaient des faits semblables.

On connaissait bien ces cas, mais on y attachait peu d'importance. S. Cooper accepte presque entièrement l'opinion de Lawrence. Le fongus, nous dit-il en substance, se développe sur le parenchyme glandulaire et *quelquefois* sur l'albuginée. Brodie est plus exclusif encore: l'affection est d'origine presque constamment tuberculeuse; les dépôts caséeux, grâce à leur processus destructif, ulcèrent l'albuginée et permettent « la protrusion » des tubes. Telle est encore la théorie de Curling et de Syme d'Edimbourg: pour eux la tumeur procède d'une fissure de la membrane fibreuse et de l'épanouissement, sur le scrotum, du tissu spermatique bientôt recouvert de bourgeons charnus.

Dès 1830 cependant, Astley Cooper défendait une opinion un peu différente. L'albuginée est bien ulcérée comme le veut Lawrence, mais le fongus n'est point formé de tubes séminifères enveloppés d'une couche peu épaisse de bourgeons charnus. Il n'y a, pour lui, que des bourgeons charnus. Un abcès s'est développé au sein de la glande, puis s'est vidé à l'extérieur par une perte de substance de l'albuginée et des bourses. Or les parois qui tapissent la collection purulente végètent; les granulations comblent la cavité, sortent par la fistule et s'étalent sur le scrotum comme le feraient, au niveau d'une jointure, les fongosités d'une arthrite chronique. De là, le nom de « tumeur granuleuse » donné par A. Cooper au fongus du testicule.

En 1849, paraît sur ce sujet le premier travail français de quelque importance. M. Jarjavay y est conciliant. Comme Samuel Cooper, il admet le fongus *superficiel* de Fabrice de Hilden, de Monro, de Macartney et de Callisen, tumeur due au bourgeonnement de l'albuginée hors des bourses, et un fongus *parenchymateux* formé par les tubes séminifères recouverts d'une couche granuleuse selon la doctrine de Lawrence. Le granulome d'A. Cooper né des parois d'un abcès central n'est pas admis par Jarjavay,

Nous arrivons au mémoire de Deville. Ici, plus d'éclectisme. Lawrence s'est trompé aussi bien qu'A. Cooper. Le fongus n'est point la végétation exubérante des parois d'un abcès glandulaire; il n'est pas non plus « la protrusion » par une fissure de l'albuginée du parenchyme devenu granuleux. Les premiers observateurs avaient raison: il s'agit toujours d'une hernie du testicule dont les enveloppes, détruites par des causes variées, livrent passage à la glande intacte, recouverte encore de sa membrane fibreuse. La tuberculose génitale d'abord, puis les inflammations violentes, la gangrène, le traumatisme, peuvent provoquer la perte de substance des bourses et l'issue consécutive du testicule. Le fongus n'est donc qu'une complication; pourquoi le regarder comme une maladie distincte?

Ce travail marque un tournant de la question; il méritait un meilleur accueil: on devait déposséder le fongus de la place qu'il occupe dans la nosologie; on devait ensuite rejeter la conception de Lawrence qui ne résiste vraiment pas à la critique du jeune chirurgien. Il n'en a rien été. Le fongus continue à jouir d'un chapitre spécial dans nos traités classiques, et des mémoires contemporains, — trente ans après le réquisitoire de Deville! — nous donnent encore du granulome une anatomie pathologique qu'on dirait copiée sur la description des auteurs anglais.

Cependant les documents s'accumulent. En 1865, Hennequin, dans une thèse fort étudiée, démontre que la théorie trop exclusive d'A. Cooper répond à certains faits et ne doit pas être rejetée comme le prétend Deville; il nous donne une

séance solennelle, dont le caractère tout scientifique est inscrit dans sa destination même, qui est d'inaugurer les travaux de l'année scolaire, ne peut se désintéresser de ce que va dire devant elle l'orateur qu'elle a choisi. Celui qui se croirait maître absolu de son sujet, en prétendant parler en son propre et privé nom, et pas du tout au nom de ses collègues, irait contre la nature des choses. Le corps tout entier serait rendu, par l'assistance et par l'opinion publique, solidaire de tout ce qui pourrait les avoir blessées dans leur goût et dans leur conscience. Les invitations émanent de lui; il répond donc de ce que vont entendre ses invités. Aussi la communication préalable des discours qui doivent être lus en séance publique est-elle de règle dans toutes les grandes Sociétés savantes et littéraires. Quant au directeur d'une Ecole, au ministre, ils n'ont rien de mieux à faire que de se conformer aux décisions de l'assemblée des professeurs, sous la condition que chacun y apporte tous les ménagements, tout l'esprit de conciliation possibles. Je n'imagine pas de conduite plus correcte: disons, si vous voulez, moins autocratique et plus républicaine. Or, dans la circonstance présente, l'intervention du directeur a été d'une courtoisie que ne méconnaît pas M. Jousset de Bellesme; ses observations sont tout affectueuses; ses demandes de modifications sont des prières. Et le ministre, de son côté, après avoir tiré la conséquence forcée du vote *unanime* des professeurs (s'il en manquait deux, comme l'affirme M. Jousset, la chose est de peu de conséquence) a soin de réserver le droit privé de celui dont il décide que le discours ne sera pas prononcé. « Un membre de l'Ecole de plein exercice peut, écrit-il, publier à titre privé et sous sa responsabilité *tout ce qu'il lui plaît d'imprimer.* » La liberté de penser et d'écrire n'a donc rien à voir ici; il ne s'agit que de ce que doit dire dans un lieu et une circonstance déterminés le *délégué* d'un corps enseignant.

Le droit établi, en a-t-on fait une juste application?

Les griefs étaient ceux-ci: 1° la science française ra-

observation où l'on voit, à la suite d'une inflammation violente, un sphacèle partiel des bourses et du testicule ; la plaie se déterge et sur le moignon de la glande se développent des bourgeons charnus qui s'étalent au-devant du scrotum. Rollet, en 1859, établit sur des bases solides l'existence d'un fongus d'origine syphilitique dont l'importance égale celle du fongus de nature tuberculeuse. Enfin, en 1876, nous reprenions cette question encore obscure que nous avons depuis étudiée à nouveau dans un travail plus récent.

Appuyé sur les recherches des prédécesseurs et sur nos propres observations, nous voulons démontrer que le fongus bénin n'est qu'une simple complication ; qu'avec les traumatismes, les inflammations aiguës et la gangrène, la syphilis et la tuberculose sont ses causes les plus ordinaires ; que la tumeur granuleuse affecte deux formes très distinctes : l'une est la hernie du testicule où la glande, recouverte de son albuginée, s'échappe des bourses ; l'autre est le fongus proprement dit qui naît du parenchyme par un mécanisme déjà bien vu par A. Cooper : des bourgeons charnus se développent sur les parois d'une caverne creusée par la fonte d'un foyer tuberculeux ou l'évacuation d'une gomme et viennent s'étaler à la surface du scrotum après avoir franchi l'albuginée ulcérée et les enveloppes du testicule.

Le fongus bénin est donc, dans son ensemble, une tumeur granuleuse née du testicule et qui proémine sur le scrotum. Bien que fort large, cette définition exclut de notre étude les masses exubérantes des cancers ulcérés. Elle ne saurait comprendre non plus l'expulsion progressive des tubes séminifères qu'on observe parfois dans certaines inflammations de la glande spermatique. Le petit peloton filamenteux, mou, couleur café au lait, qui fait hernie par une fissure de l'albuginée, n'a rien de commun avec une agglomération de bourgeons charnus. Une telle confusion est un abus sans excuse.

C'est d'ailleurs pour nous conformer à une nomenclature qui prévaut malgré les plus justes critiques, que nous proposons une définition assez large pour englober des affections aussi dissemblables que la hernie du testicule et l'issue de bourgeons charnus développés sur les parois d'une caverne. Nous voulons du moins qu'un qualificatif très net vienne fixer nos idées, et donner au mot vague de fongus une signification précise. Fongus *albuginique*, fongus superficiel de Jarjavay, est, pour nous, synonyme de hernie du testicule. Fongus *parenchymateux*, fongus profond, tumeur granuleuse d'A. Cooper, granulome de Clemente Romano, désignent la production de bourgeons charnus au sein de la glande elle-même et leur épanouissement, grâce à quelque perte de substance de l'albuginée et des bourses, au-devant des enveloppes scrotales.

II

On connaît bien maintenant le fongus consécutif aux plaies opératoires du scrotum, aux traumatismes, aux inflammations suraiguës, aux fièvres graves et aux gangrènes. Nous avons déjà dit que les observations de Fabrice de Hilden, de Donald Monro et de Bertrandi avaient trait justement à cette catégorie. Depuis, quelques travaux ont bien mis ces faits en lumière ; nous citerons surtout, outre de nombreux cas épars dans les recueils, le mémoire de Foucart en 1846, et un chapitre important de l'étude de Deville.

Les fongus traumatiques sont des plus simples : Gaston en 1806, Serre (de Montpellier), Voillemier, Snell, Clément Ollivier (d'Angers), Pichot, Kaysin en ont cité des observations. Des causes très diverses, un coup de pied de cheval, la pointe d'un pieu, une chute à califourchon, le rapide glissement d'une corde, un coup de corne ont produit la déchirure des bourses. Dans le cas de Gaston de Saint-Ybars, il s'agit d'un homme désarçonné, traîné par un âne emporté, sur un terrain caillouteux; la partie droite du scrotum fut déchirée dans l'étendue de quatre travers de doigt. Le testicule sortit, ainsi que le cordon spermatique, tellement tiraillé que l'organe descendait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Après un lavage minutieux, la glande, dont l'albuginée elle-même était ouverte, fut réintégrée dans ses enveloppes et maintenue par des plumasseaux de charpie. Au bout de trente-cinq jours, la guérison était obtenue.

Les fongus albuginiques, ou hernie du testicule, consécutifs aux incision du scrotum pour la cure de l'hydrocèle ressemblent trop aux précédents pour qu'il soit nécessaire d'insister. Du reste nous ne verrons plus guère cette variété, car si on revient quelque peu à l'incision, la réunion immédiate réussit presque toujours sous les pansements actuels. Les dénudations par inflammation et gangrène sont plus fréquentes. Nous en avons observé deux cas. Une première fois le chirurgien avait injecté, par mégarde, la teinture d'iode, non dans la vaginale mais dans le scrotum; une deuxième fois, un abcès urineux détruisit le tégument de la région. Goyrand (d'Aix) cite un cas de gangrène partielle du scrotum consécutive à un abcès variolique.

De violentes inflammations, de véritables phlegmons diffus provoquent encore l'ouverture des bourses et la hernie

---

baissée au profit de la science allemande ; 2° affirmation du matérialisme de Claude Bernard, avec allusion au rôle du père Didon dans les derniers moments du grand savant, et identification de l'intolérance religieuse avec l'intolérance *catholique;* 3° attaques intempestives contre M. Pasteur et contre la femme et les filles de Claude Bernard.

J'avoue que le premier grief me paraît peu fondé. Que l'appréciation soit exacte ou non, elle est d'ordre scientifique et, à ce titre, ne pouvait guère engager la responsabilité de l'École. Second point : Claude Bernard était-il matérialiste? Niait-il le libre arbitre? Je le crois comme son panégyriste, malgré ses efforts, bien visibles dans la *Médecine expérimentale*, et dans le *Discours de réception à l'Académie française*, pour dégager le déterminisme et le physico-chimisme du fatalisme et du matérialisme ; mais, si l'on voulait, assez inutilement du reste, aller jusqu'à tirer de ces doctrines de l'illustre physiologiste leurs conséquences extrêmes, il était au moins hors de propos de les prendre à son propre compte et de les opposer à une religion quelconque, devant un auditoire qui ne venait pas chercher la métaphysique dans une École de sciences physiques. « Le père Didon avait commencé », dit M. Jousset de Bellesme dans une de ses lettres à M. Laënnec ; soit, mais il n'avait pas commencé dans l'amphithéâtre de l'École de Nantes, à une séance publique, et l'assistance n'attendait pas la réponse à une attaque qu'elle ne connaissait pas et, le cas échéant, n'aurait pas approuvée. L'intolérance religieuse d'autrefois, dont l'orateur parlait à cette occasion, n'était pas contestée par M. Laënnec, qui, la trouvant dans le protestantisme comme dans le catholicisme, aurait souhaité seulement qu'elle ne fût pas imputée à un culte particulier. Quant au récit des querelles de ménage de Claude Bernard et à la critique des doctrines de M. Pasteur, mon impression est très nette : le récit devait être supprimé ou à peine indiqué; la critique pouvait demeurer avec une atténuation de forme. Je ne crois pas qu'il entre dans le désir de M. Pasteur que le silence soit le part imposé à ses adver-

du testicule. Nous observons actuellement, dans notre service de Bicêtre, un cas semblable sur un vieillard de quatre-vingts ans. Mais quel besoin d'allonger cette étiologie ? ces causes amènent toujours le même résultat; la glande est mise à nu; l'albuginée exposée végète, des bourgeons charnus la recouvrent et forment, à sa surface, une membrane granuleuse qui s'unira bientôt à l'anneau constitué par le scrotum rétracté sur le pédicule. Peu à peu la cicatrisation se fait, le tissu rétractile entraîne les téguments qui prêtent jusqu'à ce que la glande soit de nouveau enveloppée par un scrotum. Nous avons plusieurs fois suivi, jour par jour, cette curieuse réintégration.

Nous n'avons signalé encore que le fongus albuginique. Le fongus parenchymateux existe-t-il dans cette classe étiologique ? Oui, et deux observations, celle d'Hennequin et celle de Moutier, en sont la preuve décisive. Dans le fait d'Hennequin, un phlegmon suppuré ouvre les bourses, le testicule lui-même est envahi par l'inflammation; il se sphacèle en partie et se dissout en une sorte de putrilage qu'entraîne la suppuration. Mais bientôt, du fond de la perte de substance s'élèvent des bourgeons charnus qui franchissent les enveloppes sur lesquelles ils s'épanouissent en une tumeur granuleuse semblable à une framboise. Chez le malade de Moutier, expulsion des tubes séminifères; lorsque le testicule est absolument vidé, on voit sortir, par un orifice du scrotum, « un petit corps rougeâtre qui atteint bientôt le volume d'une grosse aveline ».

Nous citons ces faits pour l'harmonie de la classification, mais il ne faut pas s'attendre à en rencontrer souvent de semblables. Nous avons vu déjà plusieurs gangrènes du testicules, l'expulsion des tubes séminifères, la perte totale de l'organe transformé en un moignon appendu au cordon spermatique et jamais, sous nos yeux, le fongus d'Hennequin n'a été la conséquence de ce sphacèle. Aussi pouvons-nous conclure de la rapide étude de cette catégorie que les traumatismes, les inflammations, la gangrène des bourses provoquent quelquefois l'apparition du fongus albuginique, mais exceptionnellement du fongus parenchymateux.

III

Nous serons aussi bref sur le fongus syphilitique, non que son importance ne soit très grande, mais nous avons déjà étudié cette question dans une récente monographie; aussi nous contenterons-nous d'en donner un résumé rapide.

Le fongus syphilitique, malgré l'observation si nette de Serres (de Montpellier), en 1825, le fait de Bransby Cooper, celui de Curlisy et celui de Jarjavay, était nié ou méconnu même par ceux qui en publièrent des cas. Il n'est admis que depuis 1859, époque où parut le mémoire de Rollet. West, Simonet, de Méric, Obedenare, Clemente Romano, Marc Sée en fournirent plus tard de remarquables exemples que nous devions reprendre en 1882, en y ajoutant quelques observations personnelles. Les documents étaient assez nombreux pour permettre de tracer l'histoire du fongus syphilitique.

Ici encore nous retrouvons les deux formes : le fongus albuginique et le fongus parenchymateux. La première variété a des rapports très étroits avec la hernie du testicule d'origine traumatique ou gangreneuse. Une gomme infiltre à la fois les bourses et l'albuginée; elle s'échauffe, se ramollit, s'évacue au dehors après ulcération du scrotum; au travers de cette perte de substance s'échappe le testicule encore parsemé des débris caséeux du syphilome. Peu à peu les bourgeons charnus se développent au-dessus, soulèvent les lamelles du tissu mortifié, se réunissent, et une membrane granuleuse entoure bientôt toute la portion de glande mise à nu. Si le testicule tout entier est hernié, le fongus albuginique sera *total;* il ne sera que *partiel* si le granulome n'a pour base qu'un segment de l'organe.

Qu'on néglige cette tumeur, elle restera stationnaire, sans tendance à la guérison spontanée; mais dès les premiers jours d'un traitement rationnel par l'iodure de potassium à haute dose, avec ou sans adjonction de mercure, les bourgeons charnus, mous et blafards, deviendront fermes et vermeils; ils formeront une membrane végétante qui s'unira bientôt aux granulations de l'anneau scrotal et, par rétraction cicatricielle, le testicule hernié s'entourera de nouveau de sa tunique et rentrera peu à peu dans les bourses. Nous connaissons déjà le mécanisme de cette guérison.

Le fongus parenchymateux existe, et nous en avons, pour notre part, observé aussi un cas des plus nets. Une gomme se développe en pleine glande, séparée de la substance séminifère par des couches concentriques de tissu sclérosé. Le fongus caséeux s'enflamme, soulève l'albuginée, la perfore, adhère aux bourses qu'il ouvre, et s'évacue au dehors. Il reste une fistule par où s'échappent pendant quelque temps les derniers débris de la gomme; puis les parois scléreuses végètent; les bourgeons remplissent la caverne, s'engagent dans le trajet, débordent à l'extérieur et s'épanouissent au-devant du scrotum.

Le fongus constitué persiste, sa surface qu'humectent à peine

---

saires, et les grands honneurs qui lui ont été si justement décernés, loin de lui rendre la contradiction pénible, ainsi que semblait le craindre M. Laënnec, sont justement ce qui pouvait le mieux la lui faire supporter. M. Jousset de Bellesme était ici sur son terrain et dans son droit. Savant lui-même, et très distingué, il pouvait parler d'un savant dans une réunion scientifique, et, dès qu'il parlait, il était libre de le combattre comme de le défendre. Mais certaines phrases de ce passage sonnent mal; il y a de l'aigreur dans la dénonciation de cette « école qui remplit le monde du bruit de ses théories plus retentissantes que durables », et de ce « théâtre » où l'on ne saurait « d'un coup de baguette, fût-ce d'une *baguette officielle*, se flatter de dissiper instantanément les ténèbres de l'inconnu ». Et je laisse encore de côté certains rapprochements qu'ont cru saisir les collègues de M. Jousset, mais que celui-ci répudie formellement.

Aux divers *desiderata* qui lui avaient été exprimés, M. Jousset avait satisfait sur deux points seulement; il avait effacé le mot *catholique* et supprimé « ce qui avait semblé trop personnel à propos de Claude Bernard » (Lettre à M. Laënnec). Aucune concession sur tout le reste. On ne peut en blâmer l'auteur; lui seul est juge de sa dignité, mais il avait dû prévoir les conséquences de sa résolution, et il semble qu'il aurait mieux mis en relief la fermeté de son caractère en les subissant sans se plaindre.

Qu'il veuille bien croire que l'avis ci-dessus exprimé est celui d'un libéral. Il n'y a, paraît-il, que deux ou trois libéraux, plus ou moins libres penseurs, à l'Ecole de Nantes. S'il n'y avait au contraire que trois cléricaux ou seulement trois croyants, et que l'un d'eux, tenant tous les autres assemblés devant un public, vînt les avertir qu'il y a une âme, une vie future et un enfer pour les incrédules, ceux-ci lui répondraient qu'il se trompe de lieu et de moment, qu'il y a temps pour tout et qu'on ne fait pas de telles peurs à des collègues. Eh bien, il n'y aurait entre les deux situations qu'une différence de forme, le fond serait identiquement le même.

quelques grumeaux puriformes est plutôt sèche ; elle saigne sous les frottements et persiste un temps indéfini. Mais par le traitement approprié, comme dans la forme précédente, on voit, sous l'influence de l'iodure de potassium, la tumeur s'affaisser. Dans le cas que nous avons observé en 1875, quelques jours suffirent pour que le granulome, du volume d'une noix, se rétractât jusqu'à affleurer bientôt l'orifice de la perte de substance scrotale. Celle-ci même ne tarda pas à s'oblitérer et, lorsque le malade quitta l'hôpital, il ne restait plus du testicule qu'un petit noyau annexé à l'épididyme.

IV

Retrouverons-nous dans la tuberculose, nos deux variétés de fongus ? La hernie du testicule est indiscutable. Le long mémoire de Deville en démontre victorieusement l'existence et l'ancienne conception de Lawrence ne tient pas devant les faits. L'albuginée enveloppe bien la glande et c'est de sa surface que naissent les bourgeons charnus. Les observations de Lawrence lui-même sont des plus nettes pour qui veut les lire sans parti pris. Nous avons déjà vu, pour notre part, trois fongus albuginiques d'origine tuberculeuse qui vont nous permettre d'élucider un point obscur de pathogénie.

Le fongus parenchymateux, né des profondeurs du testicule, nous semble moins nettement démontré : les observations de Malgaigne et de A. Cooper laissent prise aux critiques et nous n'avons pas trouvé, dans les recueils, des faits d'une évidence asolue. Nous croyons cependant à son existence ; les bourgeons charnus exubérants se développent très bien sur le sol tuberculeux ; les fongosités des tumeurs blanches nous le prouvent. Nous avons, dans notre thèse de doctorat, étudié et figuré des abcès centraux des testicules, remarquables par la végétation de leurs parois. Il est probable qu'après perforation des enveloppes, les bourgeons auraient franchi l'albuginée pour s'épanouir au-devant du scrotum ; mais nous préférerions un cas concluant à cette hypothèse plausible.

Le fongus albuginique du testicule se produirait, nous dit-on, de la manière suivante : dépôts tuberculeux dans l'épididyme et le testicule, inflammation des foyers, adhérences aux enveloppes, ulcération, évacuation de l'abcès et production d'une fistule. Plusieurs poussées successives ou simultanées multiplient les orifices qui peuvent se réunir et constituer une perte de substance assez large pour que la glande s'échappe au dehors. Cette explication, que personne ne conteste, soulève cependant de graves objections.

La hernie du testicule devrait se produire alors, surtout dans les cas de phthisie génitale, lorsque l'évacuation de foyers nombreux aura criblé le scrotum de fistules. Il n'en est rien et du résumé d'un grand nombre d'observations nous concluons, avec Deville, que, dans la grande majorité des cas, un seul testicule est atteint et encore fort modérément. C'est même cette intégrité relative de la glande qui a motivé la croisade prêchée par A. Cooper, Brodie, Curling, Syme (d'Édimbourg) et Deville. Si l'organe eût été profondément altéré, ces auteurs auraient-ils conseillé sa conservation et imaginé des procédés pour réintégrer dans des bourses une glande remplie de tubercules ?

Pour peu qu'on ait disséqué de ces glandes creusées de vieilles fistules et de foyers tuberculeux, on reconnaît combien ces conditions rendent difficile la production de fongus. L'organe n'est plus mobile ; plus de feuillets distincts de la vaginale dans lesquels il puisse glisser ; il adhère partout à des tissus œdémateux, épaissis, lardacés, et, une large perte de substance se produirait-elle, on ne comprend pas comment les testicules pourraient rompre le tissu nouveau qui l'enserre et s'échapper par l'ouverture.

Voici, d'après nous, comment se produit le fongus : des abcès tuberculeux se forment dans l'épaisseur même des enveloppes scrotales qu'ils décollent dans une grande étendue. La peau amincie et altérée par la dégénérescence caséeuse se détruit en un ou plusieurs points. Lorsque les orifices sont multiples, ils ne tardent pas à se rejoindre par ulcération des téguments intermédiaires et la perte de substance est bientôt assez large pour livrer passage au testicule qui presque toujours s'échappe l'albuginée déjà recouverte d'une couche rouge et bourgeonnante. Ce point mérite notre attention ; il nous prouve que la glande formait une des parois de l'abcès ; aussi s'est-elle entourée d'une membrane pyogénique, comme il arrive dans toutes les collections froides. C'est ce qui nous explique encore les altérations secondaires que nous allons avoir à noter dans la membrane fibreuse du testicule et dans le testicule lui-même.

Nous avons observé, dans le service de M. Verneuil, un fait caractéristique et où le processus que nous venons de décrire pouvait être suivi pas à pas. Un homme de cinquante-sept ans, marchand de vin, grand ivrogne et nettement tuberculeux malgré son apparence robuste, entre à l'hôpital pour un fongus albuginique. La prostate est bosselée et dure ; on trouve des noyaux caséeux dans l'épididyme à droite ; à

— La *Revue scientifique* du 16 décembre publie la traduction d'un discours prononcé par M. Dubois-Reymond à la rentrée de l'Université de Berlin. Ce discours est plein de modestie nationale : sans lui nous ne saurions pas que « le sentiment de fraternité humaine pour les grands hommes de toute nationalité » est un des traits qui, jusqu'ici ont distingué « avantageusement » l'Allemagne des autres peuples. Tous les sentiments qui placent l'Allemagne au-dessus du reste du monde, l'orateur les prête à Goëthe qui tout en se tenant « à l'écart de la grande bataille » politique, a pourtant contribué à préparer la victoire. C'est, comme on le voit, une tentative de réhabilitation de la mémoire du grand poète, dont l'indifférence et l'égoïsme, dans les choses privées comme dans la chose publique, ont été souvent blâmés par ses concitoyens. Mais pour prouver à l'orateur qu'on sait apprécier ici la haute intelligence des étrangers, on peut lui rappeler que, seul peut-être dans l'armée de Brunswick, en 1792, Goëthe sentit la fanfaronnade des proclamations militaires de son chef, et ne se fit pas illusion sur la portée de l'impulsion guerrière de la France et sur la solidité des armées républicaines. Cela eût été bon à insérer dans un éloge de Goëthe.

— J'ai toujours été charmé par cette touchante expression : *sœur de charité :* le nom d'une profession qui commence par le renoncement à tous les biens du monde, pour se poursuivre dans le soulagement des souffrances d'autrui. Je comprends que les partisans de la laïcisation du service hospitalier invoquent contre les sœurs l'insuffisance des connaissances pratiques, le temps pris par des exercices religieux obligatoires, un conflit possible entre l'autorité spirituelle et l'administration ; il y aurait mauvaise foi à contester leur dévouement. D'un autre côté, supposons des personnes qui, ayant accepté tous les risques de la communauté sociale, sentant qu'à leur destinée est liée celle d'un époux, d'un enfant, se jettent courageusement au milieu d'une épidémie contagieuse pour secon-

gauche le fongus dont M. Verneuil pratique l'ablation. Il enlève non seulement la tumeur située hors des bourses, mais l'épididyme bosselé encore contenu dans le scrotum.

Sur l'enveloppe scrotale existe une perte de substance elliptique de 5 centimètres environ dans son plus grand diamètre; elle livre passage à une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, ovoïde, et qui représente bien un testicule hernié, dont l'albuginée cependant aurait subi des modifications profondes. Cette membrane est recouverte de bourgeons charnus, les uns opalins et demi-transparents, les autres d'un rose vif. Ils forment des groupes peu abondants qui s'élèvent de 1 à 2 millimètres sur l'albuginée, qu'ils piquent de points blancs ou rouges.

Cette membrane granuleuse devient ecchymotique en arrière de l'anneau du scrotum, qui l'étreint, et sous lequel elle s'enfonce d'un demi-centimètre environ, puis se réfléchit en formant un cul-de-sac sur les enveloppes du testicule, et vient s'unir à la peau œdématiée. Lorsqu'on dissèque les diverses couches des téguments, on trouve, dans leur épaisseur, deux foyers tuberculeux dont l'importance nous paraît fort grande au point de vue de la pathogénie du fongus. En effet, il n'existe aucun point par où les petits foyers tuberculeux de l'épididyme se soient fait jour au dehors. Ce n'est donc point l'évacuation d'une caverne profonde qui a détruit les enveloppes du testicule, et permis à l'organe de s'échapper par cette fistule agrandie. Il est évident que des abcès tuberculeux semblables à ceux que nous allons décrire s'étaient développés dans les tuniques, qu'elles ont ramollies et détruites.

Notre premier abcès a le volume d'un petit pois; il est situé en haut, en pleine épaisseur des tuniques fusionnées. Le centre en est diffluent; les parois rappellent les bourgeons charnus ecchymotiques de certaines tumeurs blanches. Le second abcès est plus vaste; il logerait une grosse amande; ses parois, d'une coloration vineuse, sont tapissées de bourgeons villeux, étroits, d'un diamètre de 1 à 2 millimètres, mais dont la longueur dépasse parfois 1 centimètre. On voit çà et là, dans ces granulations demi-transparentes, des points opaques semblables aux pépins dans la pulpe des framboises. En certains endroits, la peau est sur le point de se perforer. On comprend sans peine comment ces abcès pariétaux ulcèrent les bourses et permettent la hernie du testicule.

Sur une coupe antéro-postérieure, on est frappé de l'épaisseur de l'albuginée, qui mesure de 4 à 6 millimètres. Son tissu est friable, lardacé; on aperçoit çà et là les ouvertures béantes de jeunes vaisseaux. Le parenchyme testiculaire paraît au premier abord sain, sauf un œdème assez abondant dû peut-être à l'irritation de l'albuginée enflammée et à la gêne circulatoire provoquée par l'anneau scrotal. Les tubes séminifères sont normaux; cependant, vers la périphérie de la glande, au voisinage de l'albuginée, on trouve quelques saillies opalines, granulations tuberculeuses jeunes et de genèse récente. L'épididyme renferme trois petits noyaux caséeux dont aucun n'est ouvert. Ne pouvons-nous pas reconstituer ainsi l'histoire de ce fongus? Dans les enveloppes, abcès tuberculeux, dont une paroi repose sur l'albuginée, qui, par voisinage, s'infiltre de tubercules et se recouvre de bourgeons charnus. Le scrotum, aminci et désorganisé, s'ouvre; le testicule, entouré déjà d'une membrane granuleuse, s'échappe, et la hernie est constituée.

Cette altération profonde de l'albuginée, l'envahissement progressif du parenchyme par les granulations ne nous fait accorder qu'une confiance médiocre à la méthode de conservation à outrance, si chère aux auteurs anglais. Réintégrer le testicule dans les bourses, c'est bien. Mais y restera-t-il? L'albuginée tuberculeuse adhérera-t-elle au scrotum débridé, puis suturé? Et les granulations du testicule vont-elles rétrocéder? Ne poursuivront-elles pas plutôt leur processus ulcératif? Aussi croyons-nous qu'un examen attentif de l'organe et de ses annexes est de toute nécessité; et si l'on constate des lésions bien nettes sur le testicule et sur l'épididyme, imitons M. Verneuil et pratiquons la castration.

Telles sont les trois catégories de fongus que nous devons admettre : fongus d'origine traumatique, inflammatoire et gangreneuse; fongus syphilitique et fongus tuberculeux. Nos deux premières renferment, l'une et l'autre, deux formes très distinctes, d'une anatomie pathologique et d'une pathogénie très différentes : le fongus albuginique ou hernie du testicule, et le fongus parenchymateux, dont la base d'implantation est au sein même de la glande. Quant au fongus d'origine tuberculeuse, notre troisième catégorie, il nous offre de nombreux exemples de hernie du testicule; mais nous n'avons pas trouvé de faits évidents de fongus parenchymateux, dont nous sommes bien éloigné cependant de nier l'existence.

Paul RECLUS.

---

rir leurs semblables, pour faire leur devoir. Lequel sera le plus méritoire, ou de ce sacrifice unique par lequel on s'est d'un seul coup retranché du monde, ou de ce sacrifice de tous les jours, qui vous expose à briser par une mort presque volontaire les plus pures et les plus chères affections? C'est même la crainte que ce dernier sacrifice ne soit au-dessus de la nature humaine qui fournit le principal argument contre la laïcisation du service des hôpitaux. Mais au moins, cette défaillance, faudrait-il se borner à la présumer et non pas la préjuger, encore moins l'inventer là où elle n'existe pas.

C'est à quoi n'avaient pas songé deux journaux de Paris quand ils ont accusé les infirmières de l'hôpital d'Auxerre d'avoir déserté leur poste pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde : les braves femmes, qui ont, paraît-il, plusieurs genres de courage civil, ont, par l'intermédiaire de la commission administrative de l'hôpital, intenté aux gérants de ces journaux un procès en diffamation, et la huitième chambre a rendu ces jours derniers un jugement qui condamne les prévenus chacun à 100 francs d'amende, et à payer 50 francs de dommages-intérêts à chacune des infirmières. Ce sera pour les aider un peu à se refaire de leurs fatigues.

— L'archéologie médicale, cher confrère, fait beaucoup parler d'elle. Je ne vous dis rien des *arènes de Paris*, dont l'*Académie des inscriptions et belles-lettres* voudrait qu'on préservât *les restes :* ce sont, pour bien dire, des restes de restes; car ce qui restait, lors de leur découverte dans la rue Monge, il y a quinze à vingt ans, n'avait paru offrir qu'un médiocre intérêt, et, par suite du refus de l'Etat (après discussion au Corps législatif) d'acquérir les terrains, a dû être endommagé par des constructions. Rien d'ailleurs ici de médical, malgré la présence de quelques squelettes que j'ai visités dans ce temps-là, et dont je crois bien que l'anthropologie et l'ethnologie n'ont guère plus à s'occuper que de

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Traitement de la fièvre typhoïde a Lyon en 1883, par le docteur Frantz Glénard (de Lyon) (1).

L'Académie de médecine vient de consacrer, à l'occasion de la récente épidémie de fièvre typhoïde qui a frappé 6000 personnes à Paris, plusieurs séances à la discussion du traitement de cette maladie et d'émettre son opinion sur la meilleure thérapeutique à lui opposer.

C'est la première fois depuis 1848 (2).

Un silence aussi prolongé, sur une question toujours actuelle, puisque, à Paris du moins, par un même nombre d'habitants, la mortalité de la fièvre typhoïde double en dix ans, n'a pas lieu d'étonner.

Il faut, en effet, tenir compte de la difficulté de traiter une maladie encore inconnue dans son essence, dont l'interprétation et les indications se sont modifiées à chaque progrès de l'anatomie ou de la physiologie pathologiques et ont pu conduire à de vrais égarements thérapeutiques.

On doit, en outre, remarquer qu'il n'est pas possible de toucher à la thérapeutique de la fièvre typhoïde, sans que chaque doctrine sur la nature de cette maladie retentisse sur toute la pyrétologie, sans que chaque méthode nouvelle de traitement provoque une révolution dans la thérapeutique de toutes les maladies aiguës.

Il en résulte que l'Académie n'abordera qu'avec appréhension une discussion dont les éléments sont si fragiles et les conséquences si pleines de périls, tant que, du moins, — placée d'un côté entre le découragement de n'avoir aucune conquête à enregistrer, de l'autre son hésitation à se prononcer sur la valeur d'innovations dont l'issue est douteuse, parfois dangereuse, — tant que, dis-je, elle ne pourra formuler d'autre conclusion que l'abstention. C'est bien encore l'abstention à laquelle conclut l'Académie dans la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, quand, en 1882, comme en 1848, elle fait prévaloir la *méthode expectante*.

La méthode expectante est en effet la *méthode d'attente*... d'une solution meilleure.

Et l'Académie ne laisse pas d'illusions sur sa valeur, lorsqu'elle dit, après l'avoir préconisée :

(1) Ce mémoire n'est pas identique avec la note lue par l'auteur dans la dernière séance de l'Académie de médecine. C'est une étude beaucoup plus détaillée de la question, et dans laquelle ne figurent pas divers passages de la Note qui avaient paru émouvoir l'Académie. (*Note de la Rédaction.*)

(2) La discussion, qui d'ailleurs ne dura qu'une séance, avait été provoquée par le rapport de Martin-Solon sur la demande par laquelle *Bouillaud* invitait l'Académie à une enquête clinique sur la *Méthode des saignées coup sur coup*.

En 1848 : « La solution de la question est très difficile par elle-même et les médecins l'ont rendue plus difficile encore tant il y a de divisions parmi eux (1). » (M. Castel, *Bull. Acad. méd.*, 9 mai 1848, p. 1010.)

En 1882 : « Nous sommes destinés à voir la fièvre typhoïde exercer ses ravages encore longtemps parmi nous, si nous n'avons d'autres moyens de la combattre que ceux qui nous sont fournis par la thérapeutique et, par conséquent, c'est la prophylaxie de cette maladie que nous devons surtout nous appliquer à chercher. » (M. Lancereaux, *Bull. Acad. méd.*, 1882, p. 1384.)

Plus loin : « Les intéressantes communications consacrées en notre dernière séance à la thérapeutique de la fièvre typhoïde nous paraissent démontrer une fois de plus combien il est sage de chercher à prévenir une affection dont le traitement est encore si incertain. » (M. L. Colin, *Bull. Acad. méd.*, 1882, p. 1386.)

En effet, la mortalité de la fièvre typhoïde est, en moyenne, de 20 pour 100 avec la méthode expectante; elle oscille, suivant les épidémies, entre 10, 15, souvent 40, 50 pour 100 et il est impossible que la méthode expectante, dans ce dernier cas, puisse rendre responsable un autre mode de traitement, quelque perturbateur qu'on puisse l'imaginer, de pareils écarts au-dessus de la moyenne.

Si l'épidémie récente de Paris se résume en une mortalité de 15 pour 100 dans les hôpitaux civils, celle de Paris, en 1876, donna, avec le même traitement, une mortalité de 24 pour 100.

En cette même année 1876, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dans l'armée était de 40,5 pour 100 sur 4130 typhiques (*Statistique médicale militaire*, Paris, Imprimerie nationale) et de 55 pour 100 dans la garnison de Brest (Caradec, *l'Epidémie de fièvre typhoïde à Brest*, in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*).

C'était encore la méthode expectante !

Quelles sont donc les conditions que devrait remplir une innovation thérapeutique pour battre en brèche la méthode expectante et être digne de l'attention de l'Académie?

Je crois que ce sont les suivantes :

La méthode nouvelle ne doit pas être périlleuse, c'est-à-dire que le taux de la mortalité ne doit, en aucun cas, atteindre un chiffre dont l'élévation, au-dessus de la moyenne de la méthode expectante, puisse lui être imputée.

Le taux moyen de la mortalité doit être absolument et toujours inférieur à celui de la méthode expectante.

Il faut enfin que les conclusions de cette méthode aient

(1) Il y avait à cette époque, neuf méthodes de traitement en vigueur : l'*expectation*, la *saignée* (Bouillaud), la *méthode purgative* (de Laroque), le *calomel* (Lombard), les *toniques* (Petit), déjà combattus par Dance, le *sulfate de quinine* à haute dose (Broqua), déjà condamné par Louis, les *chlorures*, essayés sans succès par Bouillaud et Chomel, mais répondant à une indication nouvelle, l'antisepsie, le *sulfure noir de mercure* (Serres).

ceux des cimetières de Paris. Ce qui mérite mieux de vous être signalé, ce sont deux nouvelles découvertes concernant le temple d'Esculape. M. le docteur Balthazar, qui fait partie des Sociétés archéologiques récemment formées en Tunisie, vient de mettre à nu, dans des fouilles exécutées près du Kef, un fragment d'inscription indiquant qu'un temple d'Esculape a été construit en cet endroit *par un particulier*. C'est un fait à noter, quoiqu'il ne soit pas exceptionnel. Mais voici quelque chose de plus important : vous connaissez l'Asclépion d'Athènes par ce que vous en a dit un de nos savants collaborateurs (*Gaz. hebd.*, 1882, p. 216); c'était déjà une riche conquête que celle des *ex-voto*, stèles et autres monuments qu'on y a recueillis en grand nombre; mais l'appétit des chercheurs d'antiquités vient en mangeant, et voici que la *Société archéologique d'Athènes* entreprend de mettre au jour ce fameux temple d'Epidaure, qui a charmé de son image votre jeunesse classique; celui-là même dont le *fatal oracle* disait au poète :

. . . . Les feuilles des bois
A tes yeux jaunissent encore,
Mais c'est pour la dernière fois!

Ce temple est situé sur la côte nord-est du Péloponèse : les fouilles, commencées en mars 1881, ont mis au jour, si l'on est bien sur l'emplacement voulu, le théâtre de Polyclète, le plus beau, dit-on, des théâtres de la Grèce antique, dans lequel se trouvait une statue d'Esculape, un peu plus grande que nature, ressemblant beaucoup à celle du musée de Florence, et une statue de femme, de grandeur naturelle, représentant probablement la déesse de la Santé; c'était une femme sans tête, cette Hygie d'Epidaure, mais ce grand défaut lui venait d'une mutilation. En 1882, les fouilles ont amené la découverte : premièrement du *Tholus* (θόλος, rotonde), de Polyclète, temple séparé, contenant un certain nombre de statues; secondement un temple périptère (entouré de colonnes), d'ordre dorique, et occupant une situation dominante, par rapport au reste de l'enceinte sacrée (ἱερὸν, ensemble des

traversé, comme la méthode *classique* de l'expectation, les épreuves du temps, des génies épidémiques les plus variés, des nationalités ou des climats les plus opposés, des observateurs les plus multipliés et les moins prévenus et que cette méthode apporte des documents témoignant qu'elle a triomphé de ces épreuves.

Si une telle méthode existait et se présentait devant l'Académie, ce ne serait plus une innovation qui frapperait timidement à la porte, ce serait une révolution thérapeutique qui aspirerait à sa consécration par le premier corps médical de France.

Or il est une méthode de traitement de la fièvre typhoïde qui est étudiée depuis dix ans à Lyon, depuis vingt ans en Allemagne, qui repose sur plus de 20 000 observations, qui a fait ses preuves à Stettin, à Lyon, à Alger, dans l'armée comme dans la population civile, méthode de traitement qui est, à ce jour, celle à peu près exclusivement employée dans toute l'Allemagne et par tout le corps médical de Lyon.

Je veux parler de la méthode réfrigérante par les bains froids, de la *Méthode de Brand*, qui, le premier, a dégagé la réfrigération par l'eau froide, dans la fièvre typhoïde, des langes de l'empirisme (1), en réglant scientifiquement son application, en posant sa raison d'être, son rôle, son indication, ses effets, conformément aux exigences de la science moderne. (Brand, *Die hydrotherapie des typhus*. Stettin, 1861. — 2e édition, Tübingen, 1877. La traduction française est en voie de publication.)

I. — *Traitement de la fièvre typhoïde à Lyon en* 1883.

Dans le cours de la récente discussion de l'Académie de médecine sur le traitement de la fièvre typhoïde, furent prononcées les paroles suivantes :

« Les bains froids par la méthode de Brand ont eu beaucoup de vogue, mais je crois qu'aujourd'hui, au moins en France, on ne les emploie plus, car, lorsqu'on a examiné avec soin les résultats de cette médication, on a pu constater qu'ils n'étaient pas meilleurs qu'avec les autres méthodes et que par contre elle faisait courir au malade des dangers considérables en l'exposant aux congestions surtout du côté de la poitrine. » (*Bull. Acad. méd.*, 1882, p. 1294, séance du 7 novembre.)

Et l'Académie passa sur cette condamnation.

Aussitôt à la lecture du *Bulletin* j'écrivis une lettre de respectueuse protestation (13 novembre 1882) à l'auteur de ces paroles.

L'atteinte portée par ce jugement devenait sans appel, si réellement le corps médical de Lyon qui, personne ne peut l'ignorer, avait expérimenté les bains froids sur une si large échelle, avait dû renoncer à ce mode de traitement.

Les médecins de Lyon étaient directement visés, ils avaient seuls autorité pour répondre.

Or voici ce qui se passe à Lyon, dit le *Lyon Médical* du 17 décembre dernier (R. Longuet, *Où en est la méthode de Brand*, *Lyon Médical*, t. XLI, p. 586), je cite textuellement : « Dans les hôpitaux de Lyon, à l'Hôtel-Dieu, à la Croix-Rousse, à la Charité, le bain froid, objet de prescriptions journalières ; des salles de bains annexées aux principaux services; des baigneurs dressés spécialement à cet office ; la mûre expérience des praticiens consommés se rencontrant sur ce terrain, avec le physiologisme progressif des jeunes maîtres; l'infatigable promoteur de la méthode, M. F. Glénard, toujours sur la brèche ; la médication acceptée couramment, provoquée même dans la clientèle... ce ne sont pas là, semble-t-il, des symptômes de décadence. »

« Le silence, ajoute M. Longuet, qui s'est fait dans ces derniers temps autour du traitement hydrothérapique de la fièvre typhoïde a été exploité par ses adversaires comme une défaite acceptée des vaincus..... Rien d'étonnant qu'une méprise de l'opinion s'en soit suivie, représentant la méthode de Brand comme une médication jugée, suivie d'adeptes de plus en plus rares, et n'offrant bientôt plus qu'un intérêt historique. »

Comme il importait de rectifier au plus tôt cette méprise, si préjudiciable aux malades, je me suis cru le droit, en tous cas je me suis fait un devoir, après avoir résumé en quelques propositions, les conclusions actuelles après dix années d'épreuve, de la pratique lyonnaise sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, de soumettre ces propositions à l'assentiment du corps médical des hôpitaux de Lyon, afin d'être autorisé par lui à les présenter, en son nom, à l'attention de l'Académie de médecine.

Voici les conclusions de la médecine lyonnaise à peu près unanime, que je suis expressément autorisé à faire connaître:

« 1° La *méthode de traitement* qui exerce la plus favorable

(1) Trois Français : *Jacquez* (de Lure) (1844, *Bull. Acad. méd.*, p. 348 : compresses froides toutes les dix minutes; boisson froide, lavements froids) ; *Wanner* (de Paris) (1849, *Comptes rendus Acad. sc.*, p. 591 : passes froides, lotions froides) ; *Leroy* (de Béthune) (1852, *Un. Méd.*, p 517 : saignée au début, lavements froids, compresses froides), ont eu l'incontestable mérite d'insister sur l'efficacité contre toute fièvre typhoïde de l'*eau froide administrée continuellement dès le début.* Mais aucun n'employa le thermomètre, aucun ne parle de l'hyperthermie fébrile, aucun ne donne la raison d'être de sa pratique, qui se trouvait ainsi purement empirique; néanmoins ils eurent de réels succès.

La *commission*, nommée pour examiner le mémoire de Jacquez, ne présenta jamais de rapport. — *Briquet* (1852, leçon clinique) ne retrouva pas à la Charité les succès annoncés par Wanner; *Valleix* (1853, *Un. Méd*, p. 261) n'obtint pas, à la Pitié, les résultats promis par Leroy. Il est vrai que, déjà à cette époque, on *rationalisa, on médicalisa* les traitements proposés, en ne les appliquant jamais au début, en les réservant aux cas graves ou aux indications spéciales, en les suspendant de bonne heure et en ne les appliquant pas pendant la nuit.

---

monuments, bois, fontaines consacrés à la divinité). On croit que c'était le temple même d'Esculape. A l'entour, on a trouvé, indépendamment d'autres statues, un grand bas-relief représentant Esculape assis sur un trône, et, en face de lui, la déesse Hygie; d'un côté du dieu est sculptée une femme marchant, et de l'autre une Victoire. On pense que ce bas-relief est une imitation de la statue d'or et d'ivoire que Polyclète avait exécutée pour le temple d'Epidaure. J'ai sous les yeux des planches dessinées par M. Kabbadia, et qui donnent une grande idée des ruines du théâtre.

Les fouilles sont momentanément suspendues; quand elles seront reprises, si j'en connais le résultat, je ne manquerai pas de vous en faire part.

En attendant, et puisque je viens de vous rappeler l'Asclépion d'Athènes, je veux vous dire qu'on y a découvert une ventouse, et, de plus, un bas-relief représentant une trousse de ventouseur. Cet instrument, qui est en cuivre, est le premier qui ait été trouvé dans le sol grec. Jusque-là, on ne connaissait en Grèce la ventouse antique que par des monnaies de l'île d'Amorgos, où elle est représentée sur une des faces, l'autre portant l'image d'Esculape. L'exemplaire provenant du temple vient d'être acquis par le musée archéologique d'Athènes. Il est en cuivre et ressemble aux ventouses de Pompéi.

— Vous avez bien un peu entendu parler d'un professeur de la Faculté de Paris,... là, comment l'appelle-t-on ?.... un professeur chéri des dames..., qui professe la philosophie... qui est membre de l'Académie des sciences morales..., dont on s'est fort occupé tout récemment à propos d'une pièce représentée au Théâtre-Français et de la nomination de M. Pailleron à l'Académie française,..... enfin le nom ne fait rien à la chose... Je veux vous dire que je lui ai trouvé un ancêtre dans le domaine de la médecine, tout propre à faire ressortir une fois de plus ce goût des femmes pour l'anatomie que je vous signalais dans une dernière lettre. Sachez

influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde est celle qui, prenant en considération l'élévation morbide de la température et la tendance adynamique de la maladie, a pour principes : *réfrigération* par l'eau froide, *alimentation continuelles du malade*, du début à la fin de sa maladie.

» 2° Le *procédé thérapeutique* qui répond le plus efficacement à l'indication de refroidir d'une manière continue le malade, est celui qui consiste à administrer de *grands bains froids répétés avec affusion froide dans le bain, et, dans l'intervalle, des compresses froides*.

» Bien que la durée et la température des bains doivent être réglées d'après le degré de réfrigération observé après chaque bain, et leur intervalle, d'après la durée de la rémission obtenue par le bain, la pratique démontre que, dans l'immense majorité des cas, *le bain de quinze minutes, 20 degrés, toutes les trois heures, jour et nuit, tant que la température rectale du malade se maintient au-dessus de 38°,5, suffit à remplir l'indication.*

» 3° L'application de ces principes thérapeutiques donne des résultats d'autant plus remarquables que la maladie est traitée plus méthodiquement et surtout à une date plus rapprochée du début. La fièvre typhoïde revêt une allure rassurante pendant tout son cours et la durée de la convalescence est considérablement abrégée. Le retour à la santé est intégral.

» Les complications sont rares dans ces conditions, bien loin qu'il y en ait de spéciales à ce mode de traitement : il n'y a pas de suites fâcheuses, soit prochaines, soit éloignées qui puissent lui être directement imputées.

» 4° Lorsqu'on ne peut appliquer ce traitement qu'à une époque éloignée du début de la maladie; lorsqu'il s'agit, non plus de prévenir les complications, mais de les combattre, les résultats, bien que désormais aléatoires, sont encore supérieurs à ceux qu'obtient toute autre thérapeutique.

» En conséquence, *les médecins des hôpitaux se déclarent partisans de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde, avec la conviction que cette méthode, régulièrement appliquée, surtout dès le début de la maladie, abaisse considérablement le taux de la mortalité.*

» Ils attestent qu'ils l'appliquent dans leur famille, dans leur service hospitalier et dans la clientèle privée. »

L'objection à la méthode des bains froids, tirée du discrédit dans lequel ce mode de traitement de la fièvre typhoïde serait tombé à Lyon se trouve ainsi réfutée par le corps médical des hôpitaux de Lyon.

Une telle manifestation qui réalise, à sa plus haute expression, la condition imposée au jugement par l'axiome : *perpendendæ, non numerandæ observationes*, rend superflue toute statistique, quelque rigoureuse qu'on la suppose.

Mais elle autorise à insister de nouveau sur ce qu'on doit entendre par la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde. Peut-être parviendra-t-on en séparant nettement ce qui, dans cette méthode, relève de la théorie, de ce qui est acquis par l'expérimentation, en fixant le point précis où un traitement quelconque avec le bain froid, devient ou cesse d'être la méthode de Brand, peut-être parviendra-t-on à découvrir les motifs qui ont fait porter sur le bain froid des jugements si contradictoires et les causes pour lesquelles cette méthode, ici est considérée comme nuisible, là comme salutaire aux malades.

(*A suivre.*)

Clinique médicale.

PÉRICARDITE TUBERCULEUSE, ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE; PONCTION DU PÉRICARDE AU LIEU D'ÉLECTION DE LA THORACOCENTÈSE, par MM. SAPELIER et J. DARIER, internes des hôpitaux (services de MM. POTAIN et BLACHEZ).

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de péricardite avec épanchement considérable, et dont le diagnostic a présenté de grandes difficultés. Tous les auteurs qui se sont occupés de la péricardite et des indications d'une intervention chirurgicale citent des faits nombreux dans lesquels des erreurs ont été commises par les cliniciens les plus éminents. M. H. Roger, dans sa communication à l'Académie sur la ponction du péricarde (octobre 1875), en rapporte plusieurs exemples que nous ne ferons que rappeler.

A côté de faits, rares à la vérité, où le cœur lui-même, augmenté de volume par dilatation ou hypertrophie, ou bien une tumeur du médiastin, ont simulé un épanchement péricardique (Trousseau, Roger, Vigla, Rendu), il y en a d'autres dans lesquels c'est un épanchement pleural qui a été pris pour un épanchement péricardique et ponctionné à ce titre : tel est le cas de Desault. Enfin, nous avons trouvé un certain nombre de cas dans lesquels c'est inversement le péricarde qui a été ponctionné dans une thoracocentèse et évacué d'un épanchement qu'on croyait contenu dans la plèvre (Labric, Béhier). C'est à cette dernière catégorie que se rattache le fait suivant :

OBS. — Le 20 juin 1882, entrait dans le service du professeur Potain, un nommé H..., âgé de quarante ans, cocher à la Compagnie des omnibus. Cet homme n'avait jamais été malade et affirmait en particulier n'avoir pas eu de rhumatismes. Il avouait quelques excès de boisson, mais ne présentait pas de symptômes bien marqués d'alcoolisme. Le seul antécédent que l'on pût noter remontait à cinq ou six ans, et consistait en une sensation d'étouffement ayant duré trois semaines; depuis lors il n'avait jamais eu la moindre gêne de respiration. Enfin l'interrogatoire le plus minutieux et renouvelé à plusieurs reprises ne nous a

---

donc que vers la fin du dix-septième siècle, le beau sexe se disputait les places au cours d'un anatomiste jeune, beau, élégant, se passionnant pour le labyrinthe de l'oreille et la membrane du tympan comme l'*autre* pour l'idée de Dieu, et ne mettant pas moins d'élégance et de feu dans la description du fémur que l'autre dans l'étude de la philosophie de Goëthe. Le *monde où l'on s'ennuyait* dans ce temps-là ne se contenta même pas à si peu de frais que celui où l'on ne s'amuse pas aujourd'hui : l'amphithéâtre de Saint-Côme ne suffit bientôt plus à l'enthousiasme féminin, auquel il fallut des pièces anatomiques, normales ou pathologiques, des pieds articulés, des os de l'étrier, des enclumes du marteau préparés par les mains délicates, peut-être blanches, du maître, et qu'on se montrait dans les salons entre deux reversis. Fontenelle qui raconte tout cela en style bonhomme dans son éloge de Du Verney (car il s'agit de Jean Guichard Du Verney, de Feurs-en-Forez, membre de l'Académie des sciences), ajoute qu'on recherchait surtout « dans les compagnies » les pièces « qui appartenaient aux sujets les plus intéressants ». En indiquant, comme je le fais, le pied et l'oreille, je me trompe peut-être. X.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Quod (Mathieu-Albert), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — (Ancienneté.) M. Ramonnet (François-Marie-Auguste), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de 2e classe : 2e tour (ancienneté.) M. Bernard (Adolphe-Charles-Louis), médecin aide-major de 1re classe à la légion étrangère.

A un emploi de médecin aide-major de 1re classe : (Tour de la non-activité.) M. Raynaud (Noël), médecin aide-major de 1re classe en non-activité.

révélé ni amaigrissement à aucun moment, ni la moindre bronchite, ni la plus légère hémoptysie, rien en un mot qui pût faire songer à la tuberculose.

Exposé par sa profession aux refroidissements, il avait éprouvé tout à coup, une dizaine de jours avant son entrée dans le service, une sensation de dilatation, d'oppression épigastrique; pas de frisson. Le docteur Dreyfous qui vit le malade peu de jours après, constata d'une part, un peu au-dessus de la pointe du cœur, un « souffle-frottement », d'autre part la surdité et l'irrégularité des bruits; aussi, bien qu'il n'y eût pas d'angoisse ni de douleur diaphragmatique, il crut pouvoir penser à une péricardite *a frigore*. Quelques jours plus tard l'état du malade avait empiré au point de l'empêcher de quitter la chambre: la dyspnée avait augmenté notablement, sans frisson, sans toux ni douleur; le souffle-frottement avait disparu.

A l'entrée (21 juin), pouls 136-140, petit et très irrégulier. La dyspnée est le symptôme prédominant, cependant l'état du poumon ne suffit pas à l'expliquer: en avant, sonorité assez forte, murmure normal accompagné de ronchus sibilants; en arrière, sonorité forte dans toute l'étendue, ronchus sibilants disséminés; à la base droite seulement on trouve des râles fins bornés à l'inspiration.

Au cœur, la partie découverte, franchement mate, a la forme d'un triangle isocèle à base inférieure de 10 centimètres avec une hauteur égale. Les dimensions de la totalité du cœur en projection sur le thorax donnent 18 centimètres pour le bord droit du cœur, et 13c,5 suivant le bord gauche du sternum; à droite, la matité s'étend sur toute la hauteur jusqu'à 2 centimètres en dehors du bord droit du sternum.

A la vue on constate une légère dépression de la moitié gauche du thorax: la courbe fournie par le cyrtomètre confirme le résultat de l'inspection et donne comme différence entre les deux courbes au niveau de la région axillaire, une flèche de 1 centimètre. La main appliquée au-devant du cœur ne perçoit aucune espèce d'impulsion, ni frottement non plus à la base qu'à la pointe. La pression, nullement douloureuse au point phrénique supérieur, ne provoque au niveau de l'appendice xiphoïde qu'une douleur très peu marquée; du reste aucune douleur spontanée, pas de gêne de la déglutition. A l'auscultation, bruits très affaiblis, sourds et irréguliers, sans souffle ni frottement, sans rythme de galop.

Rien dans les autres organes; on constate seulement dans les urines une petite quantité d'albumine sans trace d'œdème des membres inférieurs; du reste, à aucun moment de l'évolution ultérieure de la maladie on n'a pu noter l'apparition de ce dernier symptôme.

Le diagnostic: péricardite *a frigore* avec épanchement, bronchite généralisée et congestion pulmonaire de la base droite, étant établi, le traitement consista en: 1° révulsifs à la région précordiale: ventouses scarifiées, vésicatoires, pointes de feu; 2° digitaline Homolle de 1 à 3 milligrammes par jour; 3° teinture de scille 2 à 3 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, le pouls tomba rapidement à 100 et se régularisa; la matité précordiale diminua: la partie découverte ne mesurant plus que 7c,5; la totalité: 12c,5 pour le bord gauche du sternum, 16 centimètres pour le bord droit du cœur. La respiration, par contre, restait accélérée à 44. Rien de nouveau à l'auscultation du cœur ni de la poitrine. L'albumine avait disparu de l'urine. Mais cette amélioration ne fut que passagère et, quelques jours plus tard (6 juillet) sans que rien parût avoir changé à la percussion et à l'auscultation du cœur, le pouls redevenait irrégulier de rhythme et d'intensité; le malade, en proie au subdelirium, avait par moments des accès de suffocation avec tendance à la syncope. Le 12 juillet, après un refroidissement qui s'accompagna d'élévation de la température, la bronchite et la congestion pulmonaire augmentèrent, caractérisées par une exagération de la dyspnée et un mélange de râles crépitants et sous-crépitants disséminés; expectoration nummulaire franchement purulente. De plus, à la base gauche, matité, diminution du murmure vésiculaire et des vibrations, sans râles, quelques légers frottements indiquant un début de pleurésie.

Traitement: alcoolature d'aconit, extrait de ratanhia, digitaline, ventouses sèches.

Le surlendemain le malade passait dans le service de M. Blachez sans que rien de nouveau ait été constaté au cœur ni au poumon.

A son entrée dans le service de M. Blachez, on fut frappé de la dyspnée s'accompagnant de matité presque complète dans tout le côté gauche, de silence respiratoire avec souffle lointain au sommet gauche et en arrière, sans égophonie il est vrai; les crachats étaient nummulaires et purulents. Aussi, malgré la rétraction de la moitié gauche du thorax, on pensa avoir affaire à une pleurésie tuberculeuse, greffée sur la péricardite qu'indiquaient encore l'absence du choc de la pointe et le timbre assourdi des bruits du cœur, sans souffle ni frottement, même en faisant pencher fortement le malade en avant. Pendant quelques jours le malade fut soumis au traitement suivant: extrait de quinquina, digitale, régime lacté.

Le 25 juillet, la gêne croissante de la respiration (R. 60 par minute), la cyanose, la petitesse et l'irrégularité du pouls (P. 120,) l'affaissement de plus en plus marqué du malade font craindre une terminaison prochaine. A ce moment l'examen du malade pratiqué par M. Grancher, appelé à donner son avis, fournit les résultats suivants:

Poumon droit: sonorité exagérée, respiration de suppléance et nombreux râles sous-crépitants à la base, indiquant un trouble circulatoire dû à l'excès fonctionnel.

Poumon gauche: en avant, matité complète de la clavicule à la base et atteignant presque le bord droit du sternum; dans toute cette étendue: silence respiratoire absolu, vibrations thoraciques abolies. En arrière, la matité n'est complète que dans les trois quarts supérieurs où l'on entend un souffle doux et lointain; les vibrations y sont nulles. Dans le quart inférieur, demi-sonorité, respiration moins incomplète, s'accompagnant de quelques gros râles humides; vibrations très faibles. Enfin, sous l'aisselle la matité, le silence respiratoire et l'absence de vibrations sont absolus.

Au cœur: absence du choc de la pointe, bruits sourds et lointains, mais à leurs foyers habituels.

En présence de ces symptômes, la péricardite restait évidente, mais pouvait-on lui attribuer, à elle seule, la matité constatée, en avant jusque sous la clavicule d'une part, le creux axillaire de l'autre, en arrière dans les trois quarts supérieurs?

Pour admettre la pleurésie malgré l'absence de voussure, de déplacement du cœur, malgré la demi-sonorité de la base et la persistance en ce point du bruit respiratoire, il fallait supposer des adhérences anciennes fixant le poumon en bas et en arrière, et s'opposant également au refoulement du cœur.

Restait la pneumonie caséeuse qui n'avait contre elle que l'évolution singulière et l'absence de tous signes de lésion tuberculeuse au sommet opposé, en état de suppléance respiratoire il est vrai.

Le diagnostic restait donc incertain; l'état grave du malade autorisait une ponction exploratrice. Dans le cas particulier, encore plus que de coutume, la ligne axillaire devait être préférée; la ponction fut donc pratiquée dans le septième espace avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Potain; en une demi-heure on retira un litre et demi de liquide fortement sanguinolent. Pendant l'écoulement on sentit à plusieurs reprises un corps dur et rugueux frottant par intervalles contre la pointe de l'aiguille. Au début de l'évacuation le malade eut une courte menace de syncope, ce qui n'empêcha pas de mener à bien l'opération, car loin d'avoir la moindre secousse de toux, le malade éprouva un soulagement rapide et graduel.

Après la ponction: à droite, rien de nouveau; à gauche, sous la clavicule: tympanisme très net, respiration soufflante et vibrations reparues; en arrière: sonorité dans toute la hauteur; le bruit respiratoire s'y fait entendre accompagné en haut de souffle caverneux à timbre amphorique, en bas de gros râles humides. Au cœur, rien de changé.

Les caractères du liquide faisaient entrer en ligne de compte une nouvelle hypothèse: en effet, l'épanchement hémorrhagique de la plèvre est bien rare en dehors du cancer pleuro-pulmonaire. Mais M. Potain, qui avait perdu de vue le malade depuis le 18 juillet, informé de la ponction et de son résultat, mit en doute l'origine pleurale du liquide, et pensa à une pénétration de l'instrument dans le péricarde où les liquides sanguinolents sont bien plus fréquents.

25, soir: le soulagement persiste.

A dater de la ponction, jusqu'au 30 juillet, l'état général fut satisfaisant, le sommeil calme, l'appétit revint un peu; la dyspnée avait considérablement diminué; du côté du poumon il ne restait qu'une légère submatité à la base accompagnée de souffle tubaire et de bouffées de râles crépitants fins bornés à l'inspiration; quelques gros râles muqueux disséminés dans le reste du poumon.

30 juillet, subdelirium pendant la nuit; pouls: 124, faible, mais régulier. *Cœur:* choc difficile à percevoir; pas de déplacement appréciable, rien de nouveau à l'auscultation. *Dyspnée*

reparue très marquée. Expectoration muco-purulente, peu abondante. *Poumons :* en avant, sous la clavicule gauche, tympanisme dans le premier espace seulement; quelques gros frottements-râles aux deux temps, se traduisant au palper par une sensation de froissement. En arrière, matité à la base, remontant en s'éteignant jusque vers l'épine de l'omoplate, silence respiratoire à la base, souffle dans les deux fosses sus et sous-épineuses. Dans le poumon droit, sonorité et respiration exagérées, râles muqueux disséminés.

Le soir, état aggravé, le malade est cyanosé et refroidi : température axillaire 35°,6, l'albumine a reparu en grande quantité dans l'urine.

Dès ce moment, sans changement appréciable de l'état local, l'agonie commence; sueurs froides et profuses, pouls filiforme impossible à compter, cyanose, affaiblissement graduel, subdelirium continu. Le malade succombe le 2 août.

Autopsie le 4 août, quarante heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, dans la plèvre gauche, à peine un litre de liquide jaune citrin, transparent, sans fausses membranes ni flocons. Quelques adhérences au sommet gauche et au niveau de la languette. Rien dans la plèvre droite.

Le péricarde fortement distendu par du liquide, occupe presque toute la partie gauche de la cavité thoracique, et refoule le poumon gauche dans les gouttières costo-vertébrale et costo-diaphragmatique. Au niveau de la ligne axillaire le péricarde est immédiatement en rapport avec le point de la paroi thoracique où l'on voit encore la trace de la ponction. L'aiguille a donc passé au-dessus et en avant de la languette du poumon, maintenue par des adhérences; aucune trace de la ponction sur le péricarde ni à la face interne de la paroi thoracique.

Les organes étant enlevés, l'ouverture du péricarde donne issue de 2 litres 1/2 à 3 litres de liquide absolument semblable à celui de la ponction; il ne contient pas de flocons. Sur les deux feuillets du péricarde, couche épaisse de 1 centimètre en moyenne de fausses membranes brunâtres, à surface inégale, papillaire et mamelonnée, creusée d'alvéoles inégaux (aspect de la tartine de beurre). En plusieurs points et notamment à la face postérieure des oreillettes, les deux couches de fausses membranes sont réunies par de larges tractus fibrineux formant des colonnes ou des ponts assez résistants.

A la face externe du sac péricardique, sur les plèvres médiastines et diaphragmatiques on constate un semis très fin de granulations tuberculeuses, blanc grisâtre, prédominant au voisinage des ganglions du médiastin.

A la coupe, le poumon gauche offre l'aspect classique de l'atélectasie; la carnification est plus complète dans la partie supérieure et dans la languette; on ne trouve de crépitation qu'à la partie postérieure du lobe inférieur. Au poumon droit congestion de la base. Enfin, disséminées dans les deux poumons, quelques granulations grises très rares.

Myocarde couleur feuille morte, mou; pas de lésions d'orifice; rien à noter dans l'aorte.

Cerveau, pas d'athérome des artères de la base; léger œdème des méninges, rien sur les coupes de l'encéphale,

Tube digestif normal; foie, rate et reins congestionnés; pas trace de tuberculose génito-urinaire.

L'examen microscopique du péricarde et des néomembranes qui le recouvrent nous a montré sur tous les points une infiltration tuberculeuse considérable, caractérisée par de petits foyers caséeux entourés de cellules géantes et de traînées de cellules embryonnaires.

Nous ne reviendrons pas ici sur certaines anomalies qu'a présentées l'histoire de cette péricardite, en particulier sur l'absence de douleur et d'œdème, mais nous croyons devoir appeler l'attention sur les résultats de l'inspection et de la mensuration du thorax. Suivant les auteurs (H. Roger), « la voussure précordiale, un des signes les plus constants et les plus valables des épanchements du péricarde, peut dans certains cas de complications pleuro-pulmonaires et cardiaques être simulée ou dissimulée par l'œdème des parois pectorales, par les saillies antérieures du poumon emphysémateux, par d'anciennes déformations du thorax. » Dans notre cas, il y avait, non seulement absence de voussure, mais encore un affaissement relatif de la moitié gauche du thorax. N'était-ce là qu'une apparence due à une augmentation de volume du côté droit, comme dans le cas du docteur Chayrou (*Académie de médecine*, octobre 1872), augmentation qu'on pourrait attribuer à la respiration supplémentaire? Quoi qu'il en soit, ce fait prouve une fois de plus que la voussure peut faire défaut même dans le cas d'épanchement très abondant.

Dans plusieurs relations de paracentèse du péricarde on signale une légère tendance à la syncope en même temps qu'un soulagement rapide et une diminution de la dyspnée plus marquée encore que dans l'évacuation de la plèvre. Ces symptômes, que nous avons aussi constatés dans notre cas, pourraient, pensons-nous, dans un cas semblable, et joints au caractère sanguinolent du liquide, indiquer une pénétration de l'instrument dans le péricarde.

Enfin, il est un dernier point de cette observation qu'il nous semble utile de mettre en lumière, c'est l'abondance extrême de l'épanchement formé sous l'influence de la diathèse tuberculeuse. En effet, tandis que certains auteurs, et avec eux M. Raynaud (*Dict.* Jaccoud) pensant que dans la tuberculose du péricarde l'épanchement est peu abondant, telle n'est pas l'opinion de M. Roger, qui « serait tenté dans certains cas de péricardite chronique de soupçonner la nature tuberculeuse de l'épanchement rien que d'après l'abondance extrême de la collection, et malgré l'absence de signes fournis par l'auscultation pulmonaire ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR LA PROPRIÉTÉ EXCITANTE DE L'AVOINE. Note de M. *A. Sanson*. — Voici les résultats des expériences entreprises par l'auteur à l'École de Grignon :

« Le péricarpe du fruit de l'avoine contient une substance soluble dans l'alcool, qui jouit de la propriété d'exciter les cellules motrices du système nerveux. Cette substance, dont l'existence avait été soupçonnée par les uns, contestée par les autres, n'est point le principe odorant de la vanille, ou vanilline, comme l'avaient pensé les premiers; elle n'a même avec celle-ci aucune analogie. C'est une matière azotée, qui semble appartenir au groupe des alcaloïdes (on peut la nommer *aveline*). Toutes les variétés de l'avoine cultivée paraissent aptes à élaborer cette substance. Les différences ne sont point qualitatives, mais seulement quantitatives. Les avoines de variété blanche contiennent moins de principe excitant que celles de variété noire.

» Au-dessous de la proportion de 0,9 de principe excitant pour 100 d'avoine séchée à l'air, la dose est insuffisante pour mettre en jeu sûrement l'excitabilité neuro-musculaire du cheval; à partir de cette proportion, l'action excitante est certaine. Le dosage du principe excitant, en prenant pour criterium la proportion indiquée, donnera seul une base certaine aux appréciations; toutefois, il y a de fortes probabilités pour que les avoines blanches, d'une provenance quelconque, soient moins excitantes que les noires ou ne le soient pas du tout. L'action excitante, immédiate et plus intense avec le principe isolé, se fait attendre quelques minutes avec l'avoine entière; dans les deux cas, elle va se renforçant jusqu'à un certain moment, puis s'affaiblit et se dissipe ensuite. La durée totale de l'effet d'excitation ou d'accroissement de l'excitabilité neuro-musculaire a toujours paru, dans les expériences, être d'environ une heure par kilogramme d'avoine ingérée. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet une lettre de M. l'ambassadeur de France à Berlin relative à la vaccination obligatoire en Allemagne. (*Commission de vaccine.*)

MM les docteurs *Ollivier* et *Legrand du Saulle* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

MM. les docteurs *Desmons* (de Bordeaux) et *Marage* adressent des *plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *A. Andouard* (de Nantes), une *Notice bibliographique sur M. Bobierre;* 2° de la part de MM. les docteurs *Delore* (de Lyon) et *Lutaud*, un *Traité pratique de l'art des accouchements;* 3° au nom de M. le docteur *H. Haeser* (de Breslau), un ouvrage en trois volumes intitulé : *Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten.*

M *Vulpian* présente une note manuscrite de M. *J. Dembo* (de Saint-Pétersbourg) *sur la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques.*

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente un travail manuscrit de M. le docteur *Grellet* (de Ménat, Puy-de-Dôme), sur *une épidémie de fièvre typhoïde à Montégnat en 1882.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Léon Colin* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Chassagne*, un mémoire manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude de l'épidémie de fièvre typhoïde observée en Tunisie à l'ambulance d'évacuation de Bizerte et à l'hôpital Kehreddine de la Goulette en 1881-82* (*Commission des épidémies*); 2° de la part de M. le docteur *Renard*, le *Rapport* annuel pour 1811 sur *le service des eaux thermales d'Hammam-Rira* (*Algérie*). (*Commission des eaux minérales.*)

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS.— La lecture de la communication de M. le docteur *Frantz-Glénard* sur les résultats du traitement de la fièvre typhoïde à Lyon par la méthode de Brand n'était pas dans les usages de l'Académie, qui ne permet pas d'ordinaire à un membre étranger à la Compagnie de prendre ainsi part, quoique indirectement, à une discussion pendante; toutefois M. Glénard a bénéficié de l'assentiment unanime de l'Académie et il a été admis à lire la communication dont la publication est commencée plus haut, page 23. Mais cette énergique revendication en faveur des succès de la méthode de Brand complètement et judicieusement appliquée, s'appuyant sur l'attestation de 22 membres sur 24 du corps médical des hôpitaux de Lyon, a soulevé un vif émoi parmi l'auditoire; la réplique ne pouvait se faire que sous la forme du renvoi à une commission chargée de faire un rapport ultérieur. Il a été aussitôt réclamé par les médecins militaires qu'ont étonnés les statistiques comparatives rapportées par M. Glénard, entre la mortalité par la fièvre typhoïde dans les armées française et allemande; cette mortalité serait descendue dans celle-ci à 10 pour 100 depuis que le traitement par les bains froids y est généralisé, tandis que dans notre armée, avec la méthode expectante, le terme moyen de la mortalité de la fièvre typhoïde est de 37 pour 100 en moyenne. Une commission, composée de MM. Montard-Martin, Legouest, Villemin, Léon Colin, Rochard et Peter, a donc été désignée pour examiner le mémoire de M. Glénard; on nous a affirmé qu'elle lirait son rapport dans la prochaine séance.

FIÈVRE TYPHOÏDE : FORMES ÉBAUCHÉES, TRAITEMENT. — La note dont M. *Jules Guérin* donne lecture se rapporte aux *formes ébauchées et à la période prodromique de la fièvre typhoïde*. Il déclare d'abord qu'en ce qui touche les formes ébauchées de la fièvre typhoïde, la preuve de leur existence est fournie par l'observation des diverses épidémies; dans la dernière, par exemple, la maladie s'est présentée avec une physionomie amoindrie; elle a offert une marche irrégulière, une durée moindre, et, enfin, une curabilité plus grande. Les formes ébauchées y étaient communes. Il y avait du reste dans cette épidémie, comme dans les autres, des différences de degré, et ce qui prouve bien l'identité de nature entre les cas qui affectent la forme la plus grave et ceux qui, simples ébauches, guérissaient presque d'emblée au lieu d'achever leur évolution comme les premiers, c'est qu'on les observait simultanément dans les mêmes familles. M. Jules Guérin en cite plusieurs exemples. Il en est donc de la fièvre typhoïde comme du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre puerpérale, des fièvres éruptives; pour la bien connaître sous tous ses aspects, pour s'en faire une idée exacte, il faudrait disposer tous les faits suivant la méthode que M. J. Guérin désigne sous le nom de méthode de la série étiologique. Du reste, les expériences d'atténuation des virus prouvent, suivant lui, combien une même cause morbide peut varier en intensité d'action, suivant diverses influences dont la plupart sont encore mal connues. Aussi M. Jules Guérin résume-t-il ainsi la première partie de son mémoire : 1° l'action du virus typhique est susceptible de s'exercer sur l'organisme humain à des degrés différents, et les modifications qui en résultent peuvent s'exprimer par des changements dans les formes, la marche, la durée et l'intensité de la maladie; 2° l'épidémie typhique que nous venons de traverser a témoigné par ses formes variées et incomplètes, par sa marche indécise, par la discordance de ses lésions et finalement par sa bénignité exceptionnelle, de la possibilité des mêmes modifications et atténuations dans l'évolution de la fièvre typhoïde endémique de nos contrées.

M. Jules Guérin s'occupe ensuite de la période prodromique qui précède, suivant lui, l'apparition des symptômes pathognomoniques, diarrhée fétide, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches lenticulaires, épistaxis, vertiges et enfin fièvre. Ces symptômes, considérés généralement comme indiquant le début de la fièvre typhoïde, se rapportent à la maladie confirmée. La période prodromique est complètement distincte de la période d'incubation, car, à la différence de celle où elle se traduit par des signes extérieurs, ces signes extérieurs sont les mêmes qui constituent toute la maladie dans certaines formes ébauchées. Là aussi, ce qui domine tout, ce qui éclaire le diagnostic, c'est l'étiologie. A cet égard, M. J. Guérin rappelle ses propres recherches sur l'intoxication stercorale et la théorie à laquelle il est arrivé, théorie distincte de celle que l'on a appelée la doctrine anglaise. L'épidémie actuelle a démontré qu'indépendamment de ses nombreuses particularités, presque aussi diverses que les sujets atteints, la maladie peut affecter trois formes principales : nerveuse, pulmonaire, intestinale. A chacune de ces formes correspond une variété de la période prodromique. Ces formes peuvent se combiner l'une avec l'autre. Durant cette période prodromique, M. Jules Guérin emploie les purgatifs contre la forme intestinale, les vomitifs contre la forme thoracique. Après cela, il fait alterner les évacuants avec les désinfectants, le charbon surtout. Très souvent ainsi il parvient, quand la maladie en est encore à ses débuts, à l'empêcher de prendre un développement complet. Du reste, cette même méthode a été dernièrement appliquée en Allemagne et M. Griésinger affirme avoir guéri, en quatre ou cinq jours, des cas dont l'identité de nature avec la fièvre typhoïde serait démontrée, suivant lui.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Désenclavement du nerf radial. — Rapports. — Amputation ostéoplastique du pied par le procédé de Le Fort. — De l'induration des corps caverneux. — Sur la tuberculose osseuse. — Goitre unilatéral policystique; thyroïdectomie.

M. *Tillaux* a communiqué à la Société de chirurgie, le 26 janvier 1878, une observation de désenclavement du nerf radial; comme il n'en est fait qu'une simple mention dans le *Bulletin*, il dépose l'observation sur le bureau.

M. *Delens* dit qu'on trouvera l'observation qui lui est personnelle dans la thèse de M. Lablancherie (1879), avec les faits de Ollier (1865), Hogston (1877) et Tillaux (1878).

— M. *Després* fait des rapports sur les observations suivantes :

1° Ablation d'un fibrome de la lèvre postérieure du col utérin par la ligature élastique, par M. *Roustan* (de Montpellier);

2° Boîte gouttière à suspension pour le traitement des fractures, par M. *Philippe* (de Saint-Mandé);

3° Fracture du pubis; rétention d'urine; boutonnière hypogastrique, par M. *Piedvache*.

— M. *Périer* lit un rapport sur un malade présenté par M. Guermonprez (de Lille). Troubles nerveux tardifs à la suite d'une fracture du crâne; guérison par les émissions sanguines.

— M. *Le Fort* fait un rapport sur une observation de M. *Follet* (de Lille); amputation ostéoplastique du pied d'après le procédé de Le Fort. M. Follet a fait deux fois cette opération; il a pratiqué la suture osseuse en perforant le calcanéum et le tibia et passant un fil métallique : suture à boutons de Bozemann.

M. Le Fort a toujours pu se passer de cette suture, qui cependant peut rendre des services; le seul inconvénient serait la formation d'une petite cicatrice à la peau du talon.

Les Allemands emploient volontiers les clous d'acier pour fixer les os dans les résections, les fractures. A Berlin, dans le service de M. Hahn, M. Chaput, interne des hôpitaux de Paris, a vu quatre individus opérés d'après le procédé de M. Le Fort; un clou d'acier fixait les os; le résultat paraissait satisfaisant. On laisse le clou en place pendant un mois sans déterminer d'abcès ni de cicatrice sur la peau du talon. M. Chaput a rapporté des échantillons de clous employés par Bardeleben. M. Le Fort serait disposé à employer la suture de Follet de préférence aux clous allemands.

M. *Verneuil*. M. Terrillon a opéré un malade par le procédé de Le Fort; tout est cicatrisé; mais le calcanéum n'est pas soudé au tibia, ce qui gênera la marche.

M. *Després*. Combien de temps mettent à guérir les malades de M. Le Fort et ceux de M. Hahn? Si l'on guérit plus vite sans suture, il est inutile de passer des fils métalliques ou des clous.

M. *Le Fort* a obtenu la réunion osseuse en vingt ou vingt-cinq jours; il a toujours été préoccupé d'obtenir l'immobilisation des fragments osseux, et cette immobilisation est difficile à obtenir. Si les observations nous montrent qu'avec des clous énormes on n'a pas d'accidents, et de plus pas de cicatrice appréciable, nous devons faire cette suture osseuse pour obtenir facilement l'immobilisation.

— M. *Trélat* a observé, comme M. Verneuil, l'induration des corps caverneux, une fois en 1867, et la seconde fois en 1869.

M. *Monod* en a vu un exemple chez un homme de soixante ans qui n'était pas diabétique.

M. *Le Fort* a vu trois fois des indurations situées sur les côtés du corps caverneux; ce sont les nœuds de la verge décrits par Boyer.

M. *Després*. S'il s'agit des nœuds de la verge, M. Després les a vus deux fois. Une fois il put faire l'autopsie. Le sujet avait un rétrécissement de l'urèthre avec abcès de la prostate. Les nœuds étaient produits par la sclérose du tissu spongieux de l'urèthre, sclérose due à l'inflammation causée par le rétrécissement.

M. *Verneuil* n'a point parlé des nœuds de l'urèthre. Chez ses malades il n'y avait pas de rétrécissement du canal. Il n'a point confondu non plus les phlébites du corps caverneux ou spongieux avec l'induration médiane.

M. *Trélat* a bien observé l'induration médiane chez son premier malade; chez le second, l'induration entourait le corps caverneux comme une enveloppe.

M. *Verneuil* a surtout voulu appeler l'attention sur la glycosurie, qui existait chez trois malades sur quatre atteints d'induration médiane.

— M. *Schwartz* communique une observation de goitre unilatéral droit; thyroïdectomie; guérison.

— M. *Poulet*, au nom de M. Kiener et au sien, lit une note sur l'ostéite tuberculeuse ou carie des os. Pour eux, ces deux affections, séparées depuis 1836 par Nélaton, ne sont qu'une seule et même maladie. Ils ont constamment retrouvé les caractères du tubercule dans la carie, tandis qu'ils n'ont pu reconnaître la dégénérescence graisseuse des corpuscules osseux, regardés comme la lésion caractéristique de la carie. Les tubercules osseux se présentent sous trois formes, au point de vue de leur évolution : 1° le tubercule primitif et chronique, qui aboutit à la nécrose d'une portion limitée du tissu osseux et à la formation d'une caverne contenant un séquestre; 2° le tubercule tardif à évolution rapide, envahissant, qui se développe dans un organisme épuisé, et dans un squelette déjà altéré et graisseux : la carie fongueuse classique, sorte d'ulcère de l'os, appartient à cette forme; 3° l'ostéite tuberculeuse aiguë, qui est l'analogue de la pneumonie caséeuse aiguë.

Avant de poser les indications thérapeutiques, les auteurs pensent qu'il faut étudier ces formes au point de vue clinique et apprendre à les reconnaître. Faute d'avoir fait ce travail, les résultats d'une intervention trop incertaine ne sont pas trop satisfaisants. D'une façon générale, le tubercule primitif et chronique est curable par des opérations partielles (évidement, extraction de séquestres, grattage), tandis que la forme tardive et rapide comporte déjà des opérations plus radicales, des résections et même le sacrifice des membres.

Séance du 27 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Opération du polype muqueux des fibres nasales. — Élection du Bureau pour l'année 1883. — Opération de la cataracte. — Calcul vésical; taille latéralisée; guérison.

M. *Trélat* a présenté il y a quinze jours un malade qui avait subi une opération particulière pour l'extraction d'un gros polype muqueux des fosses nasales. M. Després (de Saint Quentin) a cru reconnaître une opération qu'il avait décrite en 1860 dans sa thèse. En 1873, M. Verneuil avait cité M. Després (de Saint-Quentin) lorsqu'il étudia la priorité de ce procédé opératoire. Mais l'opération de M. Després diffère de celle de M. Trélat au point de vue de l'incision cutanée et au point de vue de la portion d'os que M. Trélat enlève. M. Després enlève la partie antérieure de la sous-cloison et du cartilage triangulaire. Ces diverses modifications conviennent à des cas divers.

M. *Després*. Ce procédé est figuré dans le livre de M. Alphonse Guérin pour la perforation du sinus maxillaire.

— Élection du Bureau pour l'année 1883 : *président :* M. Guéniot; *vice-président :* M. Marc Sée; *premier secrétaire :* M. Périer; *deuxième secrétaire :* M. Lucas-Championnière; *trésorier :* M. Berger; *archiviste :* M. Terrier.

— M. *Terrier* lit un rapport sur une note de M. Galezowski : *De la nécessité d'abandonner l'excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte et de revenir à l'ancienne méthode française.*

Dans la méthode de Von Graefe, l'iridectomie est une nécessité opératoire; de plus on a admis que l'excision de l'iris prévenait les accidents inflammatoires. En revenant peu à peu la méthode de Daviel, les opérateurs ont abandonné peu à peu l'iridectomie; c'est ce que fait M. Galezowski après d'autres chirurgiens, parce qu'il a eu des insuccès opéra-

toires. M. Terrier ne croit pas qu'il faille revenir à la méthode ancienne et abandonner celle de Warlomont, Liebreich et Perrin.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de M. Cauvy (de Béziers). Contracture de la portion musculaire de l'urèthre ; calcul vésical ; taille latéralisée ; guérison.

La contracture musculaire ne permettait point le cathétérisme; le malade fut chloroformisé et M. Cauvy put introduire une sonde et constater la présence d'un calcul vésical. Il fit la taille latéralisée et enleva un calcul phosphatique du volume d'une grosse noix.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Mouvements localisés par l'excitation électrique du crâne : M. Orchansky. — Sommeil anesthésique produit par la pyridine : M. Bochefontaine. — Essais d'inoculation avec la matière du lupus : M. Leloir. — Injections sous-cutanées d'iodure de potassium : M. Gilles de la Tourette. — Micrococcus du pus bleu : MM. Capitan et Charrin. — Elections pour 1883.

M. *Orchansky* a provoqué des mouvements localisés par l'excitation faradique du crâne. C'est au niveau des sutures que sont appliquées les électrodes. Les courants doivent être proportionnés en intensité à l'épaisseur de la voûte crânienne; la difficulté principale consiste dans les variabilités des sutures.

— M. *Bochefontaine* a obtenu un sommeil anesthésique prolongé sur de petits animaux (cochons d'Inde) par l'injection sous-cutanée de pyridine. Le même état, qui ne dure que quelques heures chez le cobaye, persiste plus de vingt-quatre heures chez la grenouille.

— M. *Leloir* a entrepris des expériences d'inoculation avec des fragments de lupus, en introduisant ces fragments dans la cavité péritonéale : les résultats ont été négatifs. L'inoculation réussit très bien avec la matière tuberculeuse ordinaire. On peut donc dire que le lupus, qui présente les caractères histologiques des lésions tuberculeuses, n'en possède pas les caractères cliniques.

— M. *Gilles de la Tourette* rapporte les résultats des injections sous-cutanées d'iodure de potassium qu'il a pratiquées à l'instigation de M. Gouguenheim. La douleur, assez vive dans les premiers instants, est le seul accident observé. L'iodure est facilement absorbé et toléré par cette voie; on pourrait donc utiliser ce procédé dans les cas d'intolérance gastrique.

— MM. *Capitan* et *Charrin*, reprenant des expériences de M. Gerrard sur la nature du *pus bleu* (thèse de Paris, 1882), ont obtenu, en ensemençant un bouillon stérilisé avec des fragments de linge à pansements, imprégnés de ce pus, une coloration bleue d'abord à la surface, puis, au bout de quelques jours, dans toute l'étendue du liquide de culture. La matière colorante est la *pyocyanine* qui, sous l'influence d'un oxydant énergique, se transforme en *pyoxanthose*. Sa production est liée à la présence de *coccus*, comme le prouvent des cultures successives.

— Les élections du bureau pour l'année 1883 se terminent par les nominations suivantes : *Vice-présidents :* MM. Bouley et Pouchet; *secrétaires :* MM. Dastre, Richet, Mégnin, Quinquaud; *trésorier* : M. J. Chatin; *bibliothécaire* : M. Hardy.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le *secrétaire général* fait, au nom de M. Brown-Séquard et au sien, la proposition de lever la séance en raison de l'événement qui a déterminé la suppression des cours publics et la fermeture des établissements de l'Etat le samedi 6 janvier. La Société doit s'associer au deuil de son président qui a été particulièrement frappé par la mort de Gambetta.

Bien qu'aucun lien direct n'attachât Gambetta à la Société, pour marquer leurs sentiments à l'égard de leur président perpétuel, les membres présents, sauf un, ont voté la suspension de la séance. M. Rabuteau a seul énergiquement protesté en réclamant l'insertion de sa protestation au procès-verbal.

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence des excitations cutanées sur le pouls, par M. SURAH POST.

Dans une première série de recherches on pratiquait la faradisation cutanée au moyen d'excitateurs en brosse ou en plaques. Ces derniers étaient appliqués sur une région douée d'une grande sensibilité; le plus souvent sur la cuisse, tandis que la brosse métallique était promenée sur diverses régions. Les applications duraient de quinze à quarante minutes et le courant était assez faible pour ne pas provoquer de contractions musculaires.

Dans ces conditions, les variations du nombre des pulsations étaient assez grandes. Chez une première malade, la diminution était de 4,45 pour 100; chez une autre, convalescente de fièvre typhoïde, de 3,77 pour 100; chez une chloro-anémique, de 11,62 pour 100; sur un enfant atteint de vitiligo, de 3,30 pour 100; sur une hystérique, de 15,62 pour 100. Sur des personnes en bonne santé la diminution oscillait entre 8,54 et 11,80 pour 100. Le tracé sphygmographique du pouls radial montrait un abaissement de la tension, chaque fois qu'on électrisait le dos ou l'abdomen. Cette diminution était unilatérale quand l'application avait lieu sur un seul côté du corps.

Dans une autre série d'expériences, on observait les mêmes résultats par l'application de la farine de moutarde sur la région cervico dorsale du rachis. L'auteur attribue ces phénomènes à une augmentation de la pression sanguine de cause réflexe. (*The med. Record*, p. 379, 30 sept. 1882.)

De la quinine comme moyen préventif des accidents puerpéraux et de l'avortement, par M. le docteur CAMPBELL.

D'après l'auteur, la quinine a pour effet de diminuer l'excitabilité cérébro-rachidienne. A ce titre, elle peut donc, à faibles doses, diminuer les contractions utérines en provoquant la contraction des vaisseaux sanguins d'irrigation des centres nerveux. Par conséquent, elle serait utile pour prévenir l'avortement.

Après l'accouchement, son action serait de modérer les accidents congestifs et fébriles. Enfin pendant le travail, elle donnerait plus de régularité et d'efficacité aux contractions utérines. (*Prochtioner*, juin 1882.)

Études sur la fente maxillaire, par le docteur KÖLLIKER.

Des recherches embryogéniques et de l'étude pathogénique des becs-de-lièvre, l'auteur conclut que l'os intermaxillaire existe chez l'embryon humain et que la fente

maxillaire est placée entre le maxillaire proprement dit et l'intermaxillaire. Il en résulte que les fissures de la face ne sont pas la conséquence d'une division de l'os intermaxillaire en deux moitiés, puisque dans les cas de fentes maxillaires latérales on ne trouverait pas la suture incisive. De plus, il n'est pas possible de supposer l'existence d'une division située entre l'incisive médiane et l'incisive latérale, puisque cet os se développe, non pas par deux points d'ossification, mais bien par un seul. (*Gazette médicale de Strasbourg*, juin 1882.)

De l'obstruction intestinale, par le docteur Benham.

Les cas d'obstruction intestinale peuvent être classés dans les catégories suivantes : forme chronique, forme aiguë, forme subaiguë. De là des indications sur l'opportunité de l'opération et les dangers plus ou moins prochains de gangrène. Le docteur Benham se déclare partisan de la laparotomie et admet que le temps n'est pas éloigné où cette opération remplacera la kélotomie même dans le traitement radical des hernies pariétales étranglées. Ces conclusions, sans doute un peu audacieuses, seront loin de réunir les suffrages de la majorité des chirurgiens. (*The Brit. med. Journ.*, juillet 1882, p. 165.)

De l'action des oreillettes du cœur dans l'état de santé et de maladie, par le docteur Gibson.

La durée de la contraction auriculaire serait de dix à treize secondes, et serait synchrone avec le pouls veineux du cou. Mais quand les valvules tricuspides sont altérées, cette contracture devient synchrone avec la systole ventriculaire. L'existence du pouls veineux céphalique indique l'état de santé de l'oreillette, son absence correspond à la paralysie de cet organe. Ces faits confirment l'opinion de Balfons pour qui le souffle anémique de la base a pour origine la dilatation du ventricule gauche et le retour du sang dans l'oreillette. (*Edimburg. med. Journ.*, août 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Hermann Pidoux, — Eugène Woillez, — J.-B. Hillairet, discours funèbres prononcés par le docteur Desnos.— **Notice sur Pidoux**, par M. Aréas.

Il est échu à notre honorable et très distingué confrère, M. Desnos, la pénible tâche d'adresser les suprêmes adieux de la Société de médecine des hôpitaux aux trois membres que la mort vient de lui ravir à de si courtes distances, et M. Aréas, rédacteur en chef du *Courrier des Eaux-Bonnes*, a rendu, dans son journal, un hommage particulier à Pidoux, ancien médecin inspecteur de cette station thermale. Les petits discours de M. Desnos sont également empreints d'une émotion simple et vraie, rendue en termes élégants. Si la mort, plus terrible encore, avait fauché les trois têtes à la fois, et si une seule tombe les eût réunies, c'eût été matière à parallèle pour leur unique panégyriste. Combien, en effet, ils différaient entre eux!

L'originalité suivait Pidoux dans toutes ses études, dans toutes ses récréations intellectuelles, dans toutes ses croyances même. Il se moquait, en effet, de la psychologie, qu'il appelait une science bâtarde, rapportant tout le fonctionnement cérébral à la cellule. — Son vitalisme n'est pas le nôtre, disaient les Stahliens modernes.— Ni le nôtre, repartaient les Barthéziens.—Ni le nôtre, ajoutaient les sectateurs de Lordat. — C'est un révolutionnaire, disait une fois Cousin, à Néris, où il l'avait rencontré.—L'étrange catholique, murmuraient quelques-uns, qui médit du Pape! Et c'était vrai; il n'était guère apostolique, ni romain; et il est mort en catholique, ostensiblement, en présence de tous les siens. En littérature, dans les arts, même singularité, même indépendance ou irrévérence envers des œuvres réputées classiques quand il n'y rencontrait pas l'idée, l'invention, la chaleur du sentiment. Avec une perspicacité remarquable, il devinait le banal, le convenu, l'apprêt sous les dehors les plus séduisants du style et de la parole. A l'Académie, par exemple, un de ces discours appris par cœur, où le manuscrit se trahit par certaines recherches d'expressions, par des transitions savantes, et où le débit prend involontairement le ton d'une lecture, lui donnait des accès d'humeur connus de ses seuls voisins; mais il admirait l'improvisation, cette course chanceuse de la parole sur un terrain rapidement exploré; course heurtée, inégale, qui tient la curiosité en haleine, et où l'obstacle franchi cause la même impression agréable et comme le même soulagement que les sauts heureux d'un cheval d'hippodrome. Il faut dire que Pidoux était passablement, et se disait plus encore, inhabile à parler en public. « Ah! si je parlais comme vous! » lui a-t-on souvent entendu dire à des collègues plus ou moins diserts. Bien plus, ce primesautier, qui avait l'affirmation si décidée dans ses livres comme dans ses conversations, était incapable d'une discussion suivie; et il y a à cela peut-être une explication. Ses opinions en tout, même les plus justes, étaient plus senties que réfléchies; ce n'était pas le fruit mûri de longues observations et de raisonnements déductifs. Sa grande expérience et la maturité de son esprit, le relief de son style n'avaient fait que donner plus de force et de couleur à des thèses soutenues presque sur les bancs de l'Ecole. Quant aux objections dont ses opinions étaient susceptibles, il n'y songeait guère; et c'est pour cela que celles qu'on venait à lui adresser le trouvaient, bien des fois, comme il le disait sans détour, « bouche close ». Ne l'en blâmons pas. C'est souvent un signe de bon jugement et d'honnêteté scientifique que de s'arrêter devant une objection. Les opinions sont rares qui sont absolument vraies; beaucoup ne le sont que relativement, et c'est une fâcheuse faculté de l'esprit que celle qui vous rend apte aux polémiques interminables, sauf au barreau, où l'on ne peut avoir tort sans donner tort à sa partie.

Avec Woillez, on entre dans le régulier, dans l'uni, dans le tempéré et le pondéré. Tous ses travaux ont le caractère de l'observation patiente, rigoureuse, scrupuleuse, et d'un jugement réservé, dont la rectitude naturelle est quelquefois mal servie par une honnête défiance de soi. Woillez avait été, dès ses débuts, l'élève favori de Louis; et il avait dû à cette prédilection de figurer, il y a plus de quarante ans, dans la grande discussion qui eut lieu alors à l'Académie de médecine sur la *méthode numérique*. Je ne sais plus bien quelles mesures au compas sur les artères, avec alignement de chiffres et force *moyennes*, avaient attiré les moqueries de Cruveilhier, que Louis releva vivement. Le *Traité des maladies aiguës de poitrine* et le *Dictionnaire de diagnostic* sont les deux ouvrages de Woillez qui donnent l'idée la plus nette de son tempérament scientifique, fait d'exactitude et de bon sens. Comme Pidoux, il cédait volontiers aux objections, mais non silencieusement, et, pour ainsi dire, passivement, sans en être ébranlé; il n'était point embarrassé de les défendre, mais il en prenait occasion de s'interroger de nouveau, d'observer de nouveau, et, quand il lui arrivait de reconnaître son erreur, personne ne s'étonnait de le voir se constituer lui-même son propre adversaire : c'est qu'il s'agissait presque toujours de faits, plus facilement rectifiables et plus volontiers rectifiés que des doctrines. Enfin, lui aussi, avait de profondes anxiétés religieuses, dont il a déposé le témoignage dans un livre mystique. Ces convictions étaient chez lui ce qu'étaient ses opinions scientifiques; elles sortaient du spectacle attentif et réfléchi du monde et de la conscience humaine. Le tout formait une belle, bonne et respec-

table nature, qui a emporté les sympathies de tous ceux qui l'ont connu.

Hillairet n'avait absolument rien de commun avec Pidoux; il se rapprochait, par ses tendances scientifiques, de Woillez. C'était un esprit positif, attaché aux faits, les recueillant avec un soin minutieux, n'en tirant que ce qu'ils contenaient réellement. Ce qui le distinguait de ses deux compagnons de la tombe, du dernier surtout, c'était quelque chose de malaisé à définir : le feu latent d'une ambition, légitime d'ailleurs et toujours correcte; la préoccupation soutenue de marquer sa place dans la science et dans la pratique, qui l'avait fait passer des travaux de pathologie aux travaux d'hygiène, pour frapper ensuite aux portes de la huitième section de l'Académie, moins assiégées que celles de la deuxième, ainsi qu'aux portes du Conseil d'hygiène et de salubrité. Ce qui le distinguait encore, c'était une imperturbabilité complète d'opinion. Pidoux était interdit devant une contradiction; Woillez la réfutait d'abord, pour s'y rendre plus tard, s'il y avait lieu. Hillairet y répondait et ne l'acceptait jamais. Que ces quelques traits de sa personne ne portent pas préjudice à sa mémoire. Il n'en a pas moins marché, nous le répétons, et à tous égards, dans le droit chemin de notre profession.

VARIÉTÉS

Conseil d'hygiène : La rage. Les inondations cause d'insalubrité. — Il résulte d'un rapport de M. Dujardin-Beaumetz que le nombre des décès par hydrophobie dans le département de la Seine a été, en 1882, de 10 : il avait été de 20 en 1881. — A propos de l'instruction récemment affichée sur les précautions à prendre contre l'insalubrité des immeubles inondés, M. Bouchardat recommande, en ce qui concerne les caves, l'emploi du sulfate ou du chlorure de zinc.

Maladies de l'appareil urinaire. — Le docteur H. Picard commencera son cours le mardi 16 janvier, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il décrira la pierre dans le rein et dans la vessie, son traitement médical, la lithotritie et la taille.

Clinique otologique. — M. le docteur E. Ménière commencera ses leçons et ses exercices pratiques sur les maladies des oreilles le mardi 16 janvier, et les continuera les vendredis et mardis suivants, de midi à deux heures, rue des Grands-Augustins, n° 20 (quartier de l'École-de-Médecine).

École de médecine d'Alger. — M. Sézary, suppléant de chaire de pathologie et clinique interne, est chargé du cours d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. George, décédé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. J.-B. Devillers, qui, après avoir exercé la médecine vingt ans à Saint-Nicolas-lez-Arras, exerçait depuis vingt-trois ans à Arras, où il jouissait de la plus grande estime.

Légion d'honneur. — M. Toussaint, professeur à l'École de médecine et à l'École vétérinaire de Toulouse, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur pour ses importants travaux sur les maladies virulentes.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Armaud, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Nice, vient d'être nommé officier d'Académie.

Mortalité a Paris (1re semaine, du vendredi 29 décembre 1882 au jeudi 4 janvier 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1099, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 71. — Variole, 11. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 40. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 41.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 51. — Pneumonie, 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 30; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 116; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 11; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 1re semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1155 naissances et 1099 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1135, 1094, 1202, 1116. Le chiffre de 1099 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. Deux mairies, la XIIIe et la XVIIe, ne nous ont pas fait parvenir en temps utile leurs notices statistiques de la journée du jeudi. C'est 20 à 25 décès qui manquent à notre enregistrement. En tenant compte de cette omission, le chiffre total des décès ne dépasserait pas encore la moyenne des décès des dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la rougeole (9 décès au lieu de 16 pendant la 55e semaine de 1882); une légère aggravation pour la fièvre typhoïde (71 au lieu de 66), la diphthérie (40 au lieu de 35), et l'érysipèle (10 au lieu de 6). Il y a eu 11 décès par variole et 6 par infection puerpérale. Ces chiffres sont ceux qui avaient été enregistrés pour la précédente semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (19 malades reçus du 25 au 31 décembre, au lieu de 28 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la diphthérie (24 au lieu de 19) et pour la fièvre typhoïde (155 au lieu de 145).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Précis d'auscultation, par M. le docteur Coiffier (du Puy). In-8 avec 71 figures coloriées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie du corps humain appliquées à l'étude de la gymnastique, par M. le docteur G. Van Gelder. Paris, Fauré et Mathais. » »

La bibliothèque diabolique : le Sabbat des sorcières, par MM. Bourneville et Teinturier. Plaquette grand in-8 carré de 40 pages avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été tiré de cet ouvrage 500 exemplaires numérotés à la presse :

Nos 1 à 300 papier blanc vélin. Broché, 3 fr. Cartonné, 4 fr.
Nos 301 à 450 — parchemin. 4 fr.
Nos 451 à 500 — Japon. 6 fr.

Paris, librairie du *Progrès médical.*

Symptomatologie, nature et pathogénie du Beribéri, par M. le docteur P. F. Da Costa Alvarenga. Traduit du portugais par M. le docteur E. Bertherand. In-8 de 201 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Manuel de l'anatomiste (anatomie descriptive et dissection), par MM. Charles Morel et Mathias Duval. 1 vol. in-8 de 1200 pages accompagné de 469 figures. Paris, Asselin et Ce. Broché. 15 fr.
— Cartonné à l'anglaise. 16 fr.

Leçons sur les maladies mentales, par M. le professeur B. Ball. Troisième fascicule : *Des causes de la folie.* In-8. Paris, Asselin et Ce. 3 fr. 50

Traité pratique des accouchements, par M. le docteur A. Charpentier. 2 vol. In-8 de 600 figures, Paris, J.-B. Baillière et fils. 25 fr.
— En vente, tome 1er : *Anatomie, physiologie, grossesse, développement du fœtus, accouchement naturel, suites de couches physiologiques, pathologie de la grossesse.* 1 vol. in-8 de 1050 pages avec 1 planche chromolithographiée et 333 figures intercalées dans le texte. — Le tome II, payé à l'avance, sera livré *gratis* aux souscripteurs en février 1883. Aussitôt l'ouvrage complet le prix en sera augmenté.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 janvier 1883.

Blessure et maladie de M. Gambetta.

L'observation clinique a été rédigée par M. Lannelongue, l'autopsie par M. le professeur Cornil. Les documents qu'elles renferment ont été collationnés et intégralement approuvés par les médecins dont les noms suivent et qui ont signé :

Professeurs CHARCOT, VERNEUIL, TRÉLAT, BROUARDEL, CORNIL; Docteurs SIREDEY et LANNELONGUE.

OBSERVATION

Le lundi 27 novembre, à midi, un serviteur de M. Gambetta entrait précipitamment chez moi, me priant de me rendre en toute hâte à Ville-d'Avray : « M. Gambetta vient de se blesser à la main avec un revolver, me dit-il, sa voiture vous attend. » Je partis immédiatement, muni de quelques instruments qui me parurent utiles.

Il était une heure quand j'entrai dans la chambre du blessé; M. Gambetta était couché dans son lit, la main recouverte d'un pansement. On alla chercher MM. les docteurs Gilles et Guerdat qui avaient donné les premiers soins; M. Gilles arriva seul. Le pansement fut défait : l'avant-bras placé à angle droit sur le bras et maintenu vertical au plan du lit, il fut aisé de procéder à un examen attentif de la blessure, dont le trajet occupait la main et la section inférieure de l'avant-bras droit.

L'orifice d'entrée du projectile apparaît dans la paume de la main, immédiatement en dedans du sillon qui sépare l'éminence thénar du creux de la main, à la rencontre de ce sillon et d'une ligne transversale partant de la racine du pouce et coupant la main perpendiculairement à son axe. Les dimensions de cet orifice sont inférieures à celles d'une pièce d'argent de vingt centimes; il est régulièrement circulaire, légèrement déprimé au centre où se trouve un caillot qui le ferme ; il présente sur les bords une zone noirâtre d'un millimètre environ.

L'orifice de sortie est placé dans l'avant-bras, mais non sur sa face antérieure ou palmaire; sa situation précise est plutôt sur la face dorsale ou, plus exactement, à l'union du bord interne et de la face dorsale, à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Les bords de cet orifice, légèrement déjetés en dehors, également entourés d'une zone noirâtre moins large, sont fissurés en deux points opposés. Par la plaie béante de sortie, il s'écoule un filet de sang rouge, sans rutilance pourtant, qui n'a cessé qu'avec l'application du pansement. Pendant l'examen ultérieur, les deux orifices sont mis à l'abri du contact de l'air, à l'aide d'un carré de protective.

Le trajet compris entre ces deux orifices mesure en ligne droite 13 centimètres ; il se dirige de bas en haut, de dehors

FEUILLETON

Gambetta.

(SOUVENIR OPHTHALMOLOGIQUE.)

C'était au printemps de 1867, un soir, en rentrant pour ma consultation, vers cinq heures, je vis, se promenant devant ma maison, deux messieurs. L'un d'eux me dit : « Cher confrère, nous vous avons attendu ici, afin que vous ayez la bonté de nous recevoir tout de suite; je vous présente un ami, pour lequel je désirerais votre avis. » Je fis entrer ces messieurs dans mon cabinet, et, après avoir invité le malade à s'asseoir dans la chambre noire, à côté de la lampe, je demandai à mon confrère de quoi il s'agissait? « Vous le verrez facilement, me répondit-il, et nous vous prions de nous donner franchement votre opinion. »

Le malade, que j'examinai, présentait, en réalité, une affection des plus simples à reconnaître; son œil droit était le siège d'une ectasie cicatricielle occupant la totalité de la cornée, et à laquelle venait se joindre une distension staphylomateuse de toutes les parties avoisinant le corps ciliaire. Il en résultait que la partie antérieure du globe de l'œil, sillonnée par des vaisseaux dilatés, avait pris un volume tel que les paupières distendues n'arrivaient qu'à peine à recouvrir cet organe difforme.

Après un examen rapide, je m'adressai à mon malade : « Vous voulez que je vous parle avec franchise? Eh bien, ce que vous avez de mieux à faire, c'est de vous débarrasser de cet œil, qui, non seulement, est pour vous la cause d'une gêne continuelle, mais encore offre pour son congénère un véritable danger. — Quand? me répondit le malade. — Le plus tôt possible. — Quel jour? — Mardi, si vous voulez (la consultation avait lieu un vendredi). — A quelle heure? — A dix heures. — Je vous attends, » telle fut toute la réponse. Je ne pus me défendre d'une certaine surprise, et j'exa-

en dedans et d'avant en arrière; il ne suit pas le membre parallèlement à son axe longitudinal, il coupe obliquement cet axe; il n'est pas non plus compris dans un même plan transversal puisque l'un des orifices se trouve à la face palmaire, tandis que l'autre est placé presque sur la région dorsale de l'avant-bras.

M. Gambetta m'avait fait le récit de l'accident dès mon arrivée; il a été publié en ces termes, le 2 décembre, dans la *République française* : « M. Gambetta s'est blessé lui-même; il tenait dans sa main gauche un revolver dans lequel était restée une cartouche; il en avait fait basculer le canon et pour le remettre en place il appuyait la paume de la main droite sur l'extrémité de l'arme. A ce moment la cartouche n'étant qu'en partie engagée dans le cylindre, s'opposait au redressement du canon. Aussitôt que la pression fut assez forte, la capsule de fulminate partit, et M. Gambetta reçut le projectile dans la paume de la main droite. Le trajet de la balle a suivi le sens de l'avant-bras et le projectile est ressorti. »

Ce document montre quelle était la situation de la main droite : elle se trouvait en pronation forcée et fortement renversée dans l'extension exagérée sur l'avant-bras; dans cette attitude, le creux de la paume de la main et la gouttière radio-carpienne se dirigent vers le bord cubital de l'avant-bras, et c'était cette direction qu'avait suivie le projectile. On nous l'avait remis, et ses dimensions (9 millimètres de long sur 6 millimètres de large) contribuèrent à nous éclairer, après un examen plus complet, sur l'étendue des altérations produites.

Le bruit de la détonation avait été peu intense: le blessé ressentit immédiatement dans la main, une douleur extrêmement vive que dans son récit il compara à un éclair; de plus, il se produisit immédiatement un écoulement de sang par l'orifice d'entrée du projectile. Ainsi averti de sa blessure, M. Gambetta crut tout d'abord que la balle n'était pas ressortie; il lui sembla, pendant plus d'un quart d'heure, qu'elle était encore dans sa main et il fit plusieurs tentatives de compression pour l'extraire. Bientôt une tache de sang sur la manche de la chemise fit découvrir l'orifice de sortie. Pendant ce temps, on s'était empressé autour de lui, et, comme le sang continuait à couler, non en jet, mais à la manière du filet d'un petit ruisseau, les gens de sa maison apportèrent un grand vase d'eau salée dans lequel il plongea sa main; par deux fois on renouvela l'eau, et chaque fois, nous dit-il, elle était fortement rougie; il estime qu'il a perdu *pas mal de sang* (1). Puis, il enveloppa sa main successivement dans deux serviettes et un grand mouchoir; tout ce linge était couvert de taches de sang. MM. les docteurs Gilles, de l'hospice Brézin, et Guerdat, de Ville-d'Avray, arrivèrent alors et procédèrent à un pansement légèrement compressif qui arrêta l'hémorrhagie.

La direction du trajet indiquait que le projectile avait dû pénétrer directement sous l'aponévrose palmaire et s'engager probablement dans le canal radio-carpien pour gagner l'orifice de sortie; il pouvait avoir atteint le pisiforme, l'os crochu ou le cubitus, intéressant peut-être en même temps les articulations de ces os et celle du poignet. Cependant, la position de la main n'impliquait pas nécessairement une lésion des os, et l'examen méthodique qui en fut fait, nous donna l'assurance de l'intégrité du squelette. Ce premier résultat acquis nous rassura beaucoup et la remarque en fut faite à haute voix devant le blessé.

Dans la partie antibrachiale de son trajet, la balle avait suivi la direction de l'artère cubitale en la croisant très obliquement cependant: de plus, au moment de notre examen, le blessé perdait un sang rouge, quoique sans rutilance, qui s'écoulait avec continuité par l'orifice de sortie. Il y avait donc à rechercher si ce vaisseau n'était pas intéressé : il n'existait pas de gonflement le long de l'artère, les tissus étaient souples; néanmoins je ne perçus pas les battements artériels, et je dus rester dans le doute sur ce point, ne voulant ni prolonger l'exploration, ni la rendre douloureuse, pour m'éclairer au delà de ce qui était nécessaire. Du côté de la paume de la main, le projectile avait pénétré juste en face de la ligne anatomique de l'arcade palmaire superficielle; l'hémorrhagie avait été assez considérable par l'orifice d'entrée; on pouvait donc supposer que cette artère était atteinte, ou tout au moins qu'un des rameaux importants de l'arcade avait fourni le sang. Mais l'hémorrhagie étant suspendue et la plaie bouchée par un caillot, il n'y avait pour le moment qu'à se tenir sur la réserve et à exercer une surveillance attentive pour l'avenir.

L'examen de la sensibilité fut très significatif : elle était intacte sur toute la périphérie de la main et des doigts, sauf sur les faces palmaires du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire. Là elle était complètement abolie, et un certain nombres de piqûres faites à l'abri du regard du blessé, avec la pointe d'une aiguille, en évitant l'ébranlement des doigts, ne furent pas senties; la sensibilité nous parut cependant conservée, mais obtuse et vague, sur la face dorsale du petit doigt, de l'annulaire et de la moitié interne du médius. Le nerf cubital se trouvait donc incomplètement intéressé.

Le projectile ayant pénétré dans le canal radio-carpien, la lésion des gaines tendineuses était certaine et ces cavités avaient dû être suivies dans une longueur de plusieurs centimètres. Les tendons qu'elles reçoivent avaient dû souffrir aussi de la blessure, mais probablement d'une manière incomplète; le malade pouvait, en effet, ramener les doigts

(1) Expression de M. Gambetta.

---

minai alors avec attention ce jeune homme qui acceptait avec tant de sang-froid une opération à laquelle on ne consent généralement qu'après bien des hésitations. Sa figure rayonnait d'intelligence et accusait l'énergie du caractère. La parole était vive, rapide, d'un timbre harmonieux, avec un léger accent méridional. J'avais devant moi Léon Gambetta ; le confrère qui l'accompagnait était M. Fieuzal, que je connaissais du reste parfaitement. « Je suis entièrement de votre avis, me dit celui-ci; de la difficulté qu'ont les paupières à recouvrir l'œil distendu, il résulte qu'à la moindre excitation, au plus petit excès de travail, l'organe malade s'irrite, s'enflamme, devient douloureux, et rend plus ou moins longtemps impossible l'usage de l'autre œil, sur lequel nous redoutons tous un retentissement des plus fâcheux. »

M'étant informé de quelle façon il avait perdu l'œil, le malade me raconta qu'enfant il était entré dans l'atelier d'un tourneur, et, comme il regardait curieusement l'ouvrier, un outil s'échappa brusquement des mains de celui-ci et vint lui blesser profondément l'œil droit. La cataracte traumatique, avec toutes ses conséquences fâcheuses, avait déterminé peu à peu l'énorme distension de l'œil qu'on venait de soumettre à mon examen.

De part et d'autre la résolution fut donc très promptement prise, et je pense que ce n'est pas sans raison que j'écrivis douze ans plus tard, dans ma *Chirurgie oculaire* : « Mieux que tout autre, je connais la grande responsabilité qu'assume ici le médecin, car un manque de résolution de ma part aurait pu, en donnant carrière à une irritation sympathique chez un personnage qui a joué un des plus brillants rôles politiques de notre siècle, exercer une influence des plus marquées sur les destinées de ma patrie d'adoption. »

A l'heure précise, accompagné de mon assistant, le docteur Borel (de Rouen), j'entrais dans le modeste appartement qu'occupait alors Gambetta, dans la rue Bonaparte. Je trouvai là, avec le docteur Fieuzal, plusieurs amis venus pour assister à l'opération. Le malade se coucha résolûment, et nous

dans la paume de la main, non toutefois sans gêne. On remarquait encore que la troisième phalange de l'index, du petit doigt et un peu celles des deux doigts intermédiaires ne se fléchissaient qu'imparfaitement.

Il s'était produit un gonflement notable de la main, localisé dans la région de l'éminence thénar et du premier espace interosseux. Non seulement l'éminence thénar était soulevée jusqu'à la ligne articulaire du poignet, mais elle était plus ferme et le gonflement encore plus marqué dans l'intervalle qui sépare le pouce de l'index. Dans ces deux régions qui sont en continuité anatomique, d'ailleurs, il y avait du sang collecté et infiltré en abondance; la recherche attentive des pulsations caractéristiques d'un anévrysme traumatique fut négative.

En résumé : ouverture certaine des gaines des tendons fléchisseurs, altération presque aussi certaine de quelques tendons du groupe des fléchisseurs superficiels et profonds, blessure incomplète du nerf cubital, doutes légitimes sur la blessure de l'artère cubitale et de l'arcade palmaire superficielle, tel fut le résultat des investigations de la première heure. Il convient d'ajouter que le muscle cubital antérieur était nécessairement traversé de la face profonde à la face superficielle.

L'examen du blessé a duré environ un quart d'heure, puis on a procédé au pansement.

Dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate et une réparation des désordres sans suppuration, j'adoptai les principes suivants pour la direction du traitement : en premier lieu, l'immobilisation absolue de la main placée dans l'extension physiologique; en second lieu, la protection des plaies et leur mise à l'abri de tout contact irritant ou infectieux. Le même pansement ouaté et phéniqué réalisa complètement ces conditions jusqu'à la cicatrisation définitive; il ne lui fut apporté de modifications que dans quelques détails insignifiants. Les plaies furent recouvertes de protective, la main fut entourée d'une simple couche de bandelettes de gaze phéniquée, chaque doigt fut séparé de son voisin par une faible épaisseur d'ouate, deux couches d'ouate furent appliquées sur les faces dorsale et palmaire de la main, et tout le membre enfin jusqu'au coude fut recouvert par une enveloppe de coton phéniqué. Une bande de tarlatane phéniquée maintint chacun de ces plans en exerçant en même temps une très légère compression sur le membre; on l'étendit sur une planchette matelassée d'ouate; la position en était légèrement élevée.

Telles ont été les règles des pansements ultérieurs qui furent rares afin de mieux remplir les conditions qu'on voulait obtenir. Jamais le pansement n'a été enlevé sans qu'on fit une pulvérisation phéniquée et personne, jusqu'au jour de la cicatrisation définitive de la blessure, n'a touché la main sans s'être préalablement lavé dans une solution phéniquée forte.

Certaines dispositions furent prises en vue de parer aux éventualités qui pourraient se produire : hémorrhagies secondaires ou plus tardives, inflammation suppurative des gaines, accidents nerveux, névrite et tétanos. Les limites extrêmes de la température de la chambre furent fixées à 16 et 18 degrés. On recommanda expressément qu'il n'y eût pas de courants d'air dans la pièce; ordre fut donné d'éloigner toute visite.

L'état général du blessé demandait également à être surveillé de près; son embonpoint, son genre de vie réclamaient quelques précautions. Aussi M. Siredey, son médecin habituel, et M. Fieuzal, son ami, qui connaissaient ses habitudes et sa santé, furent-ils prévenus dès le soir même. Pendant tout le traitement où la main seule fut en cause, j'ai été assisté dans mes visites par MM. Gilles et Guerdat, très souvent aussi par MM. Siredey et Fieuzal. Trois internes des hôpitaux, MM. Walter, Berne et Martinet, se sont succédé auprès de M. Gambetta, lui donnant les soins de tous les instants et veillant à l'exécution de nos prescriptions.

27 *novembre*, neuf heures du soir. — Température, 37°,2; pouls, 88.

L'hémorrhagie n'a pas reparu depuis le pansement. Le blessé, fortement enrhumé depuis deux jours, tousse beaucoup. Il éprouve dans la main un sentiment de tension qui s'est manifesté presque immédiatement après l'accident et qui va en augmentant depuis quelques heures ; cette douleur se localise dans l'éminence thénar. Le régime alimentaire a consisté aujourd'hui en un simple bouillon et deux grogs. M. Gambetta a pris successivement trois grammes de chloral, un gramme à quatre heures, un gramme à six heures, un dernier enfin à huit heures; M. Lannelongue passe la nuit près de lui.

28 *novembre*, huit heures du matin. — Température, 37°,8; pouls, 84.

La nuit a été agitée et presque sans sommeil ; à quelques minutes de repos succède un réveil en sursaut, et un peu de calme n'est survenu que vers six heures du matin; durant toute la nuit une transpiration abondante s'est produite.

Le phénomène de tension de la main a pris de très grandes proportions; M. Gambetta le traduit ainsi : « Ce ne sont pas des élancements douloureux, à proprement parler, ceux-ci sont rares; c'est une compression comparable à celle que ferait subir un étau, on dirait qu'il y a dans les tissus de la main un corps étranger volumineux dont le gonflement menace de faire éclater les téguments. » Cette sensation persiste trois quarts d'heure, une heure sans discontinuer, puis elle cesse durant quelques minutes pour se reproduire ensuite. La toux du malade en augmente l'intensité.

---

le soumîmes aux inhalations d'éther. J'éprouvai alors une nouvelle surprise; il ne s'écoula pas une minute jusqu'à ce que le malade fût profondément endormi. L'opération se passa très simplement et put être exécutée avec la plus grande rapidité, bien qu'il s'agît de l'ablation d'un œil en forme de poire, qui avait le double de sa longueur normale et mesurait près de 5 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

La rapidité extrême avec laquelle le malade s'était endormi m'avait beaucoup frappé; j'en eus plus tard l'explication, quand j'appris à éthériser à l'américaine, méthode qui consiste à étouffer, en quelque sorte, le patient avec le sac d'éther, sans se préoccuper de la suffocation, contre laquelle, en général, se révoltent tout d'abord les sujets. Gambetta avait supporté, sans la laisser paraître, l'angoisse des premières inhalations.

La guérison marcha avec une très grande rapidité, et il ne fallut pas plus de trois jours pour que l'opéré fût sur pieds. Pendant les premiers temps, je me rendis journellement rue Bonaparte, et je remarquai bientôt l'empressement presque fanatique que montraient autour du jeune avocat ses nombreux amis; je ne pouvais comprendre une pareille dévotion, par la raison que j'avais recommandé à mon malade le calme, le silence. Poussé par la curiosité, j'en vins même à adresser cette question à l'un de ses fidèles compagnons : « Dites-moi donc, je vous prie, ce qu'est votre Gambetta, pour lequel vous me paraissez avoir un véritable culte; vous êtes pourtant ici tous jeunes gens à peu près du même âge? — Ah! me répondit-il, vous ne le connaissez pas encore, mais vous verrez ce qu'il sera un jour! »

Peu de temps après, j'avais les mêmes prévisions. Si bien que, au mois de septembre 1867, en remettant l'œil enlevé, et placé dans un liquide durcissant, à l'histologiste le plus habile de ce temps dans les recherches anatomo-pathologiques de l'œil, le professeur Iwanoff, je lui dis : « Voici une pièce à laquelle je tiens beaucoup; c'est un œil qui provient d'un

Même régime que la veille, quelques grogs dans la journée, lait froid et un bouillon si le malade le désire. Deux grammes de chloral sont pris au milieu du jour, un troisième gramme dans la soirée et on donnera vers dix heures du soir enfin une cuillerée de sirop de morphine si la douleur persiste avec la même intensité.

28 *novembre*, cinq heures du soir. — Première visite de MM. Siredey et Fieuzal avec M. Lannelongue.

Température, 37°,4; pouls, 80. M. Fieuzal passe la nuit à Ville-d'Avray.

29 *novembre*, huit heures du matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. Température, 37°2; pouls, 76.

Le renouvellement du pansement fait constater un gonflement égal à celui du premier jour; il existe de plus un léger œdème avec une teinte à peine rosée de la face dorsale de la main. Au toucher, absence de chaleur dans le membre et de pulsations dans les parties gonflées. La nuit a été meilleure et le malade a pu prendre trois heures entières de repos; dans l'intervalle il a ressenti des douleurs identiques à celles de la nuit précédente. On fait un examen sommaire des urines (1). Même sévérité dans le régime alimentaire. Continuation du chloral.

29 *novembre*, six heures du soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 37°,2; pouls, 88.

Depuis le pansement du matin le blessé a ressenti deux fois des élancements dans la main, où il éprouve une incessante compression; il a eu néanmoins du repos dans la journée. La toux est fréquente et grasse, la respiration bruyante et le visage un peu rouge, la langue est humide.

30 *novembre*, matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. Température, 37 degrés; pouls, 76.

La nuit a été bonne, fort calme, sans élancements dans la main, sans transpiration gênante. Au moment de notre visite le blessé ne ressent plus la compression si vive de la veille, il se trouve très bien, sa physionomie est gaie, son moral est excellent. Les fonctions du ventre ne s'étant pas encore accomplies depuis la blessure, un remède à la glycérine est ordonné malgré la répugnance qu'il inspire. Un œuf frais sans pain pour le déjeuner, lait et grogs dans la journée.

30 *novembre*, soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 37 degrés; pouls, 72-76.

Langue humide. Le malade se défend de n'avoir pas pris le remède prescrit en parlant de velléités qui n'ont pas encore abouti. La physionomie est d'ailleurs excellente, l'humeur naturelle et pleine d'entrain. La journée eût donc été on ne peut plus satisfaisante sans la persistance de la sensation pénible de la main; cependant la douleur est moins continue. M. Gambetta cherche à l'éviter en réclamant de fréquentes modifications dans la position du membre; chacune de ces manœuvres le soulage, mais le malaise reparaît au bout de peu de temps. Il prend à l'heure du dîner un potage seulement. Sirop de morphine pour la nuit.

1er *décembre*, matin. — Visite de MM. Siredey, Fieuzal et Lannelongue. Température, 36°,6; pouls, 72.

Excellente nuit, sept heures de sommeil. Langue humide. Absence de garde-robes; nous prescrivons deux grands verres d'eau d'Hunyadi Janos à prendre dans la matinée. Le pansement est renouvelé: la blessure palmaire est à peine visible, étant recouverte par un gonflement blanchâtre de l'épiderme, la blessure brachiale n'offre pas la moindre rougeur, les bords n'en sont pas gonflés et on n'y remarque aucun suintement. La paume de la main s'est élargie en prenant la forme d'un battoir, les sillons y sont moins profonds, et le bourrelet de la racine de chaque doigt plus prononcé; le gonflement est surtout marqué entre le pouce et l'index, on n'y sent pas de pulsations.

Il existe aussi un très léger œdème dorsal sans rougeur. Les doigts ne sont plus dans l'extension complète, mais fléchis sur la main d'une vingtaine de degrés environ.

Quatre jours pleins se sont écoulés depuis l'accident, et l'examen actuel ne constate qu'une légère inflammation adhésive des gaines.

En refaisant le pansement on s'attache à redresser l'attitude vicieuse des doigts et on y parvient aisément.

Il est permis au malade de manger quelques huîtres et un œuf après son purgatif; on continue l'usage de l'eau de Vichy (source de la grande Grille) commencée depuis la veille.

1er *décembre*, soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,8; pouls, 76.

La physionomie est parfaite; cependant la douleur de la main a été plus vive qu'hier, et elle se localise plus particulièrement entre le pouce et le poignet; de plus, le blessé ressent un phénomène étrange qu'il traduit ainsi: « Il n'y a pas un de mes doigts qui ne soit le siège d'un phénomène de rétraction irrésistible vers la paume de la main. »

Le purgatif n'ayant produit qu'un effet très incomplet, on en prescrit un second pour le lendemain.

Reprise du chloral, 2 grammes, et du sirop de morphine s'ils sont nécessaires.

2 *décembre*, matin. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,8; pouls, 72.

La douleur de la main a rendu la nuit moins bonne que la précédente. Le malade a repris deux grands verres d'Hunyadi

(1) L'examen des urines montre qu'elles ne renferment ni sucre ni albumine. Les résultats des analyses et des examens faits dans le cours de la blessure et de la maladie ont été réunis à la suite de l'observation.

---

homme appelé, j'en suis sûr, à jouer un rôle des plus importants; prenez-en, je vous prie, le plus grand soin. »

D'année en année, je réclamai au professeur Iwanoff la description de cette pièce. Il y a deux ans, lors de sa mort à Menton, où il était allé chercher le secours d'un climat plus doux que celui de son pays natal, sa collection a dû passer dans les mains de son élève le plus attaché, le duc Charles, en Bavière, frère de l'impératrice d'Autriche (la *Gazette hebdomadaire* en a entretenu tout récemment ses lecteurs) et de l'une de mes plus gracieuses ex-malades, la reine de Naples. Je suis maintenant autorisé à croire, en ayant maintes preuves, que notre confrère, le duc, a pris des leçons de son maître, non seulement sur l'ophthalmologie en général, mais encore sur la *conservation* indéfinie des pièces ophthalmologiques, et il est bien douteux que l'on entende jamais parler des caractères micrographiques d'un œil intéressant aujourd'hui à plus d'un égard.

L'opération que j'avais pratiquée à Gambetta amena nécessairement entre lui et moi des relations ultérieures qui m'apprirent à le connaître davantage. J'ai dit combien m'avait frappé le pouvoir fascinateur qu'exerçait Gambetta sur son entourage. Le recevant fréquemment à ma table, en compagnie d'hommes d'opinions les plus opposées, c'était plaisir de constater le charme qu'il exerçait sur tous indistinctement.

Il avait la mémoire du cœur à un haut degré. Je conserve précieusement une lettre de lui, portant l'en-tête du Corps législatif, et datée du 20 juillet 1870, c'est-à-dire de plus de trois ans après son opération, et dans laquelle, tout en me recommandant un malade, il se répand en témoignages de reconnaissance dans des termes trop obligeants pour que je croie pouvoir les reproduire ici.

Au début du siège, Gambetta me pria de venir lui parler au ministère de l'intérieur, où il résidait, place Bauveau. « Rendez-moi un service, dit-il; le médecin en chef des Quinze-Vingts a abandonné son poste, et nous avons nommé

Janos à six heures du matin. Le pansement est renouvelé afin de surveiller le gonflement plus marqué qui existait la veille; on le trouve aujourd'hui très atténué et les doigts sont dans une bonne attitude; on sent un peu de crépitation articulaire en faisant exécuter quelques mouvements dans les phalanges.

2 *décembre*, soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,6; pouls, 72.

Le purgatif a agi très efficacement. Malgré quelques douleurs ressenties d'une manière irrégulière à la racine du petit doigt et de l'index, malgré la persistante du phénomène de tension de la main, la journée a été excellente et le blessé nous montre toute la bonne humeur qu'il a en pleine santé.

Dimanche, 3 *décembre*, neuf heures du matin. — Consultation de MM. les professeurs Verneuil, Trélat et de MM. les docteurs Siredey, Fieuzal, Gilles, Guerdat et Lannelongue. Température, 36°,4; pouls, 72.

Le pansement est défait et la main examinée avec attention.

Les orifices de la blessure sont presque fermés; la tuméfaction persiste cependant dans l'éminence thénar de même qu'entre le pouce et l'index; mais le gonflement palmaire est presque nul et les doigts sont bien redressés. L'entretien chirurgical qui a suivi cet examen a été bref. MM. les professeurs Verneuil et Trélat exprimèrent l'avis que la blessure se réparait sans suppuration, que toute complication paraissait conjurée et que la guérison était prochaine. Aussi conseillèrent-ils de plus rares pansements.

Le bulletin suivant fut livré au public : « L'état de M. Gambetta est absolument satisfaisant à tous les points de vue; sa santé générale ne laisse rien à désirer, et la blessure touche à la guérison. » Signé par les médecins consultants.

3 *décembre*, cinq heures du soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,4; pouls, 72.

La journée a été excellente et le moral est tout à fait naturel; M. Gambetta ne se plaint que de la sensation locale déjà signalée. On lui a permis ce matin une côtelette et un œuf; il a eu une garde-robe naturelle dans la journée.

4 *décembre*, huit heures du matin. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,5; pouls, 68.

Le malade a souffert deux heures environ dans la soirée du 3; puis, il a passé la meilleure des nuits, il a dormi huit heures sans chloral, et ce matin il ne sent pas sa main.

4 *décembre*, soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,5; pouls, 68.

Le malade a bien déjeuné et la journée a été très calme; il n'a plus en effet cette tension permanente qui l'a beaucoup éprouvé jusqu'ici; mais il a eu trois ou quatre crises dans lesquelles la douleur a pris un nouveau caractère. De la paume de la main partent des irradiations à forme fulgurante se dirigeant vers les doigts et principalement vers l'index et le petit doigt.

Deux fois ces douleurs ont remonté vers le coude et l'épaule.

Une évacuation naturelle assez abondante a eu lieu.

5 *décembre*, matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. Température, 36°,4; pouls, 68.

Cinq heures du soir. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,7; pouls, 72.

Le déjeuner a été pris avec plaisir. M. Gambetta a beaucoup moins souffert et a ressenti seulement trois à quatre crises comparables, à celles de la veille. Le pansement est défait, la main est dans le meilleur état, la plaie palmaire est presque cicatrisée, et celle de l'avant-bras offre une couche de bourgeons de la dimension d'une lentille. Le pansement est très allégé et les doigts restent à découvert.

On permet au malade de changer de lit, et il est autorisé à recevoir M. Arnaud de l'Ariège, son ami et son secrétaire.

La santé générale est excellente, il y a eu une garde-robe abondante dans la journée.

6 *décembre*, matin. — Température, 36°,6; pouls, 68.

Soir. — Température, 36°,7; pouls, 72.

7 *décembre*, matin. — Température, 36°,7; pouls, 68.

Soir. — Température, 36°,7; pouls, 72.

8 *décembre*, matin. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,5; pouls, 68.

Soir. — Température, 36°,7; pouls, 72.

Cinq heures du soir. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue.

Renouvellement du pansement : l'aspect du membre est excellent, presque normal; les doigts sont dans l'extension complète; tout œdème a disparu; la paume de la main ne présente plus de gonflement que dans le premier espace interosseux, et là, on ne trouve ni tension ni soulèvements pulsatiles.

L'orifice de la blessure palmaire est à peu près cicatrisé et l'orifice brachial est oblitéré par une couche rosée fort petite de bourgeons charnus. Le trajet intermédiaire semble être entièrement réparé; l'articulation du poignet jouit de tous ses mouvements. Le blessé nous dit qu'il ne sent plus de douleur que dans les doigts; l'index et le petit doigt le *travaillent surtout;* il a l'impression qu'ils sont fléchis dans la paume de la main, et il y regarde souvent pour s'assurer du contraire.

Une perversion plus étrange de la sensibilité est celle-ci : M. Gambetta n'a pas le sentiment vrai de la position de sa

---

M. Fieuzal à sa place; veuillez lui prêter, dans sa nouvelle position, le secours de votre expérience. » Le service que me demandait Gambetta, je le lui ai, je pense, consciencieusement rendu, quoique je fusse alors bien loin de songer, je l'avoue franchement, que je posais ainsi, en quelque sorte, la première pierre de la « Clinique nationale », dotée par l'Etat d'un revenu annuel de 50 000 francs. Je n'étais pas alors, et je ne suis pas encore d'avis qu'on doive placer une clinique ophthalmologique dans un hospice, dans une maison de retraite consacrée exclusivement à des aveugles incurables.

Une qualité, surtout précieuse pour notre confrérie, que possédait à un très haut degré Gambetta, c'est que, lorsqu'il avait placé, à tort ou à raison, sa confiance dans un médecin, il la lui conservait pour la vie. On a à juste titre relevé qu'il avait, à part d'autres traits de ressemblance, ceci de commun avec Mirabeau. Dans ces dernières années, à mesure que Gambetta atteignait les sommités du pouvoir et de la popularité, et qu'il devenait d'un accès plus difficile pour ceux qui n'étaient pas absolument ses intimes, je le vis bien moins souvent; mais un épisode de clientèle m'a prouvé encore tout récemment que son affection pour moi ne s'était en rien altérée.

N'est-il pas vrai que la fidélité constante à un médecin, une confiance inébranlable en lui sont habituellement le lot des hautes intelligences et des grands cœurs? L'intelligence les aide à choisir; le cœur les attache.

De Wecker.

main qui est étendue sur un coussin en dehors du lit; il lui semble qu'elle repose sur sa poitrine et il a besoin de la voir pour se remettre dans la réalité.

M. Gambetta a fait un déjeuner un peu plus abondant (un bouillon, un œuf à la coque, 4 huîtres avec du pain, les ailes d'une bécasse); il a ce soir le ventre distendu par des gaz; il s'en plaint.

Un purgatif lui est ordonné pour le lendemain samedi.

9 *décembre*, matin. — Visite de M. Lannelongue. Température, 36°,9; pouls, 80.

Soir. — Température, 37 degrés; pouls, 84.

Dans la journée de samedi les phénomènes douloureux de la main ont été beaucoup moins prononcés; mais le malade qui ne s'est pas purgé le matin a ressenti les mêmes troubles gastriques que la veille et en particulier du dégoût pour les aliments; il a fort peu mangé ce jour-là.

Dimanche, 10 *décembre*, matin. — Température, 37°,5; pouls, 84.

Soir. — Température, 37°,6; pouls, 84.

Visite de M. Lannelongue dans la soirée. — Le malaise abdominal s'est accentué et M. Gambetta nous apprend que, la veille au soir, en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, il a ressenti subitement une vive douleur dans le flanc droit, dont il précise mal le siège. Cette douleur a déterminé de l'insomnie, et le dimanche il s'en plaint encore, quoiqu'elle soit beaucoup moins accentuée. L'état saburral est plus prononcé, l'inappétence est complète.

M. le professeur Charcot qui l'a vu dans la journée lui a conseillé un lavement purgatif. L'examen du ventre ne révèle rien d'anormal; il n'y a nulle part d'empâtement, le siège de la douleur est très vague, et M. Gambetta se plaint à peine quand on presse fortement dans le flanc ou dans la région lombaire.

On réveille pourtant de la sensibilité sur la paroi latérale et inférieure du thorax du côté droit; il est proposé d'appliquer sur ce point un sinapisme; mais, comme on a déjà pratiqué un large badigeonnage de laudanum, M. Gambetta ne paraît pas disposé à accepter le sinapisme, et il ajoute qu'il ne souffre pour ainsi dire plus.

11 *décembre*, matin. — Température, 37 degrés; pouls, 80.

Soir. — Température, 36°,8; pouls, 76.

Visite de M. Lannelongue dans la matinée.

Le visage est légèrement congestionné, la langue blanche et très saburrale; le dégoût pour la nourriture est absolu; 40 grammes de citrate de magnésie sont ordonnés. L'état de la main est tout à fait satisfaisant, l'orifice palmaire est cicatrisé, et le brachial n'offre plus qu'une agglomération de petits bourgeons exubérants; on les cautérise. L'examen de la région, qui a été le siège de la douleur subite mentionnée plus haut, ne révèle aujourd'hui qu'une sensibilité très obtuse, que d'assez fortes pressions seules mettent en évidence. M. Gambetta, qui se levait chaque jour pour aller d'un lit dans un autre, demande avec insistance l'autorisation de passer quelques heures dans un fauteuil; elle lui est accordée s'il n'est pas trop fatigué par les effets de la purgation.

12 *décembre*. — Visite de M. Lannelongue à une heure.

Température à huit heures du matin, 36°,7; pouls, 76.

Température à sept heures du soir, 36°,8; pouls, 76.

La purgation a été efficace la veille; la nuit dernière a été bonne.

M. Gambetta est dans son fauteuil, et il s'y trouve aussi bien qu'hier. Son visage est naturel, et il reçoit avec une satisfaction évidente les personnes qui viennent le voir.

Il lui est recommandé ce jour-là, comme les jours précédents, d'être encore très réservé sur ce point.

Pour nous donner la preuve que son dégoût pour la nourriture a disparu, il nous fait part du bon déjeuner qu'il a fait, et qu'il complète en fumant un cigare; il a fumé la veille pour la première fois depuis son accident.

13 *décembre*. — Température, 36°,8; pouls, 76. Visite de MM. Siredey et Lannelongue.

La main est dans un si bon état que j'ai cru devoir exercer quelques mouvements de flexion dans les phalanges des doigts, m'arrêtant toujours à la première sensation de douleur; la blessure brachiale n'offre plus qu'un bourgeon à peine gros comme la tête d'une épingle. M. Gambetta examine sa main en détail et en est très satisfait; sa santé générale ne laisse rien à désirer, son ventre est libre.

14 *décembre*. — Température, 36°,7; pouls, 76. Visite de M. Lannelongue à deux heures du soir.

M. Gambetta est très bien; il mange à table, circule dans sa maison. On fait les mêmes manœuvres de flexion des doigts que la veille; elles s'accomplissent sans douleur.

15 *décembre*. — Température, 36°,6; pouls, 72.

Nous visitons M. Gambetta à deux heures, avec M. le professeur Gavarret; il nous reçoit dans son fauteuil. La nuit précédente a été bonne, et il n'a été ressenti qu'à des intervalles éloignés une légère douleur dans l'index et le petit doigt. Le pansement est défait : rien d'anormal; on renouvelle les tentatives de flexion des doigts, et le blessé exécute devant nous quelques légers mouvements dans ces organes. Mais M. Gambetta se plaint de nouveau d'un malaise abdominal; il a des éructations fréquentes depuis le matin, et il ne peut pas s'en défendre. Spontanément il a pris aujourd'hui un verre d'eau de Pullna qui n'a pas encore agi. Son déjeuner a été marqué par un petit incident; il s'est endormi à table après avoir mangé un œuf, et n'a pas continué son repas.

Le temps étant très beau, il nous a demandé de faire sa première sortie avec nous, et il nous a accompagné, en effet, jusqu'à la grille de son parc.

Cette promenade, qui lui a fait le plus grand plaisir, a duré vingt minutes.

Soir. — Température, 36°,6; pouls, 76.

Samedi 16 *décembre*, matin. — Température, 36°,6; pouls, 72.

Soir. — Température, 39°,6; pouls, 88.

Visite de M. Lannelongue à deux heures. M. Gambetta est dans son fauteuil; il nous dit que la veille au soir il n'a presque pas mangé, n'ayant pas faim, et qu'il a éprouvé une sensation de chaleur sans frisson préalable. Il a dormi toute la nuit. A son déjeuner, il a éprouvé le même malaise que le jour précédent.

L'examen du membre blessé atteste que l'orifice de sortie est complètement cicatrisé, et que la blessure est totalement fermée. Pendant le pansement, M. Gambetta est tourmenté par d'assez violentes coliques; il a des renvois incessants; sa figure est rouge, son ventre un peu tendu.

Il est tellement persuadé de la nécessité de prendre l'air qu'il a commandé sa voiture, avant mon arrivée, pour une promenade qui fut faite en prenant de grandes précautions.

Un verre d'eau de Pullna pour le lendemain, et dans la journée de la limonade tartrique avec de l'eau de Vichy lui furent prescrits.

Sa promenade en voiture lui fut très agréable; à son retour, il ne cessa de manifester le bien-être qu'il en avait ressenti, et en rentrant il resta quelque temps encore dans son jardin.

Néanmoins, les éructations persistent, et à six heures il éprouve une chaleur vive non précédée de frisson, qui ne fait qu'augmenter dans la soirée.

A huit heures du soir, M. Berne, chargé de ses soins particuliers, trouvant une température de 39°,6, avec un pouls à 88, crut devoir me prévenir, et je me rendis à Ville-d'Avray, où j'arrivai à dix heures du soir. M. Gambetta ressent une grande chaleur; il est en pleine transpiration. L'examen de la poitrine ne révèle rien; tous les phénomènes sont concen-

très dans le ventre, qui est tendu et un peu douloureux à la pression du côté droit; on n'y trouve pas pourtant d'empâtement. — Limonade pour la nuit; lait froid; 50 centigrammes de sulfate de quinine à la fin de l'accès.

Je fais prévenir M. Siredey dans la nuit.

Dimanche 17 *décembre*. — Température du matin, 39°,4; pouls, 80.

Température à deux heures de l'après-midi, 39°,5; pouls, 80.

Température à huit heures du soir, 39 degrés; pouls, 84.

Neuf heures du matin. — M. Siredey, après avoir procédé à un examen complet du malade, rejette l'hypothèse de toute complication thoracique. Ayant constaté un empâtement douloureux et très circonscrit dans la fosse iliaque droite, il me transmet une note que je trouve à Ville-d'Avray à deux heures de l'après-midi, et dans laquelle je lis cette phrase : « Je crois que la typhlite est ce qu'il y a de plus probable. » A ce moment la température est encore élevée, et M. Gambetta ressent les mêmes symptômes de tension abdominale et d'éructation. Le régime prescrit comprend exclusivement des boissons : limonade tartrique, grogs et bouillons.

Lundi 18 *décembre*, huit heures du matin. — Température, 38°,4; pouls, 76.

Onze heures et demie. — Température, 38°,5; pouls, 80.

Six heures du soir, pendant un frisson. — Température, 38°,4; pouls, 72.

Dix heures du soir. — Température, 39°,9; pouls, 96.

M. Siredey voit le malade à huit heures du matin; il apprécie de la même manière l'état local, persiste dans le même sentiment à l'égard de ce qu'il a trouvé la veille, et conseille le même régime. Je le vois à mon tour à deux heures, et je procède d'abord à un examen du membre blessé; il n'est le siège d'aucune complication. Sa forme, son volume, ses apparences sont les mêmes que celles du membre sain, et il ne conserve plus que les macules cicatricielles de la blessure. J'écarte définitivement la pensée d'une résorption purulente, qui ne se trouvait être justifiée ni par l'état local actuel du membre, ni par la marche absolument apyrétique de la blessure, ni par les conditions antérieures qui ont été celles d'une réparation tout à fait heureuse, sans production de pus, ni enfin par les nouveaux symptômes qui se produisent depuis deux jours. Toute l'attention doit se concentrer désormais sur les accidents qui ont pour point de départ la cavité abdominale, et rendez-vous est pris avec M. Siredey pour que nous ayons le lendemain une conversation à ce sujet. Aujourd'hui d'ailleurs la tuméfaction persiste malgré la purgation de la veille, qui a produit trois évacuations abondantes. M. Gambetta est fatigué et cherche à reposer.

A six heures moins un quart, il se produit pour la première fois un frisson assez intense de vingt-cinq minutes de durée, suivi d'une forte impression de chaleur et de quelques efforts de vomissements. M. Lannelongue est appelé dans la soirée, et trouve une température de 39°,9. A dix heures du soir, le malade est dans une abondante transpiration. Il est ordonné 50 centigrammes de quinine après l'accès, et une dose pareille pour le lendemain matin à la première heure.

Mardi 19 *décembre*, huit heures du matin. — Température, 36°,5; pouls, 76.

Midi. — Température, 36°,4; pouls, 72.

Trois heures. — Température, 36°,5; pouls, 72.

Six heures. — Température, 39°,9; pouls, 80.

Dix heures du soir. — Température, 38°,1; pouls, 72.

Nous nous réunissons avec M. Siredey pour visiter le malade à huit heures du matin. Il a eu dans la nuit un nouveau frisson très intense d'une demi-heure de durée, suivi d'une forte chaleur, d'une évacuation d'urine abondante et aussi d'une transpiration considérable. On lui a fait prendre 50 centigrammes de quinine immédiatement après ce second accès; puis il a dormi jusqu'à notre arrivée, et nous le trouvons calme et reposé. La température est basse, 36°,5, le pouls est à 76, la langue est très humide. L'examen attentif de la cavité abdominale donne les résultats suivants : le ventre est souple et d'un aspect uniforme; l'exploration de la fosse iliaque droite est facile et fort peu douloureuse superficiellement; on constate dans sa partie la plus élevée, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'épine iliaque supérieure, un empâtement très profond et douloureux à la pression, de forme allongée et cylindrique, ressemblant à un boudin. Cet empâtement suit le trajet du côlon ascendant et cesse d'être senti au delà d'une longueur de 4 à 5 centimètres environ. La percussion en révèle aussi l'existence; il y a là une submatité circonscrite, séparée de la matité du foie par une zone transversale sonore d'un pouce environ; l'inspection de ce dernier organe permet de le considérer comme sain et plutôt d'un petit volume. En explorant la région lombaire on ne découvre rien d'anormal; une pression forte au niveau du rein ne réveille pas de sensibilité. Les mouvements du membre inférieur de ce côté sont tout à fait libres. Les urines examinées avec soin révèlent l'existence d'une assez forte proportion d'albumine, elles sont très épaisses, de couleur betterave et jumenteuses (voyez l'analyse de l'urine).

Nous eûmes avec M. Siredey un long entretien qui nous amena à conclure à l'existence d'une pérityphlite que paraissait rendre indéniable la constatation d'un engorgement péricæcal.

Régime lacté, boissons fraîches, limonade et eau de Vichy 1 gramme de sulfate de quinine dans la journée.

A trois heures, petit frisson ou plutôt sensation de froid légère et de courte durée, chaleur et sueur consécutives.

Visite de M. Lannelongue à six heures du soir. La température est élevée, 39°,9, la chaleur grande; le ventre est dans le même état et le malade n'y ressent aucun élancement, aucune douleur spontanée; les mouvements du membre inférieur du côté droit sont absolument libres.

Entre sept et huit heures, il se produit plusieurs petites impressions de froid; le malade a une expectoration assez abondante et quelques nausées. A partir de dix heures, sensation de bien-être très marquée et sommeil à la suite.

Mercredi 20 *décembre*, huit heures du matin. — Température, 36°,2; pouls, 68.

Une heure du soir. — Température, 37°; pouls, 72.

Trois heures, immédiatement après un frisson. — Température, 39°,7; pouls, 84.

Huit heures du soir. — Température, 37°,5; pouls, 76.

Huit heures du matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. La nuit a été excellente, le sommeil prolongé. M. Gambetta se trouve très bien, il ne souffre pas du ventre; l'examen que nous en faisons ne révèle que de la sensibilité à une pression assez forte toujours dans le même point; l'état local a la même apparence que la veille. La quantité des urines rendues est normale, elle était moindre hier; elles sont beaucoup plus limpides et toujours albumineuses (1).

Régime lacté, quelques bouillons, eau rougie. 1 gramme de sulfate de quinine dans la journée.

A deux heures de l'après-midi, frisson assez intense, longue période de chaleur suivie de sommeil, transpiration moins abondante. Pendant le frisson, vomissement du grog ingéré. Dans la soirée, le malade se trouve bien, il ne se plaint aucunement, il a eu d'assez longs moments de sommeil et quelques bourdonnements d'oreille provoqués par la quinine.

En dehors de nos conversations du matin et du soir, nous eûmes souvent à Paris de longs entretiens avec M. Siredey sur la situation de M. Gambetta; elle nous occupa une partie de la soirée de ce jour. Le fait de l'existence d'une pérityphlite ressortit de notre discussion comme la donnée la plus

(1) A partir de ce jour, les urines sont toujours restées à peu près limpides, suffisamment abondantes, contenant constamment de l'albumine, nous n'en parlerons plus et nous renvoyons aux analyses chimiques et histologiques faites.

certaine; mais le mode d'invasion, l'intensité des frissons et des accès fébriles auxquels succédait une chute de la température jusqu'au degré normal et une rémission complète, le bien-être du malade dans les intervalles apyrétiques, ne nous parurent pas suffisamment en harmonie avec l'idée d'une inflammation franche, légitime, d'un type régulier et continu. Pour la première fois, nous parlâmes d'une perforation extra-péritonéale de l'intestin comme cause première des accidents; l'hypothèse d'une ulcération, d'une fissure, qu'un corps étranger venu de l'intestin aurait déterminée dans ses parois fut nettement posée, et nous dessinâmes sur le papier les adhérences qui devaient exister et dont nous supposions en tous cas la possibilité.

Jeudi 21 *décembre*, huit heures du matin. — Température, 36°,4; pouls, 68.

Deux heures et demie. — Température, 39°,4; pouls, 76.

Neuf heures du soir. — Température, 39°,9; pouls, 80.

22 *décembre*, quatre heures du matin.—Température, 39°,5; pouls, 84.

Huit heures du matin. — Visite de MM. Siredey, le professeur Cornil et Lannelongue.

Le malade se trouve très bien et nous parle de l'excellente nuit qu'il a passée. Notre examen nous fait reconnaître un ballonnement du ventre plus marqué que les jours précédents. La pression est plus douloureuse que la veille, et nous observons que l'empâtement descend encore vers l'épine iliaque supérieure, tout en restant profond et séparé de la paroi abdominale par une zone sonore; cet empâtement est dur et la peau du ventre n'offre ni œdème, ni rougeur apparente. M. Cornil prend les urines pour faire l'examen des dépôts qu'elles renferment.

On prescrit un lavement au miel de mercuriale, 60 centigrammes de sulfate de quinine, la continuation du lait, de l'eau de Vichy avec ou sans vin. Il survient dans la journée deux très courtes sensations de froid suivies d'une élévation de température et, dans la nuit, à quatre heures du matin, un véritable frisson moins fort que ceux du début. Le lavement a amené une évacuation abondante suivie d'un excellent repos.

Vendredi 22 *décembre*, matin. — Température, 36°,8; pouls, 72.

Soir. — Température, 37°; pouls, 72.

Visite de MM. Siredey et Lannelongue. A la suite du frisson de la nuit, le malade a reposé et son état général est satisfaisant au moment de notre visite, la physionomie est bonne et la langue très humide.

L'empâtement iliaque est dans le même état; il n'y a ni œdème superficiel, ni induration de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, tout se passe plus profondément. M. Gambetta nous dit qu'il a ressenti la veille au soir quelques petites douleurs spontanées. Les mouvements du membre inférieur droit sont complets et faciles, il n'y a pas d'œdème de ce membre.

M. Gambetta refuse une consultation que lui offre M. Siredey dans les termes les plus amicaux.

Un verre d'eau de Pullna, cataplasmes, onctions sur la partie engorgée avec la pommade mercurielle belladonée, sulfate de quinine 60 centigrammes.

Sommeil d'une à quatre heures, et bien-être pendant toute la soirée.

Dix heures du soir. — Petite évacuation, puis frisson de moindre intensité que les précédents, suivi de chaleur.

Samedi 23 *décembre*, matin. — Température, 36°,2; pouls, 72.

Soir. — Température, 38 degrés; pouls, 80.

Le malade a désiré dans la soirée de la veille voir M. le professeur Charcot; la réunion a eu lieu à huit heures du matin. La fin du jour précédent et la nuit ont été très bonnes; M. Gambetta a longuement dormi. M. Charcot trouve un état général dans de bonnes conditions, la physionomie favorable, la langue humide. Le ventre étant moins distendu par les gaz, l'exploration de la fosse iliaque est facile et M. Charcot reconnaît que la partie inférieure et interne est libre; il n'en est pas de même en dehors et en haut où existe un empâtement qui occupe le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant; c'est la portion postérieure de ces organes qui semble atteinte ainsi que le tissu graisseux sur lequel ils reposent. Actuellement, selon M. Charcot, l'affection serait une pérityphlite primitive se propageant sur le côlon, et il prononce le nom de péricolite concomitante. Il n'y a aucun indice de suppuration, ni œdème, ni fluctuation, ni douleurs spontanées. L'opinion du professeur Charcot confirme et précise le diagnostic posé par les médecins ordinaires.

En face de l'engorgement profond, on décide l'application d'un large vésicatoire qui ne devra produire que de la rubéfaction de la peau et ne sera laissé en place que trois heures. On prescrit 25 centigrammes de calomel en trois paquets. Lait, eau rougie, grogs, bouillon et même potage si l'amélioration persiste (1).

La journée du samedi a été bonne et le malade a dormi à plusieurs reprises; dans la soirée, le calomel n'ayant pas agi, on donne un lavement qui est efficace.

Dimanche 24 *décembre*, matin. — Température, 37°,4; pouls, 76.

Soir. — Température, 38°,2; pouls, 80.

Visite de MM. Siredey et Lannelongue. Excellente nuit, physionomie presque normale, langue humide. Absence de douleurs et d'élancements dans le côté droit. Le vésicatoire a déterminé de la rubéfaction et une légère vésication en deux points. Le malade désire un œuf frais pour son déjeuner; lait et bouillon dans la journée, lavement purgatif dans la soirée.

Lundi 25 *décembre*, matin. — Température, 36°,8; pouls, 76.

Soir. — Température, 38°,6; pouls, 80.

La nuit dernière a été fort calme, avec du sommeil. M. Gambetta a pris le matin un verre d'eau de Pullna qui n'amène pas d'évacuation dans le jour; le soir un lavement est suivi d'abondants effets. Le malade prend un œuf et du vin à son déjeuner, du lait et de l'eau vineuse dans le jour. A cinq heures, il reçoit la visite de MM. Charcot et Siredey qui constatent que l'empâtement est un peu descendu vers l'épine iliaque supérieure et qu'il se prolonge en arrière; la pression lombaire ne détermine aucune douleur. Il n'y a pas eu de nouveaux frissons depuis le 22 décembre à dix heures.

Mardi 26 *décembre*, matin. — Température, 38 degrés; pouls, 80.

Soir. — Température, 38°,2; pouls, 80.

Visite de M. Siredey dans la matinée, de M. Lannelongue à trois heures.

M. Gambetta a eu un sommeil ininterrompu de dix heures à huit heures du matin; il a pris entre huit et dix heures 25 centigrammes de calomel en trois doses; à midi on lui donne un œuf frais et un demi-verre de vin. Plus tard, sommeil d'une à deux heures; à son réveil, léger frisson suivi de chaleur à la tête; à trois heures, il prend 50 centigrammes de sulfate de quinine. M. Lannelongue le visite à quatre heures et procède à un examen approfondi.

Le ventre présente un tympanisme prononcé qui gêne le malade depuis quelques moments; sur la place occupée par le vésicatoire existe une inflammation de la peau assez prononcée avec rougeur et œdème (c'est la première fois

(1) A l'issue de la consultation, ce jour-là comme les jours suivants, les médecins rédigèrent un bulletin intentionnellement favorable. Ils n'ignoraient pas que M. Gambetta, dans sa lecture quotidienne des journaux, tenait à savoir ce qui était dit de sa santé.

qu'on constate ce phénomène nouveau, mais il perd de sa valeur clinique, car il n'existe qu'à la place même du vésicatoire). L'empâtement profond se présente dans les mêmes conditions que la veille; il se prolonge un peu en dehors dans la paroi latérale de l'abdomen; la fluctuation y est recherchée avec soin dans tous les sens, elle n'y est pas rencontrée. Par la percussion, on trouve de la sonorité partout, même dans les points de la paroi qui font suite à l'induration profonde; mais la sonorité y est moins éclatante. L'empâtement est plus sensible qu'hier et non seulement on réveille par la pression une douleur profonde, mais il existe une sensibilité de la peau très évidente au niveau de la cutite; les ganglions inguinaux sont douloureux. La pression au niveau du rein ne réveille pas de douleur; M. Gambetta a souffert spontanément dans le côté, il est un peu affaissé. Un lavement pris le soir amène une évacuation.

Mercredi 27 *décembre*, matin. —Température, 38 degrés; pouls, 80.

Soir. — Température, 39 degrés; pouls, 80.

Visite de MM. Siredey et Lannelongue. La nuit a été un peu agitée et le sommeil très interrompu. Le malade accuse quelques douleurs superficielles dans le côté, dans la racine du membre et jusque dans la jambe; il tient plus volontiers le membre inférieur droit fléchi sur le bassin et dans la rotation en dedans. Quand on lui demande d'étendre ce membre, il le fait sans douleur, mais il le ramène dans la flexion; il y a incontestablement un certain degré d'irritation du psoas.

Même état local qu'hier, pas de fluctuation, sub-sonorité sur la paroi latérale correspondante à l'engorgement. La surface du vésicatoire est rosée et œdémateuse, on voit quelques traînées qui vont vers le pli de l'aine. Le malade a pris du chocolat au lait à son déjeuner, du lait et deux grogs dans la journée. Le soir, évacuation après un lavement purgatif.

Jeudi 28 *décembre*, matin. —Température, 38 degrés; pouls, 80.

Soir. — Température, 38°,8 ; pouls, 100.

Consultation de MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Ficuzal et Lannelongue.

Matin. — Le malade a passé une bonne nuit et il se sent reposé; il prend deux verres d'eau de Pullna à huit heures qui amènent dans la journée une évacuation abondante de matières liquides et de gaz. Le régime alimentaire s'est composé de lait, de vin et de grogs. A cinq heures du soir a lieu la consultation.

Les médecins réunis, après avoir discuté toutes les hypothèses que pouvait suggérer l'état du malade, furent unanimement d'accord sur les conclusions suivantes:

L'existence de la pérityphlite est incontestable; toute autre hypothèse doit être écartée; les probabilités en faveur d'une suppuration autour du gros intestin, dans le tissu cellulo-graisseux sur lequel il repose, sont très grandes. Les résultats fournis par la recherche attentive de la fluctuation était absolument négatifs, il n'existe en aucun point de collection purulente. Peut-être y a-t-il une infiltration de pus? La sonorité intestinale déborde de toutes parts, même en arrière, l'empâtement profond.

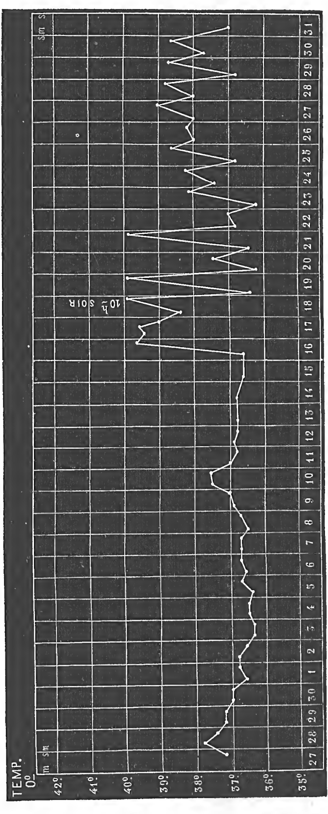
Ces conditions réunies interdisent une intervention chirurgicale qui serait pleine de périls sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable.

Vendredi 29 *décembre*, matin. — Température, 36°,8; pouls, 100.

Soir. — Température, 38°,7; pouls, 108.

Matin. — La nuit a été médiocre, pas d'agitation, mais peu de sommeil. Un verre d'eau de Pullna.

Cinq heures. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. L'expression faciale est calme, mais la langue est sèche pour la première fois, la peau est fraîche, le ballonnement du ventre est toujours prononcé et le malade a eu deux éva-



cuations dans la journée. L'examen local montre un érysipèle fort étendu, couvrant la partie latérale droite de l'abdomen et le tronc du même côté depuis l'angle inférieur de l'omo-

plate jusqu'à la racine de la cuisse, qui est aussi envahie en arrière; un bord abrupt et un liséré rouge limitent le gonflement de la peau. Sous cet érysipèle on ne distingue pas de partie plus saillante, et une recherche attentive et modérée de la fluctuation est absolument négative. Les ganglions de l'aine sont douloureux. Toute la région est déjà depuis quelques jours fortement saupoudrée d'amidon et recouverte d'une forte épaisseur d'ouate. On donne au malade, plus affaissé aujourd'hui, une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina et il prendra plus fréquemment des grogs et des vins généreux.

Samedi 30 *décembre*, matin. — Température, 37°,7; pouls, 108.

Soir. — Température, 38°,6; pouls, 110.

Matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. La nuit a été mauvaise et le sommeil interrompu sans qu'il y ait eu cependant du délire. La bouche est amère et la langue sèche, la peau est moite; le malade a pris sa potion au quinquina, mais il a vomi la dernière cuillerée; la rougeur de l'érysipèle est moindre et le gonflement de la peau peu accusé, le ventre est aussi plus souple. M. Gambetta ne paraît pas inquiet, il semble moins absorbé qu'hier et nous parle de l'insomnie de la nuit; la parole est facile, mais la voix est moins forte, et le nombre des respirations s'élève à 34 par minute. Thé au lait, lait additionné de kirsch, grogs.

Quatre heures du soir. — Consultation de MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey et Lannelongue, M. Paul Bert étant présent. Pendant la journée, M. Gambetta s'est montré indifférent à toutes choses, il a eu quelques moments de sommeil; il n'a ressenti aucune douleur, il est toujours gêné par les gaz et a eu un vomissement.

Les médecins qui ont pris part à la consultation donnent successivement leur avis. D'un commun accord, ils reconnaissent que la situation s'est considérablement aggravée et qu'aucune opération n'est indiquée, ni possible. Ils considèrent que les seules indications à remplir sont relatives à l'état fébrile et à la nécessité de soutenir les forces du malade (1).

Dimanche, 31 *décembre*, matin. — Température, 37 degrés; pouls, 120. 40 respirations par minute.

Huit heures. — Visite de M. Siredey. Nuit calme et dans l'affaissement jusqu'à cinq heures du matin. A ce moment, M. Gambetta est pris d'un délire léger, qui reparaît à plusieurs reprises jusqu'à sept heures et demie; un peu plus tard, il a le hoquet pendant quelques instants. La faiblesse est grande, il n'éprouve d'ailleurs aucune souffrance. On lui donne du café, il le rejette; on recommande l'usage du vin de champagne et l'emploi plus continu de l'eau-de-vie et du rhum.

Une heure. — Visite de M. Lannelongue. La physionomie du malade est calme, mais le visage présente une teinte légèrement violacée apparente sur les joues, le nez et les oreilles; la cavité buccale est extrêmement sèche et quand on adresse la parole au malade, il répond avec difficulté tant qu'il n'a pas humecté sa bouche; du reste, M. Gambetta possède toute sa lucidité et jusqu'à quatre heures, il ne se plaint d'aucune souffrance. Vers deux heures, les parties qui sont hors du lit, les mains surtout, deviennent fraîches. Le pouls oscille entre 120 et 140 et par temps il a quelques irrégularités; le nombre des respirations est de 38 à 40. L'état du ventre est toujours le même, l'érysipèle semble éteint.

Le vin de Champagne est mal toléré; il est recommandé de ne plus employer que le thé fortement additionné de rhum, les grogs à l'eau-de-vie et de réchauffer le malade avec des boules d'eau chaude.

(1) Il fut rédigé pour la soirée un bulletin favorable. Les médecins étaient surtout préoccupés d'éloigner toute inquiétude de l'esprit de M. Gambetta, qui, le matin même, s'était fait communiquer les journaux.

Dix heures du soir. — M. Lannelongue. Les symptômes alarmants se sont multipliés et s'aggravent, le malade a cependant encore sa connaissance et il répond un dernier mot à onze heures moins un quart. Le dénouement est imminent et la mort arrive sans secousse quelques minutes avant minuit.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

La santé de M. Gambetta laissait beaucoup à désirer depuis plus d'un an; fréquemment il éprouvait des malaises abdominaux dont il lui répugnait de parler, malgré les conseils de ses amis qui le voyaient souffrir. Il lui est arrivé de quitter plusieurs fois les personnes avec lesquelles il se trouvait ou de se tenir à l'écart d'une conversation, tant la douleur le dominait. Il nous a lui-même parlé de véritables *angoisses d'entrailles* qui devenaient fréquentes depuis quelque temps, et la conversation suivante qu'il a eue avec un des internes, M. Walter, chargé de le soigner, en témoigne encore plus que tous les renseignements venus de différentes sources :

« Un soir après dîner, 9 décembre, M. Gambetta fut pris » de douleurs assez pénibles au creux épigastrique, douleurs » qui furent accompagnées de pyrosis, d'éructations fré- » quentes et bientôt de nausées et de vomissements. Il me » dit alors que, souvent, après le repas, il éprouvait les » mêmes accidents; dès que ceux-ci se manifestaient, dès » qu'il éprouvait une sensation de tension à l'estomac et » quelques nausées, il sortait et marchait au grand air » pendant quelques instants, pour éviter les vomissements » qui, sans cette précaution, ne tardaient pas à se produire.

» La constipation était habituelle chez lui et, pour la com- » battre, il prenait, de temps à autre, le matin, trois verres » d'eau de Pullna. »

ANALYSES DES URINES

L'analyse des urines, faite pour la première fois le 29 novembre, surlendemain de la blessure, ne révèle ni sucre, ni albumine; elles sont chargées d'urates et contiennent en même temps 1 gramme d'acide phosphorique par litre. Pendant la durée du traumatisme, on a de nouveau plusieurs fois recherché la présence du sucre et on ne l'a jamais rencontrée, pas plus que celle de l'albumine. Les examens faits à l'hospice Brézin par M. Gilles et à Paris ont été d'accord en tous points.

Dans le cours des accidents abdominaux, on a procédé, les 19, 21 et 29 décembre, à trois analyses chimiques et histologiques dont la publication intégrale suit. Les urines, de plus, ont été examinées presque tous les matins chez le malade et elles ont constamment révélé la présence de l'albumine.

Analyse de l'urine, faite à la pharmacie Vée, le 19 décembre 1882.

Après avoir examiné l'urine de M. X..., nous avons constaté les caractères suivants :

Couleur d'un rouge orangé.

Odeur normale.

Transparence nulle, urine très trouble, dépôt abondant.

Consistance très grande, car l'urine agitée donne une mousse persistante.

Densité, 1,030 (*très élevée*).

Réaction peu acide.

Albumine. — Essai :

1° Par la chaleur, l'urine filtrée et acidulée a perdu sa transparence et il y a eu formation d'un dépôt floconneux.

2° Par l'acide nitrique fumant, l'urine filtrée s'est coagulée de suite, d'où nous concluons à la *présence de l'albumine*.

Dosage :

2gr, 18 par 1000 centimètres cubes.

Glucose. — Essai (*l'urine ayant été privée d'albumine*):

1° Par la potasse caustique, l'urine portée à l'ébullition a pris une coloration brune.

2° Par la liqueur cupro-potassique de Fehling, préalablement portée à l'ébullition, puis additionnée de quelques centimètres cubes d'urine, il y a eu réduction de la liqueur cuivrique bleue en un protoxyde rouge cuivreux.

Dosage, au moyen du saccharimètre :

12gr,375 par litre d'urine.

Urée. — Dosage, décomposition de l'urée par l'hypobromite de sodium en présence d'une solution de soude caustique:

14gr,95 par litre d'urine.

Acide urique. — Dosage (précipitation de l'acide urique par l'acide chlorhydrique fumant) :

1gr,20 par 1000 centimètres cubes d'urine.

Acide phosphorique total. — Dosage (méthode volumétrique, au moyen d'une liqueur titrée de nitrate d'uranium) :

0gr,98 par litre d'urine.

Bile et pigments biliaires. — Réaction de Gemlin. Au moyen de l'acide azotique nitreux au contact duquel on verse peu à peu l'urine soumise à l'examen, nous n'avons pas observé la formation d'un anneau verdâtre caractéristique.

D'où, *pas de bile* dans les urines.

Poids de l'extrait. — 84gr,40 par litre d'urine.

Poids des matières organiques. — 72gr,70 par litre.

Poids des sels minéraux. — 12gr,70 par litre d'urine.

Dépôt. — L'urine abandonne un dépôt rougeâtre très abondant.

Ce dépôt se dissout sous l'action de la chaleur vers la température de 45 degrés, et sous l'influence de l'*acide chlorhydrique*, ce qui caractérise les *urates* en dépôt.

Si l'on élève la température de l'urine à 60 degrés et plus, elle se trouble, c'est l'albumine alors qui se dépose.

Ainsi donc, la coloration rouge de l'urine ainsi que le dépôt sont dus à la présence des urates insolubles à la température ambiante et fixant la matière colorante, l'*uro-érythrine.*

Examen au microscope. — Ayant examiné au microscope une seule goutte de cette urine, nous avons remarqué la présence :

1° De masses amorphes d'*urate de soude;*

2° De *globules de pus*, dont les bords sont arrondis et la surface parsemée de petits noyaux, ce qui les distingue des hématies, dont il y a complète absence et dont les bords sont crénelés et ne portent qu'un seul noyau central;

3° De *tubes urinifères* (très fins et d'un très faible diamètre);

4° De cellules épithéliales.

En résumé, cette urine, d'une densité très élevée (1,030) et d'une transparence nulle, renferme et de l'albumine (2gr,18) et de la glucose (12gr,375).

La proportion d'urée est faible (14gr,95 par litre), mais il sera utile, pour vérifier cette donnée de connaître le volume d'urine émise en vingt-quatre heures.

L'acide phosphorique total est représenté par un coefficient très peu élevé (0gr,98), tandis que la quantité d'acide urique domine (1gr,20).

Enfin les *urates colorés* par l'uro-érythryne donnent un dépôt abondant et d'un rouge orangé.

Deuxième analyse due à M. le professeur Cornil, le 21 décembre 1882. — L'urine de ce matin, très chargée, de couleur rouge, présentait un léger nuage d'albumine par la chaleur et l'acide nitrique. On peut évaluer la quantité d'albumine à 25 centigrammes par litre.

Chauffée avec la liqueur de Fehling, on déterminait un changement de couleur après l'ébullition, de telle sorte qu'en regardant le tube en face de la lumière on voyait une légère couleur rouge; mais le liquide était transparent, en sorte que la quantité de sucre était à peine appréciable. L'analyse quantitative la porte à moins d'un gramme.

La densité est de 1,030.

Urée....................	29gr,460 à + 15°
Acide phosphorique.......	1gr,90

Dans le sédiment examiné au microscope, il y avait quelques globules rouges, mais un beaucoup plus grand nombre de globules blancs, des cellules venant de la vessie et une quantité considérable de petits dépôts d'urate de soude. On a cherché spécialement les cylindres dans cinq ou six gouttes du dépôt, il n'en a été vu que deux bien nets, bien caractérisés. Il ne faut pas leur attribuer une grande importance si l'albumine ne se reproduit pas et s'il n'y a rien de nouveau dans les urines.

Troisième analyse faite à la pharmacie Vée, le 29 décembre 1882.

Après avoir examiné l'urine de M. X..., nous avons constaté les caractères suivants :

Couleur d'un rouge jaune.

Odeur un peu forte.

Transparence très grande, pas le moindre dépôt.

Consistance très grande, car, par l'agitation, l'urine mousse avec persistance.

Densité, 1,022.

Réaction très acide.

Albumine. — Essai :

1° Par la chaleur, l'urine un peu acidulée a perdu sa transparence et il y a eu formation d'un dépôt floconneux assez abondant;

2° Par l'acide nitrique fumant, l'urine a donné un coagulum très sensible.

Dosage (précipitation de l'albumine par la chaleur) :

1gr,42 par 1000 centimètres cubes.

Glucose. — Essai :

1° Par la potasse caustique, l'urine portée à l'ébullition n'a pas pris une coloration brune;

2° Par la liqueur cupro-potassique de Fehling préalablement portée à l'ébullition, puis additionnée de quelques centimètres cubes d'urine, il n'y a pas eu réduction de la liqueur cuivrique bleue en un protoxyde rouge cuivreux.

D'où nous concluons à l'*absence totale de glucose.*

Urée. — Dosage (décomposition de l'urée par l'hypobromite de soude en présence d'une solution sodique) :

15gr,92 par litre d'urine.

Acide urique. — Dosage (précipitation de l'acide urique par l'acide chlorhydrique concentré).

(L'urine remise était en trop faible quantité pour me permettre le dosage de l'acide urique.)

Acide phosphorique total. — Dosage (méthode volumétrique, au moyen d'une solution de nitrate d'uranium) :

2gr,54 par litre d'urine.

Bile et pigments biliaires. — Réaction de Gemlin. Au moyen de l'acide azotique nitreux au contact duquel on verse peu à peu l'urine soumise à l'examen, nous n'avons pas vu se former un anneau verdâtre caractéristique, d'où nous concluons à l'*absence de bile.*

Poids de l'extrait. — 69gr,40 par litre d'urine.

Poids des matières organiques. — 59gr,60 par litre d'urine.

Poids des sels minéraux. — 9gr,80 par litre d'urine.

Dépôt. — L'urine est très limpide et ne laisse aucun dépôt, et cependant, après avoir décanté cette urine, nous avons

examiné une seule goutte de ce qui restait au fond de l'éprouvette. Nous avons remarqué la présence :

1° De quelques cellules épithéliales;

2° D'*un seul* globule de pus.

Coloration de l'urine. — Nous avons recherché quel était le pigment de cette urine colorée en rouge jaune. D'après nos expériences, on ne doit l'attribuer ni aux *acides biliaires*, ni à l'*urobiline* dont je n'ai pu constater les moindres traces à l'aide de réactifs appropriés.

Indican. — Mais, après avoir acidulé l'urine par l'acide chlorhydrique et laissé quatre heures en contact, l'urine s'est colorée en *violet;* le dépôt que j'ai recueilli sur un petit blanc était aussi *violacé*, il y avait même des *points bleus*.

En lixiviant ce dépôt par l'alcool à 60 degrés, j'ai obtenu un liquide *rouge;* puis, en le traitant par le chloroforme, un liquide *bleu* s'est écoulé; le liquide rouge, c'est de l'*indirubine*, et le liquide bleu, de l'*indigotine* résultant de la décomposition de l'indican.

Or, d'après mes observations, et en me rapportant à cinq analyses où j'ai constaté l'indican, les diagnostics ultérieurs des médecins ont indiqué einq fois que le malade était atteint de carcinomie soit de l'intestin, soit de l'estomac. Il y aurait donc lieu de s'enquérir de ces résultats, et je n'ai d'autre but que celui d'attirer l'attention de ce côté.

En *résumé*, cette urine renferme de l'*albumine* (1gr,42) seulement; pas de glucose.

De plus, la coloration rouge jaune de l'urine est anormale et due à la présence de l'*indican*.

Dissection de la main blessée.— Les doigts ont leur volume normal; la face dorsale de la main ne présente pas d'œdème, mais les tissus mous de la paume sont un peu plus épais que du côté gauche. On a quelque peine à distinguer l'orifice d'entrée du projectile; une teinte plus blanchâtre l'indique seulement. L'orifice de sortie présente au contraire une teinte grise et un amincissement de la peau qui frappent les yeux.

La description qui va suivre portera d'abord sur la portion palmaire du trajet et il est utile d'indiquer que la dissection de la main a été faite couche par couche, en procédant d'une incision médiane qui a respecté les orifices d'entrée et de sortie de la balle.

La couche sous-cutanée et l'aponévrose palmaire sont intimement unies à la peau au niveau de l'orifice d'entrée par de très fortes adhérences; l'aponévrose palmaire est épaissie, et elle présente, en outre, une teinte noire ecchymotique qui la recouvre vers le poignet dans une étendue de 2 à 3 centimètres; le sang est infiltré dans l'épaisseur même de cette aponévrose au milieu des faisceaux fibreux.

Sous l'aponévrose palmaire, le projectile a rencontré l'arcade palmaire superficielle, à l'angle même de sa courbure, en face du tendon de l'index, à 3 millimètres en dehors du tronc commun des collatérales de l'index et du médius. A ce niveau, le tronc de l'artère ne peut plus être disséqué, elle se résout en tractus fibreux et disparaît dans une gangue inflammatoire qui unit la face profonde de l'aponévrose à la face externe de la gaine des tendons.

La paroi antérieure de la grande gaine ou gaine interne des tendons fléchisseurs est très épaissie dans toute son étendue et on n'y reconnaît le trajet du projectile qu'à des adhérences superficielles avec l'aponévrose et la peau, ou profondes et en regard de la cicatrice cutanée. Le siège anatomique du trajet dans la paroi de la gaine est placé dans l'angle de bifurcation des troisième et quatrième branches du nerf médian. A ce niveau, la surface interne de la gaine présente des adhérences avec le tendon superficiel du doigt indicateur. Ce tendon est légèrement éraillé à sa surface et présente quelques ecchymoses; il est accolé au tendon du médius dans une étendue de 1 centimètre; en séparant ces deux tendons, on reconnaît que celui du médius a été traversé d'avant en arrière par le projectile. Deux fissures longitudinales s'y dessinent en effet, l'une en avant et en dehors, l'autre en arrière et en dedans, et lorsqu'on en écarte les bords, on met à découvert une cavité placée au centre du tendon, et tapissée par une couche noirâtre.

Plus profondément le projectile a rencontré les tendons fléchisseurs profond du médius et de l'annulaire. La surface de ces tendons a été intéressée dans une étendue de 2 centimètres environ; une couleur noire ecchymotique, des déchirures visibles se remarquent dans cette partie du trajet; enfin de très fortes adhérences unissent étroitement les deux tendons.

En suivant le trajet dans son parcours ultérieur dans la gaine, on trouve qu'il gagne la paroi postérieure du canal radio-carpien immédiatement en dehors de l'apophyse unciforme de l'os crochu; il existe à ce niveau, sur la paroi postérieure de la gaine interne, une traînée noire formée par une infiltration sanguine qui s'étend jusqu'au cul-de-sac antibrachial de cette gaine. En ce point, le projectile a perforé la paroi réfléchie de la membrane séreuse et il s'est formé un épaississement fibreux assez notable. Ce noyau d'induration adhère à l'artère cubitale qui présente au même endroit une dilatation sacciforme sur sa paroi postérieure; il semble que le projectile n'ait intéressé que les membranes externe et moyenne de l'artère, et qu'une poche anévrysmale en voie de formation ait été la conséquence de l'affaiblissement de la paroi artérielle; l'une des veines cubitales a été coupée et se perd dans un caillot fibrineux assez dense. Les adhérences de l'artère cubitale à son nerf satellite ne sont plus normales, et dans une étendue de 2 centimètres environ, un tissu fibreux résistant unit ces deux organes.

Le nerf cubital présente, immédiatement au-dessus de la dilatation artérielle précédente, un renflement longitudinal et fusiforme de 12 millimètres de longueur sur 7 millimètres de largeur. Ce névrome de réparation adhère étroitement en dehors et en bas à l'artère cubitale et au tissu cellulaire adjacent qui est induré; par sa surface interne et antérieure il est intimement uni au muscle cubital antérieur.

Lorsqu'on isole ce nerf du muscle en détruisant le tissu fibreux qui les réunit, on constate à la surface du nerf une plaque ovalaire, de l'étendue d'une lentille, d'une teinte gris rose, d'un tissu plus dense qui paraît correspondre au trajet même du projectile dans le nerf. Cette plaque occupe plus particulièrement, ainsi que le renflement qui la supporte, la partie postérieure du cordon nerveux; d'autre part, la partie antérieure n'est presque pas recouverte de tissu de nouvelle formation, sa continuité est uniforme. On est donc en droit de conclure que le projectile n'a intéressé que la partie postérieure du nerf cubital.

Le muscle cubital antérieur est traversé directement de sa face profonde à sa face superficielle à 3 centimètres et demi au-dessus de son insertion à l'os pisiforme. De résistantes adhérences l'unissent à la peau en ce point.

Puis, le projectile a parcouru dans la couche sous-cutanée un trajet de près de 3 centimètres environ avant d'arriver à l'orifice de sortie qui occupe le bord cubital au point indiqué dans l'observation.

Dans la main, la région de l'éminence hypothénar n'offre aucune altération; dans l'éminence thénar, au contraire, ainsi que dans le premier espace interosseux, il existe sous la peau une forte infiltration sanguine encore aujourd'hui très reconnaissable, avec des foyers sanguins en voie de transformation. — La gaine du fléchisseur propre du pouce est normale.

En résumé, le projectile a produit les désordres suivants : il a ouvert la grande gaine des fléchisseurs dans le milieu de la paume de la main et il en a parcouru toute la cavité jusqu'à son extrémité antibrachiale. Dans ce trajet, le tendon superficiel de l'index a été légèrement atteint, le tendon


Fig. 1
M
I
A
N
Fig. 2
C
M
N
P
F
D
E

superficiel du médius a été traversé, les tendons profonds du médius et de l'annulaire, entre lesquels la balle a cheminé dans une longueur de 2 centimètres, ont été lésés à leur surface et très contus. Avant de pénétrer dans cette gaine le projectile a coupé l'arcade vasculaire superficielle; à sa sortie il a légèrement atteint l'artère cubitale et incomplètement coupé le nerf cubital. Le trajet est cicatrisé dans toute son étendue, et nulle part il n'y a trace de suppuration.

Le décès a eu lieu le 31 décembre à onze heures cinquante-cinq du soir. Vingt-quatre heures après, M. Talrich a fait une injection conservatrice à base de chlorure de zinc. Au moment de l'autopsie, les altérations cadavériques dues à la putréfaction et celles causées par le liquide injecté étaient tellement prononcées que la plupart des organes étaient modifiés dans leur aspect microscopique et que l'examen histologique de la plupart était tout à fait impossible.

AUTOPSIE FAITE A NEUF HEURES ET DEMIE LE 2 JANVIER EN PRÉSENCE DE MM. PAUL BERT, BROUARDEL, CHARCOT, CORNIL, TRÉLAT, VERNEUIL, LANNELONGUE, SIREDEY, DUVAL, FIEUZAL, LABORDE, GILLE, GIBIER.

La rigidité cadavérique a disparu. Sur aucune partie du corps il n'existe de traces de violences si ce n'est sur la peau du membre supérieur droit.

Dans la paume de la main, au croisement du pli de l'éminence thénar et d'une ligne transversale partant de la base du pouce, on trouve une cicatrice blanchâtre, à peine visible, recouverte d'épiderme. Au côté interne de l'avant-bras, à cinq centimètres au-dessus de l'aphophyse styloïde du cubitus, il existe une cicatrice rosée, un peu irrégulière à ses bords, mesurant cinq millimètres dans son plus grand diamètre. Le bras blessé est identique à celui du côté opposé par son volume, sa consistance, son degré de conservation, et par la couleur de la peau.

Les veines du membre supérieur droit sont normales.

La peau de la région abdominale porte à droite, dans la région du flanc, les traces d'un vésicatoire. L'épiderme est soulevé par places, sur l'abdomen, les cuisses, le dos, etc., par de larges phlyctènes dues à la putréfaction cadavérique. Il n'y a, du reste, aucune trace de solution de continuité ancienne ou récente de la paroi abdominale.

A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'écoule une grande quantité de liquide employé pour l'injection conservatrice.

Les méninges cérébrales se décortiquent avec une grande facilité.

Le cerveau est sain, il pèse 1160 grammes. Le cerveau a été remis à M. Duval, président de la Société d'anthropologie.

Le cœur est de volume normal; il pèse 400 grammes. Le tissu cellulo-adipeux situé sous le péricarde viscéral autour du cœur n'est pas notablement plus épais qu'à l'état normal. L'aorte, au-dessus des valvules sygmoïdes, offre à considérer une petite plaque athéromateuse calcifiée de sept à huit millimètres de diamètre. La paroi musculaire du cœur n'est pas épaissie, les valvules sont saines.

Les plèvres contiennent un peu de liquide provenant de l'injection conservatrice.

Les poumons sont absolument libres, sans adhérences à la plèvre pariétale. Ils sont légèrement emphysémateux; ils ne montrent aucune trace de lésions pathologiques anciennes ou récentes; pas d'abcès, pas de nodules tuberculeux.

Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la paroi de l'abdomen est épais de quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, de huit centimètres au-dessous; il présente dans la région hypogastrique des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées.

Le péritoine contient des gaz fétides et une petite quantité de liquide séro-purulent collecté dans les parties déclives. La surface du péritoine pariétal est à peine rosée et sans trace de fausses membranes fibrineuses. Les anses de l'intestin sont libres d'adhérences et ne présentent pas non plus de fausses membranes fibrineuses.

Le foie pèse 1920 grammes. Il est lisse à sa surface, gras, sans cicatrices ni épaississement général ou partiel de la capsule de Glisson. Il ne contient pas d'abcès.

Le fond de la vésicule biliaire est uni par une adhérence au côlon transverse. Elle est remplie de bile et ne contient pas de calculs. Sa paroi est notablement épaissie.

La rate pèse 230 grammes. Elle ne contient pas d'abcès.

Les reins se décortiquent facilement; le rein gauche pèse 200 grammes; le droit 160 grammes. Leur surface est lisse, leur apparence normale. Ils ne renferment pas d'abcès.

L'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus par des gaz. Les gaz contenus dans le cæcum se déplacent facilement par la pression et remontent alors dans le côlon ascendant. Ce dernier est moins dilaté que le cæcum. Le côlon ascendant présente, un peu au-dessus du cæcum, un pli transversal, sorte de rétrécissement relatif déterminé par la pression du côlon transverse.

La partie postérieure du cæcum est unie à la paroi abdominale par des adhérences résistantes et anciennes. En décollant le cæcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulente anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant environ deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit, en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du muscle psoas et il envoie en bas un prolongement long de trois à quatre centimètres dans le petit bassin. En dehors, ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. En continuité avec ce foyer, il existe, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la région du flanc droit, des îlots disséminés de tissu cellulaire sphacélé, jaunâtre, tels qu'on les rencontre dans le phlegmon diffus.

La partie terminale de l'iléon, le cæcum et le côlon ascendant ont été enlevés pour être examinés en détail. Le cæcum étant ouvert, on voit la valvule iléo-cæcale proéminente, analogue par sa configuration au museau de tanche (voy. fig. 1, A). La saillie qu'elle forme mesure de 3 à 4 centimètres. Au lieu d'être constituée par deux valves minces, au contact l'une de l'autre, la valvule iléo-cæcale présente un bord circulaire, épais, induré et une ouverture étroite et plissée qui permet à grand peine l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

Lorsqu'on a ouvert l'intestin grêle et la valvule iléo-cæcale, on constate derrière le rétrécissement de celle-ci une dilatation, puis un nouveau rétrécissement à 5 ou 6 centimètres de la valvule.

On peut voir, sur la section de l'intestin grêle, que la saillie et le rétrécissement de la valvule sont déterminés par une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cæcum. La muqueuse de l'intestin grêle, en sortant du rétrécissement, revêt toute la partie externe ou cæcale du rebord épaissi de la valvule. La muqueuse, ainsi réfléchie de dedans en dehors, tapisse un anneau fibro-musculaire très résistant, semi-transparent, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui forme, pour ainsi dire, la charpente solide de la saillie de la valvule de Bauhin.

La muqueuse du cæcum et celle du côlon ascendant sont plus épaissies et plus rigides qu'à l'état normal. Dans la partie postérieure du cul-de-sac cæcal, qui est en rapport avec le foyer purulent, la surface de la muqueuse est lisse, comme

tendue et étalée. Dans le côlon ascendant, la muqueuse s'enfonce dans les plis et anfractuosités déterminés par le relief des fibres musculaires, mais on n'y trouve ni ulcérations ni perforations.

L'appendice cæcal s'ouvre dans le cul-de-sac du cæcum par une ouverture assez large. Examiné à la surface du cæcum, l'appendice est fixé d'abord au cæcum, dont il contourne l'extrémité inférieure, puis il se replie de bas en haut pour passer au-dessous et en arrière du cul-de-sac cæcal.

Dans la première partie de son trajet, qui mesure 5 centimètres (voy. fig. 2), l'appendice est recouvert, comme le cæcum auquel il adhère, par la séreuse péritonéale. Mais depuis le point où il pénètre en arrière du cæcum, jusqu'à son extrémité terminale, c'est-à-dire dans une étendue de 6 centimètres, l'appendice est situé dans le tissu cellulaire interposé au cæcum et au fascia iliaca, c'est-à-dire dans le foyer purulent rétrocæcal (1). Il est dirigé là de bas en haut; il adhère à la paroi postérieure du cæcum; il baigne dans le pus, et il est entouré d'un tissu conjonctif à faisceaux grisâtres dont les mailles sont remplies d'une sanie purulente.

La surface externe de l'appendice est grise, irrégulière, plissée. Il présente, à 2 centimètres de sa terminaison, une bosselure irrégulière due à un épaississement de sa paroi. A côté de cette induration, on voit une petite ampoule saillante (D, fig. 2) formée par une membrane très mince et molle, revenue sur elle-même et perforée à son centre en E.

Un peu au-dessus de cette perforation, qui mesure environ 1 millimètre et demi de diamètre, il en existe une autre plus petite et déprimée (F, fig. 2).

Ces deux perforations communiquent avec la cavité de l'appendice.

Lorsqu'on injecte en effet de l'eau par l'extrémité cæcale de l'appendice, on fait sortir le liquide par les deux perforations que nous venons de décrire. Pendant l'injection, l'ampoule se dilate et présente une forme hémisphérique; le liquide coule en jet par le trou qu'elle présente à son centre; lorsqu'on cesse l'injection, la membrane revient sur elle-même et s'affaisse en se plissant.

L'appendice étant ouvert dans toute sa longueur, on n'y trouve aucun corps étranger. Sa muqueuse est lisse et normale dans sa première portion, tandis qu'elle est irrégulière, grise, épaissie par places dans sa seconde portion, surtout près de son extrémité. Elle s'amincit progressivement au niveau des points perforés, qui paraissent être le fond d'ulcérations qui ont détruit peu à peu toute la paroi.

Dans le but d'élucider la question de savoir si l'épaississement de la muqueuse était ancien ou récent, j'ai fait durcir dans l'alcool absolu un fragment de l'appendice pris dans un point où sa paroi mesurait 2 millimètres. Sur les coupes perpendiculaires à sa surface, on trouve la couche des glandes en tube parfaitement conservées avec leurs cellules cylindriques normales; au-dessous des glandes, il existe une couche épaisse formée de tissu conjonctif fasciculé contenant quelques vésicules adipeuses, puis les deux tuniques musculeuses, et enfin tout à fait à la surface externe une couche assez épaisse de tissu conjonctif. Dans cette dernière et dans la couche musculeuse superficielle, on trouve une grande quantité de cellules lymphatiques interposées aux faisceaux conjonctifs et musculaires. Mais il n'y a pas de cellules rondes migratrices dans le tissu conjonctif épais, situé au-dessous des glandes, ni dans la tunique musculaire à fibres annulaires.

De cet examen, on peut conclure que la muqueuse de l'appendice était épaissie longtemps avant le début des accidents aigus qui ont déterminé la pérityphlite.

(1) Cette disposition a été signalée par la plupart des anatomistes, et par M. Sappey en particulier, comme se rencontrant quelquefois à l'état normal, même chez les enfants nouveau-nés. M. Ch. Robin l'a vue une fois sur six.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Fig. 1. — Cæcum ouvert par sa face antérieure pour montrer la muqueuse et l'orifice de la valvule de Bauhin.
A, valvule de Bauhin, dont les lèvres sont très épaissies.
B, brides ou freins de la valvule.
T, intestin grêle ouvert dans une partie de sa longueur.
N, muqueuse du cæcum.
M, tissu cellulo-adipeux situé à la surface de l'intestin.
(Le dessin est réduit d'un quart.)

Fig. 2. — Cæcum vu par sa face externe.
C, portion latérale droite du cæcum recouverte par le péritoine.
De A en B, on voit la portion de la paroi postérieure du cæcum qui fait partie de l'abcès.
M, appendice iléo-cæcal.
De M en N, cet appendice est lisse à sa surface et recouvert par le péritoine.
De N en P, l'appendice qui adhère à la paroi postérieure du cæcum baigne dans le foyer purulent.
D, ampoule saillante au centre de laquelle se trouve une perforation E.
On voit en F une autre perforation.
P, extrémité de l'appendice.
(Grandeur naturelle. — Voy. ci-avant.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif. Note de M. *Vulpian.*

Si l'on verse dans une des oreilles d'un lapin quelques gouttes d'une solution aqueuse de chloral hydraté à 25 grammes pour 100, au bout de douze à quinze minutes apparaissent des troubles du mouvement. L'animal est tremblant et titubant; sa tête oscille de droite à gauche et *vice versa;* les membres se meuvent avec incertitude, et de temps à autre, surtout si on l'excite, le lapin tombe sur l'un ou l'autre de ses flancs, principalement sur le côté de l'opération. Un peu plus tard, la tête a subi une rotation assez prononcée autour de l'axe du cou, etc. Au bout de quelques heures, les troubles du mouvement sont des plus accusés, et le lendemain ils ont acquis leur maximum d'intensité. La rotation de la tête est devenue plus forte. L'animal tourne en roulant sur lui-même avec impétuosité : ce mouvement est aussi violent que celui qui est produit par les lésions d'un des pédoncules moyens du cervelet. Le lapin se déplace ainsi (son train postérieur étant dirigé vers l'observateur) du côté sain vers le côté opéré. Après quelques rotations autour de son axe longitudinal, l'animal s'arrête, la tête tournée comme il a été déjà dit, l'œil du côté non opéré regardant en haut, tandis que l'autre œil est dirigé en bas : les deux yeux exécutent des mouvements étendus de nystagmus vertical. Il n'y a pas le moindre indice de paralysie des membres, mais les muscles de la face du côté opéré sont paralysés. Dès que l'animal cherche à se déplacer ou chaque fois qu'on l'excite, le mouvement de rotation autour de l'axe du corps (roulement) se reproduit avec les mêmes caractères. Les phénomènes morbides conservent leur intensité pendant plusieurs jours, puis ils vont en s'affaiblissant peu à peu. La paralysie faciale persiste, tout aussi complète que le lendemain de l'opération.

Un des animaux opérés a succombé au bout de quelques jours. On a constaté sur lui, comme sur d'autres lapins opérés de même, que l'oreille, du côté non opéré, offrait aussi un certain degré de congestion et d'irritation; on y trouvait un peu de pus; mais l'inflammation n'avait pas pénétré plus loin que le fond du conduit auditif externe. Du côté opéré, au contraire, il s'était fait une destruction de la membrane du tympan; l'oreille moyenne était remplie de pus; les cavités de l'oreille interne étaient extrêmement congestionnées et les membranes y étaient aussi en voie de suppuration. L'examen de la surface interne du crâne, de la dure-mère, des autres membranes sous-jacentes et des diverses parties

de l'encéphale n'a pas révélé la plus légère lésion, pas même la moindre congestion locale. Le nerf facial du côté de l'opération était, dans tous les points, en voie d'altération.

Sur un lapin, on a versé quelques gouttes de solution aqueuse de chloral hydraté dans chacune des deux oreilles. Au lieu d'une tendance à la rotation en manège, on constatait une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons. Trois jours après l'opération, l'animal tournait parfois autour de son train postérieur, en rayon de roue, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, suivant qu'on l'avait poussé dans un sens ou dans un autre; dès qu'il s'arrêtait, il vacillait fortement sur lui-même pendant quelques instants; il n'offrait pas de nystagmus; les deux côtés de la face étaient paralysés.

Les mêmes expériences répétées sur des chiens et sur un cobaye n'ont donné que des résultats bien peu nets, comparativement à ce qu'on avait observé chez les lapins.

L'auteur pense que le chloral traverse très rapidement par imbibition la membrane du tympan et se met en rapport, par l'intermédiaire des membranes de la fenêtre ovale et de la fenêtre ronde, avec les canaux semi-circulaires et le limaçon. L'intensité croissante des troubles moteurs a sans doute pour cause l'augmentation progressive de l'irritation de ces parties profondes, et, en particulier, du vestibule et des canaux semi-circulaires.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1883.— PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le professeur *Benjamin Ball* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Napias* demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

M. *Dechambre* présente, de la part de M. le docteur *Bertin-San*, un *Rapport* au doyen de la Faculté de médecine de Montpellier sur l'*Institut d'hygiène* de cette Faculté.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Henrot* (de Reims), deux mémoires intitulés : *Traitement d'un goitre vasculo kystique par l'électrolyse capillaire* et *Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème;* 2° de la part de M. le docteur *Dichiara* (de Palerme), un ouvrage ayant pour titre : *Le corrente elettrica applicata a talune malattie di chirurgia e medicina.*

M. *Constantin Paul* fait hommage d'un volume intitulé : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

M. *Gariel* présente un appareil électrique, construit par M. *Chardin*.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Pour M. *Germain Sée*, le traitement de la fièvre typhoïde comporte, dans l'état actuel de la science, trois modes principaux : l'expectation, l'usage des antiseptiques, les méthodes antithermiques et antipyrétiques. Le but de son discours est d'examiner successivement ces diverses méthodes. Quant à la première, il n'y voit qu'un aveu d'impuissance, comme une sorte de résignation à laisser la maladie évoluer, en ne s'occupant que des écarts du type normal; mais ce type existe-t-il réellement? M. Germain Sée n'est pas loin de le considérer comme un «mythe». Dans l'épidémie actuelle, il est vrai, on a voulu perfectionner l'expectation simple en la qualifiant d'expectation armée; c'est jouer sur les mots; d'ailleurs les expectants ne le sont pas toujours autant qu'ils le prétendent, et souvent ils usent et abusent des médicaments de toute sorte qu'ils se voient obligés de donner. Les statistiques, a-t-on dit, sont favorables à ce mode de traitement; il faudrait d'abord qu'elles fussent établies sur un très grand nombre de malades, et que ceux-ci eussent été dans les mêmes conditions d'hygiène, dans une même ville, sous la direction du même médecin et qu'on ne se bornât pas à ne considérer que très peu de malades, en établissant ensuite un « pourcentage » tout à fait illusoire. M. Germain Sée a employé autrefois la méthode expectante, il a eu 32 pour 100 de décès. D'autre part, M. Mayet (de Lyon) a traité ses malades comparativement par l'eau froide et l'expectation, voici les résultats qu'il a obtenus :

« 984 cas ont été traités dans les hôpitaux de Lyon du 1er janvier 1874 au 30 septembre 1876. 649 ont été traités par des méthodes diverses. y compris l'expectation, et ont fourni une mortalité de 14,48 pour 100. 355 soumis aux bains froids (aux lavements froids, compresses froides), soit d'une manière régulière, soit passagèrement ou tardivement, ont fourni 36 décès, soit 10,74 pour 100. » Tout cela, ajoute M. Germain Sée, ne ressemble pas aux «fantaisies de Brand», et il ne faut pas prendre à la lettre l'axiome qu'on tend à imposer, à savoir que tout médecin qui perd un malade typhique, lorsqu'il est appelé au commencement de la maladie, est un médecin qui ne mérite pas ce nom.

Examinant ensuite les indications et les résultats de la méthode antiseptique, l'orateur range sous ce nom tous les procédés et les médicaments ayant «pour prétention» de détruire le germe de la maladie, qu'il s'agisse d'un ferment ou d'un organisme inférieur, et cela alors même que ce germe a pénétré dans l'intimité des tissus. Les parasites que l'on trouve dans la fièvre typhoïde sont de deux ordres : le micrococcus qui existe dans toutes les fièvres, et qui n'est autre chose qu'une moisissure, et les micro-organismes, les baccilli, que Klebs et Heber ont décrit sous la forme d'éléments allongés. Mais ces microbes débutent par les glandes intestinales, rarement par les alvéoles pulmonaires; ils restent dans le fond de ces glandes, s'avancent des parties profondes graduellement dans les muscles, dans les interstices lymphatiques, puis ils atteignent les ganglions mésentériques et les lymphatiques de l'abdomen; on ne peut donc pas les atteindre dans les intestins; cependant M. Colin (d'Alfort) soutient que toutes les bactéries et les baccilli n'agissent que dans les liquides en putréfaction; à ce point de vue, les antiseptiques, qui sont en même temps antiputrides, pourraient être utiles.

M. Germain Sée énumère successivement les principaux antiseptiques qui ont été ou sont employés contre la fièvre typhoïde; il suffit, dit-il, «qu'un microbe quelconque se trouve mal à l'aise dans un liquide quelconque pour que celui-ci soit considéré comme bon pour cette maladie». Chomel, Bouillaud, qui poursuivaient non les germes, mais la putridité, ont préconisé le chlore dont il n'est plus question aujourd'hui. Serre proposait le mercure sous toutes ses formes; il ne reste plus maintenant que le calomel, encore n'est-il employé que comme purgatif. De même pour les sulfites et les hyposulfates indiqués par Polli et pour l'iode essayé par Liebermeister, qui a étudié avec tant de soin la fièvre typhoïde dans son service de l'hôpital général de Bâle. Quant aux diverses substances appartenant au groupe des médicaments salicylés, l'acide phénique, l'acide salicylique, le thymol, l'acide benzoïque, la kaïrine ont, a-t-on dit, une influence sérieuse sur cette maladie; il n'est pas douteux que ce soient des désinfectants, mais ont-ils pour cela le pouvoir d'agir sur les parasites qui donneraient la fièvre? Se propose-t-on de détruire ceux-ci ou veut on empêcher la fermentation de se produire? Dans le premier cas, c'est poursuivre un but illusoire; dans le second, c'est vouloir se rallier à l'ancienne théorie de la fièvre putride. Quant à la valeur antiseptique de tous les produits employés, elle est loin d'être la même; on sait que le sublimé paraît être le plus puissant, puisqu'il agit à la dose de 1/200 000, tandis que l'acide phénique est le moins énergique puisqu'il n'agit qu'à la dose de 1/25.

M. Germain Sée passe enfin à la troisième méthode, celle des antithermiques et des antipyrétiques; dans cette catégorie se retrouvent quelques-uns des antiseptiques qui, «s'ils ne tuent pas les microbes, peuvent tout au moins tuer la fièvre», il y faut ranger l'acide salicylique, le salicylate de soude, les bains froids, mais surtout le sulfate de quinine et l'alcool. On a, il est vrai, fait remarquer M. Germain Sée, attribué certaines morts à l'action du sulfate de quinine; cela tient aux doses excessives dont on n'a pas craint de se servir; ce qu'il faut toutefois en retenir, c'est que ce médicament agit directement pour abaisser la température en diminuant le pouvoir calorigène de l'organisme, et aussi en agis-

sant sur le cœur et sur le pouls, si bien qu'on a pensé y voir un médicament cardio-vasculaire; l'alcool a une action analogue, c'est un réfrigérant antipyrétique, en même temps qu'un moyen d'épargne, soutenant l'individu pour la lutte. Faut-il parler encore de l'acide phénique, dont l'action est si fugace et si infidèle, de la résorcine, de la kaïrine, etc., qui font trop souvent payer bien cher la petite dépression du thermomètre obtenue grâce à eux.

En résumé, il importe avant tout de traiter l'hyperthermie, et il faut y attacher une importance capitale. M. Hardy, il est vrai, a signalé des malades qui avaient eu une température très élevée, jusqu'à 42 degrés, et avaient cependant guéri; M. Germain Sée voudrait savoir exactement combien cette hyperthermie a duré, si le malade n'a pas éprouvé à ce moment une cause d'excitation quelconque et à quelle heure de la journée elle s'est produite. Si elle est survenue le soir, elle ne prouverait rien; le matin, ce serait grave. Il faut, en effet, lorsqu'on veut abaisser la température d'un malade atteint de fièvre typhoïde, prendre garde que les variations de la température sont grandes aux diverses heures de la journée, de même que chez l'homme sain; il est donc préférable de chercher à diminuer cette température au moment où elle est le plus élevée, c'est-à-dire dans l'après-midi, de deux heures jusqu'à huit heures.

M. Germain Sée termine la première partie de son discours, qu'il continuera dans la prochaine séance, en faisant remarquer qu'on a longtemps considéré la fièvre comme une réaction salutaire de l'organisme, tandis qu'aujourd'hui, et avec plus de raison, on lui attribue un effet des plus graves. Pour produire cette élévation de température, il faut en effet que l'individu se consume lui-même, qu'il fabrique de l'urée en quantité exagérée, etc; et ces causes de consomption, qui durent parfois plusieurs semaines, ont une action manifeste sur tous les organes, en particulier sur les fibres musculaires du cœur, qui subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Aussi peut-on dire avec un médecin du seizième siècle, qui avait vu les Arabes traiter la fièvre par la réfrigération : La chaleur, c'est l'ennemi !

NEUTRALISANTS DU SUC TUBERCULEUX. — M. le professeur *Vallin*, candidat dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, communique le résultat des expériences qu'il a entreprises afin de rechercher dans quelle mesure l'inoculabilité du suc tuberculeux est modifiée par l'exposition à l'action des substances réputées désinfectantes. Dans ce but il s'est servi de bandelettes de papier à filtre, d'abord imbibées avec de l'eau distillée dans laquelle avaient été écrasés des fragments d'organes tuberculeux, puis desséchées à l'air libre et soumises à l'action de diverses matières désinfectantes; ces bandelettes furent ensuite humectées d'une petite quantité d'eau pure, et le liquide obtenu par expression fut injecté dans la cavité péritonéale de cobayes bien portants. Il en est résulté tout d'abord que le tubercule, neutralisé par des désinfectants énergiques, est toujours resté inoffensif et stérile; M. Vallin y voit la preuve qu'il contenait réellement un virus; quand celui-ci a été détruit, la matière caséeuse reste complètement inerte.

Quant à l'action des substances désinfectantes employées, l'auteur a trouvé que : 1° le tubercule desséché cesse d'être inoculable par l'exposition pendant vingt-quatre heures au produit de la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube, la dose de 20 grammes, soit 1 kilogramme pour une chambre à coucher moyenne, serait donc insuffisante pour détruire l'activité des principes tuberculeux qui pourraient y être contenus; 2° l'eau bouillante paraît neutraliser le suc tuberculeux, puisque l'animal inoculé avec des bandelettes de papier plongées dans l'eau en pleine ébullition est resté bien portant; 3° le sublimé en solution de 1 pour 1000 possède également la même propriété; de même les cristaux des chambres de plomb à la dose de 0gr,66 par mètre cube. De ces résultats et de divers autres détails remarqués dans le cours des expériences, M. Vallin n'oserait conclure dès à présent que des salles occupées par un grand nombre de phthisiques puissent s'imprégner à la longue et faire naître la tuberculose chez les nouveaux occupants. Mais puisqu'on trouve dans l'acide sulfureux obtenu par la combustion du soufre un moyen pratique et vraiment efficace de neutraliser les principes tuberculeux, quelle qu'en soit la nature, n'est-il pas indiqué de purifier chaque année par ces fumigations les casernes, les hôpitaux, les prisons, les écoles, comme complément du nettoyage et du badigeonnage annuels. — Le mémoire de M. Vallin est renvoyé à la section.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

La syphilis chez le singe : M. Martineau. — Hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle guérie par l'action des aimants : M. Gingeot. — L'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre et l'étiologie de la fièvre typhoïde : M. Féréol.

M. *Martineau* place sous les yeux de la Société un moulage en cire représentant les deux chancres syphilitiques qu'il a obtenus, par inoculation, chez le singe dont il a communiqué l'observation dans la précédente séance. Il rappelle que l'inoculation ayant eu lieu le 16 novembre, les chancres sont apparus vingt-huit jours après, le 14 décembre; au onzième jour de leur évolution, ces chancres, qui présentaient la coloration grisâtre de l'érosion chancreuse, ont pris une teinte rouge jambonnée et la cicatrisation s'est opérée progressivement : elle était complète le 9 janvier, c'est-à-dire au cinquante-cinquième jour après l'inoculation, et au vingt-septième ou vingt-huitième jour de l'évolution de la lésion. On voit que c'est la marche habituelle des accidents syphilitiques chez l'homme. Depuis la dernière communication de M. Martineau sur le sujet, l'adénopathie inguinale s'est accentuée, le nombre des ganglions intéressés est devenu plus considérable; en outre, vers le 27 décembre, sont apparus des ganglions indurés dans les aisselles et au-devant du larynx. Le 10 janvier, cinquante-sixième jour après l'inoculation, quatre syphilides érosives se sont montrées sur la verge, ne laissant plus aucun doute sur l'infection syphilitique obtenue ; ces plaques muqueuses ont fait leur apparition, comme dans l'espèce humaine, entre la septième et la huitième semaine. La température de l'animal, prise dans l'aisselle, n'a peut-être pas une grande valeur, par suite de l'indocilité du sujet en expérience et de la difficulté d'obtenir un chiffre thermique absolument exact; elle a varié entre 37 et 38 degrés. On a remarqué, cependant, que les mains de l'animal, ordinairement froides, étaient parfois sensiblement plus chaudes et qu'il recherchait bien moins alors la chaleur du poêle auprès duquel on plaçait sa cage.

— M. *Ferrand* fait hommage à la Société, au nom du docteur Fabre, professeur à Marseille, d'un volume de *Leçons de clinique médicale*, comprenant l'hystérie viscérale et les dilatations du cœur droit.

— M. *Gingeot* donne lecture d'une observation d'*hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle guérie par l'action des aimants*. Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans, entrée le 20 août 1882 à l'hôpital Saint-Antoine. Cette femme avait éprouvé, disait-elle, une première attaque d'hémiplégie droite en 1881 ; elle avait été guérie par l'emploi du bromure de potassium et des courants continus, mais, depuis cette époque, la céphalalgie et les vertiges avaient persisté. Lorsqu'elle fut amenée, au mois d'août, à Saint-Antoine, elle présentait une hémiplégie motrice droite, complète au niveau du membre supérieur, incomplète au niveau de la face et du membre inférieur; la sensibilité était également abolie du

côté paralysé et dans les mêmes proportions que la motilité; les piqûres faites à la peau avec une aiguille ne donnaient lieu à aucun écoulement sanguin ; en outre, on observait une perte complète de l'odorat, du goût et de l'ouïe du même côté, avec dyschromatopsie prononcée de l'œil droit. L'examen du cœur et des autres organes ne révélait aucune lésion appréciable, les artères radiales étaient manifestement athéromateuses. On prescrivit un purgatif et 2 grammes de bromure de potassium. Le 29 août, aucun changement ne s'était encore opéré dans l'état de la malade; M. Gingeot fit alors appliquer un aimant en fer à cheval, du poids de 40 livres, en contact par ses extrémités avec le bras droit. Le soir même, l'anesthésie avait un peu diminué, la malade percevait les piqûres d'aiguille, mais sans éprouver aucune douleur. On appliqua à ce moment un second aimant semblable au niveau du membre inférieur, la malade éprouva toute la nuit une céphalalgie pénible dans la région pariétale gauche, mais le lendemain la sensibilité était presque entièrement reparue et la motilité elle-même avait éprouvé une évidente amélioration ; la dyschromatopsie seule n'avait subi aucun changement. Le 31 août, la marche était possible, le 1er septembre tous les mouvements étaient normaux, enfin, la dyschromatopsie elle-même disparaissait le 7 septembre. Bien que la malade fût entièrement guérie, on continua l'application des aimants jusqu'au 12 septembre : elle quittait l'hôpital le 17.

C'est là un fait intéressant qui vient s'ajouter à ceux qui ont été déjà publiés par MM. Charcot, Laboulbène, Debove, Ballet ; l'action sur la motilité a été remarquable et rentre d'ailleurs dans la règle posée par M. Debove, puisque l'hémiplégie était accompagnée d'hémianesthésie. Le diagnostic de la lésion cérébrale elle-même peut être à bon droit discuté: la malade n'offrait aucun signe d'intoxication saturnine ou alcoolique; elle ne paraissait pas être atteinte d'hystérie, et d'ailleurs la disparition des phénomènes hémiplégiques sous l'influence de l'aimant ne s'est accompagnée d'aucun symptôme de transfert ; il semble également impossible d'admettre la simulation : l'enchaînement et la concordance des renseignements fournis par elle et des signes observés, enfin, l'absence de toute hémorrhagie lors de piqûre des téguments anesthésiés, détruisent une semblable hypothèse. M. Gingeot ne pense pas cependant qu'il s'agisse d'une hémorrhagie de la capsule interne : la répétition et la disparition rapide des accidents hémiplégiques semblent s'opposer à ce diagnostic; l'athérome observé au niveau des radiales autorise au contraire à admettre une ischémie cérébrale de même origine. On pourrait également songer à une tumeur cérébrale, mais la malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeuse, et ne paraît en rien être affectée de carcinome.

M. *Féréol*, rapporteur de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Dionis des Carrières relatif à l'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre, résume les passages les plus saillants de ce travail (voy. le numéro 822) et se rattache entièrement aux conclusions de l'auteur; il pense, en conséquence, qu'il faudrait engager les municipalités à surveiller les sources utilisées pour l'alimentation des villes, à s'opposer à tout moyen d'infection de ces eaux et à en assurer le captage dans des conditions propres à sauvegarder la santé publique.

M. Féréol rappelle, en outre, que si l'on a quelque inquiétude sur l'innocuité d'une eau potable, il suffit de la faire bouillir, puis de l'agiter, afin de l'aérer de nouveau, lorsqu'elle est refroidie, pour être assuré d'avoir supprimé tout danger d'infection. Ce procédé lui semble devoir être préféré à l'emploi longtemps continué des eaux minérales de table ; il a vu, en effet, certaines personnes, lors de la dernière épidémie typhoïdique, présenter des étourdissements et des vertiges causés par l'usage journalier de ces eaux. L'origine des diverses épidémies de dothiénentérie peut-elle d'ailleurs être toujours, comme à Auxerre, rapportée à la contamination des eaux potables? D'autres modes de diffusion du contage paraissent devoir être admis, bien que depuis longtemps déjà et dans la plupart des pays on ait incriminé les eaux employées à l'alimentation. Les émanations des fosses d'aisance, la transmission par l'air, par le contact direct, ne peuvent être absolument négligées, enfin, la genèse spontanée de la fièvre typhoïde compte un assez grand nombre de partisans, surtout dans la médecine militaire : l'encombrement, le défaut des soins de propreté, le surmenage suffiraient pour engendrer à coup sûr des foyers de dothiénentérie. Quoi qu'il en soit, les conditions d'une observation rigoureuse et d'une démonstration scientifique sont bien rarement réalisées dans les grands centres d'agglomération ; aussi faut-il encourager les recherches des médecins qui exercent en province ou dans les campagnes et accueillir avec empressement leurs travaux. En conséquence, M. Féréol propose le renvoi du mémoire de M. Dionis des Carrières au comité de publication, et l'inscription de M. Dionis sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société. — Ces conclusions sont adoptées.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande quelles sont les eaux de table dont l'usage a déterminé les accidents signalés par M. Féréol.

M. *Féréol.* Principalement l'eau de Vichy; mais aussi, bien qu'à un moindre degré, l'eau de Saint-Galmier. L'eau de Vals (source Saint-Jean) m'a paru au contraire n'avoir aucun inconvénient. Ces accidents d'ailleurs ont cédé aussitôt que l'usage de l'eau minérale a été suspendu.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer que la plupart des eaux minérales dites de table, et en particulier celles qui sont artificiellement surchargées d'acide carbonique, comme l'eau, prétendue naturelle, d'Apollinaris ou l'eau de Seltz artificielle, ont en effet des inconvénients pour la santé si leur usage est un peu prolongé. En outre, d'après les recherches de M. Gaultier, toutes les eaux renfermées dans des siphons contiennent du plomb provenant du lutage de l'appareil d'occlusion qui n'est jamais fait exclusivement avec de l'étain.

M. *Desnos* a également observé des accidents vertigineux chez des personnes faisant un usage continu d'eau surchargée d'acide carbonique.

M. *Féréol* se demande si la quantité de plomb contenue dans l'eau des siphons n'est pas trop minime pour déterminer des accidents de saturnisme.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'il n'y en a pas d'exemple ; mais cette faible quantité de plomb peut venir s'ajouter à celle que contiennent un grand nombre de substances alimentaires, telles que les conserves en boîte, l'huile renfermée dans un flacon de cristal, etc., et, par suite, atteindre une dose suffisante pour devenir nuisible à la santé. C'est du moins une question à signaler aux recherches des hygiénistes.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Rapports. — Fibromes douloureux périostiques. — Elections.

M. Richelot fait un rapport verbal sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Miot-Carpentier. Cette observation est intitulée : Ostéite suppurante de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné; arthrite tibio-tar-

sienne; amputation de la jambe au tiers supérieur; pansement de M. Alphonse Guérin, guérison.

— *M. Horteloup* lit une observation envoyée par *M. Chipault* (d'Orléans), membre correspondant: *Œdème malin des paupières; injections iodées; guérison.*

—*M. Nicaise.* Une femme de trente-sept ans entra en juillet 1882 à l'hôpital, pour une affection du genou gauche datant de dix-neuf ans. Elle avait alors reçu un coup sur la partie interne du genou; depuis, une douleur existait en ce point. On appliqua sans succès des vésicatoires, des pointes de feu, des cautères, des ventouses, etc. En 1876, le genou augmenta de volume : une tuméfaction se dessina au niveau du condyle interne; les mouvements déterminaient une vive douleur.

La malade entra à l'hôpital pour demander un soulagement à ses douleurs. Les muscles de la cuisse et de la jambe étaient atrophiés. Le condyle interne gonflé, était très douloureux. Rien dans l'articulation du genou. On avait fait de nombreuses injections de morphine pour calmer les douleurs.

M. Nicaise soupçonna une ostéite du condyle interne du fémur, et peut-être un abcès séreux. Le 18 juillet, application de la bande d'Esmarch, appareils de Lister; incision de sept centimètres suivant l'axe du membre, et deuxième incision perpendiculaire à la première. On voit sous la peau des petites tumeurs ressemblant à des névromes et faciles à enlever; on trouve de ces tumeurs même sous le tendon du triceps; elles formaient sous la peau une couche lisse, unie, adhérant au périoste, mais facile à disséquer sans découvrir l'os; leur volume variait de la grosseur d'une noisette à celle d'une lentille. A la surface de l'os étaient des petits godets creusés par ces tumeurs. En divers points, elles adhéraient à la synoviale très mince, et il fallut ouvrir l'articulation pour les enlever. Il ne parut pas y avoir lésion de l'os ni de l'article. M. Nicaise mit un drain dans la cavité articulaire, fit une suture profonde du muscle triceps avec le catgut, et une suture de la peau avec un fil de cuivre argenté. Pansement de Lister. Le 5 août, la malade était guérie; la marche est facile et non douloureuse.

A l'examen histologique des tumeurs enlevées, on a trouvé les caractères du fibrome; on doit rapprocher ces tumeurs des tubercules sous-cutanés douloureux; ce sont des fibromes douloureux. Fock a publié un exemple de fibrome douloureux du périoste.

M. Richelot a vu à l'Hôtel-Dieu une fille qui portait au condyle interne du fémur un lipome simple, mais très douloureux, de sorte qu'il fallait faire le diagnostic différentiel d'avec le névrome.

M. Charles Monod a assisté M. Verneuil dans une opération chez un homme qui souffrait beaucoup de toute la jambe qui était violacée. M. Verneuil songea à un angiome douloureux; il y avait une petite tumeur vers la tête du péroné. Une incision montra que cette tumeur était un lipome ne paraissant pas en intime connexion avec le nerf. M. Verneuil enleva le lipome et réséqua une branche nerveuse voisine; la malade fut débarrassée de ses douleurs.

—*Élection de deux membres correspondants étrangers.* — Sont élus: MM. Mosétig-Moorhof (de Vienne) et Sands (de New-York).

—*Élection de trois correspondants nationaux.* — Sont élus: MM. Cauvy (de Béziers), Demons (de Bordeaux) et Martel (de Saint-Malo).

SÉANCE DU 10 JANVIER 1883.— PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Amputation ostéo-plastique du pied. — Opération de thyroïdectomie. — Du phlegmon osseux. — Présentation d'une malade: résection du poignet.

M. *Verneuil.* M. Le Fort a présenté des clous destinés à assurer la soudure du fragment calcanéen aux os de la jambe dans l'amputation ostéo-plastique du pied; il ajoutait qu'il n'a jamais eu besoin de recourir à cette suture. Voici un homme opéré par M. Terrillon qui a une pseudarthrose; le calcanéum n'est pas soudé aux os de la jambe, ce qui rend la marche difficile à cause des mouvements de latéralité. Le moignon est parfait; mais les mouvements de latéralité conduisent à une espèce de varus.

M. *Le Fort.* Le calcanéum ne répond plus à la face inférieure du tibia. La suture des os mettrait à l'abri des pseudarthroses et des déplacements du calcanéum.

M. *Farabeuf* fait observer que le malade a plutôt subi une amputation de Brogoff avec la modification de Sédillot; les sections osseuses ont été très obliques, ce qui explique le glissement des os.

— M. *Delens* lit un rapport sur une observation de thyroïdectomie, par M. Beauregard (du Havre). Un jeune homme de vingt-huit ans avait, depuis l'âge de dix-huit ans, une tumeur du cou qui augmenta beaucoup dans les deux dernières années; elle avait atteint le volume d'une grosse orange, et était trilobée; c'était un kyste thyroïdien. Accès de suffocation; raucité de la voix. Une ponction aspiratrice donna du sang. Les troubles fonctionnels augmentant, le malade demanda une opération.

Le 5 septembre, le malade étant chloroformé, M. Beauregard disséqua la tumeur; mais le pédicule étant très large, le chirurgien le traversa avec deux tiges d'acier et fit la ligature avec un tube en caoutchouc de 5 millimètres de diamètre. Trois jours après, la tumeur était en partie sphacélée; le quatrième jour, une hémorrhagie nécessita l'application d'une chaîne d'écraseur et la tumeur fut enlevée. Le 25 septembre, la cicatrisation était presque complète. La tumeur pesait 285 grammes; elle était formée par une poche épaisse contenant des caillots sanguins.

M. Delens se demande si on n'eût pu terminer l'opération avec le bistouri, au moyen de pinces à forcipressure et de ligatures méthodiques. Pour obtenir un bon résultat avec la ligature élastique, la constriction doit être plus énergique; mais les phénomènes d'asphyxie empêchaient M. Beauregard de serrer le tube de caoutchouc. Quant à l'écraseur, pour en tirer parti, il faut opérer lentement; pour le corps thyroïde un ou deux jours ne sont pas de trop d'après Chassaignac.

M. Delens conseille d'enlever les tumeurs thyroïdiennes avec le bistouri.

M. *Richelot.* Le corps thyroïde est séparé de la trachée par un tissu cellulaire lâche, et le détachement de la tumeur est facile; il n'y a d'exception que pour les adhérences pathologiques.

M. *Farabeuf.* Un chirurgien a ouvert la trachée en disséquant en dédolant les côtés des premiers anneaux de la trachée; en ce point, les adhérences sont très intimes. Il en était peut-être de même chez l'opéré de M. Beauregard.

— M. *Polaillon* présente une femme qui a subi l'an dernier une résection complète du poignet. Cette femme scrofuleuse, était soumise au froid humide; elle eut un phlegmon diffus de l'avant-bras droit, et une arthrite suppurée du poignet. Les os du carpe étaient nécrosés. M. Polaillon fit une incision en dedans, une autre en dehors, en conservant les tendons. Enucléation des os du carpe; résection de l'extrémité du radius et du cubitus; résection de la tête des quatre

derniers métacarpiens. La malade conserve une main utile mais peu forte.

— M. *le Président* annonce que la séance solennelle annuelle aura lieu mercredi prochain 17 janvier.

—M. *Larger*. Depuis Chassaignac, les classiques distinguent l'abcès sous-périostique ou périostite phlegmoneuse d'avec l'ostéo-myélite. Le mémoire de M. Lannelongue tend à démontrer que l'affection est toujours une ostéo-myélite et par conséquent l'inanité de l'existence de la périostite phlegmoneuse. Aux faits cités par M. Lannelongue vient s'ajouter celui-ci qui est particulièrement démonstratif.

Jeune garçon de douze ans et demi. Chute antérieure ayant sans doute déterminé une entorse juxta-épiphysaire du tibia passée inaperçue. Pendant la convalescence d'une scarlatine, apparaît un point douloureux immédiatement au-dessous du cartilage conjugal supérieur du tibia, avec un peu de gonflement, fièvre légère, 38 degrés. En deux ou trois jours la douleur augmente considérablement, la fluctuation profonde se manifeste, l'œdème des parties molles reste limité à la tête du tibia, mais sans bourrelet terminal ni rougeur à la peau. L'état général, d'abord bénin, devint rapidement typhoïde.

On incise jusqu'à l'os et l'on trouve un manchon périostique de pus phlegmoneux entourant toute la partie supérieure du tibia gauche. C'étaient bien là les caractères classiques de la périostite phlegmoneuse.

Or la trépanation de l'os à ce niveau mit à nu un vaste foyer purulent occupant toute la tête du tibia, foyer qui fut complètement *évidé*. On constata l'intégrité absolue de la moelle, dont le canal était séparé du foyer purulent par une certaine épaisseur de tissu osseux sain.

Il se déclara ensuite une arthrite purulente du coude droit, et gonflement douloureux de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Aspiration, immobilisation, guérison avec enkylose. Aujourd'hui le jeune malade est complètement guéri.

Cet exemple corrobore les deux conclusions capitales du mémoire de M. Lannelongue : 1° l'innocuité de l'existence du dualisme de Chassaignac (abcès sous-périostique, ostéo-myélite) ; 2° la nécessité de la trépanation précoce de l'os, à l'endroit le plus douloureux à la pression qui est aussi celui par où débute le mal, c'est-à-dire au niveau de ce que Lannelongue a appelé le *bulbe osseux*. La maladie est donc *une;* mais le terme *ostéo-myélite* de MM. Trélat et Lannelongue est impropre; en effet : 1° la maladie peut exister même dans les os longs, et avec un caractère de gravité considérable, sans que le canal médullaire soit atteint (l'exemple ci-dessus le prouve); 2° elle existe dans les os courts et plats dépourvus de canal médullaire. L'ostéo-myélite (inflammation du canal médullaire, contenant et contenu) n'est donc qu'une complication de la maladie, au même titre que le décollement des épiphyses, l'arthrite purulente, etc... Le nom générique que l'auteur propose est celui-ci : *phlegmon osseux*. C'est en effet le phlegmon, le pus qui en est la caractéristique : l'histologie (Cornil et Ranvier) et la clinique le prouvent.

La maladie présente deux formes qui ne sont pas toujours distinctes (formes aiguë et chronique de Gosselin). La première est le *phlegmon diffus osseux*, la deuxième est le *phlegmon osseux suppuré simple ou localisé*.

Le point de départ de ces phlegmons osseux est dans le voisinage (périoste ou os) du cartilage de conjugaison ou *conjugal*, d'où le nom de : *phlegmon osseux juxta-conjugal*, terme qui a le double avantage de marquer l'*origine* de la maladie et l'*âge du sujet*. C'est une maladie *infectieuse*, *virulente* même, *à microbes* en un mot (Pasteur), d'où la nécessité de la trépanation précoce à laquelle l'auteur ajoute encore l'*évidement*. Enfin l'auteur fait rentrer dans le cadre de cette maladie les *abcès thoraciques* des jeunes soldats et les phlegmons diffus du thorax : il cite un exemple de ces derniers tiré de la pratique personnelle.

Ce qui prouve que les *abcès thoraciques* des jeunes soldats ne sont que des *phlegmons juxta-conjugaux* des côtes, c'est : 1° l'*âge;* les jeunes soldats sont à la fin de l'adolescence, époque du développement maximum du thorax (prouvé par les mensurations pratiquées dans l'armée), et où par conséquent les côtes sont le siège du travail formatif le plus considérable; 2° *les conditions de développement de ces abcès*, telles que : fatigue, surmenage, froid et humidité. Fréquence des fièvres éruptives qui ont toutes, chez les jeunes soldats, un caractère infantile (Léon Colin); 3° enfin leur siège.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Influence de la transpiration des feuilles sur l'ascension de la sève : M. Arloing. — Action de l'acide osmique sur les filaments des Sagartia : MM. Pouchet et Bergé. — Innocuité du persil pour le perroquet : M. Gadeau de Querville. — Action conservatrice des vapeurs d'éther et de chloroforme sur les substances organisées : M. Dubois. — Effets de l'électrisation faradique de l'utérus : M. Dambô.

M. *François-Franck* communique une note de M. *Arloing* sur l'influence que l'évaporation de l'eau à la surface des feuilles exerce sur l'ascension des liquides dans les faisceaux fibro-vasculaires de la plante. Cette influence, déjà bien connue, n'a pas été déterminée avec précision : c'est cette lacune qu'a cherché à combler M. Arloing en utilisant les réactions des pétioles de la sensitive, qui se produisent quand une solution de chloroforme arrive, en montant dans la tige, au contact de leur point d'implantation. Il a vu ainsi que, si l'on supprime sur une sensitive un grand nombre de pétioles communs, et si par suite on réduit l'évaporation à la surface libre de la plante, l'ascension de l'eau chargée de chloroforme et absorbée par la radicelle se fait beaucoup moins vite dans cette plante que dans une autre semblable, qui sert de témoin. Les chiffres qui expriment la différence sont, pour un cas, 3 centimètres par minute pour la sensitive munie de ses feuilles, et 6 millimètres pour la sensitive effeuillée.

Au cours de ces expériences, M. Arloing a constaté que les courants des liquides dans l'intérieur de la plante se font par des faisceaux fibro-vasculaires indépendants pour chaque pétiole.

— MM. *G. Pouchet* et *Bergé* ont eu l'occasion d'étudier l'action d'un certain nombre de réactifs sur les filaments contenus dans le corps des *Sagartia*, et qui sont pourvus de nématocystes à fils urticants. Ils ont vu que l'acide osmique et l'acide picrique ne provoquent pas l'expansion de ces filaments et les tuent, tandis que d'autres réactifs, comme l'acide acétique, en déterminent l'expansion.

— M. *Gadeau de Querville*, qui avait déjà montré, l'année dernière, l'innocuité de l'alimentation par le mouron rouge chez les petits oiseaux, établit aujourd'hui que le persil, réputé mortel pour les perroquets, est également inoffensif.

— MM. *Œksner* et *Pinet* déposent deux notes complémentaires de leurs précédentes communications sur l'action des lutidines, dont ils ont déjà entretenu la Société.

— M. *Dubois*, étudiant l'action des liquides neutres sur les substances organisées en général, a expérimenté sur des fruits, de la viande, des animaux de petite taille, l'influence des vapeurs d'éther et de chloroforme. Il a constaté qu'on peut obtenir un parfait état de conservation de ces différentes substances organiques, et montre les pièces conservées à la Société.

— M. *Dambô* expose les résultats de ses expériences sur l'électrisation de l'utérus, faite soit à travers la paroi abdominale, soit directement sur l'organe mis à nu. Il montre que l'action de l'électricité sur l'utérus est nulle à travers la

paroi abdominale; que l'application des courants faradiques ne produit que des contractions locales quand elle est faite sur les cornes utérines de la lapine, tandis qu'elle détermine la contraction générale de l'appareil utérin si elle est faite sur la partie supérieure du vagin.

L'électrisation *induite* de l'utérus, loin d'arrêter l'écoulement du sang qui se produit par une petite plaie, l'exagère considérablement : c'est donc un procédé auquel il faudrait se garder d'avoir recours dans le cas d'hémorrhagie utérine. L'auteur n'a pas examiné l'influence des courants continus.

REVUE DES JOURNAUX

Des accidents produits par la bilharzia hœmatobia, par le docteur Mackie.

Quand cet entozoaire a élu domicile dans le rectum, on observe les phénomènes morbides suivants : sentiment de pression en allant à la selle, pesanteur, gêne et douleur rectales, besoin incessant de défécation suivi de l'expulsion de quelques mucosités sanguinolentes, douleur à l'hypogastre, amaigrissement. L'exploration digitale fait découvrir des nodosités qui sont constituées par les œufs de la *bilharzia hœmatobia* et la muqueuse vascularisée, et qui permettent le diagnostic avec la dysentérie. Cette maladie peut exister en l'absence de tout trouble urinaire et sans qu'il soit possible de trouver dans l'urine des œufs d'*hœmatobia*, quelque soin qu'on apporte à son examen. (*Brit. med. Journ.*, p. 671, 17 octobre 1882.)

De l'emploi de l'essence de gaultheria contre le rhumatisme, par le docteur Kimicutt.

C'est à titre de succédané des salicylates que l'auteur préconise l'essence de gaultheria contre les accidents aigus du rhumatisme. Cette substance, qui est en grande partie constituée par du salicylate de méthyle, a été employée aux doses souvent répétées de dix gouttes. L'élimination était rapide et le chlorure de fer révélait la présence des produits salicylés dans les urines, une heure après l'administration du médicament.

La diminution des douleurs articulaires, la défervescence et la durée du séjour à l'hôpital étaient plus rapides que par l'emploi des salicylates. Les troubles gastriques étaient moins fréquents avec l'arsenic de Wintergreen qu'avec les composés salicyliques. (*The medical Record*, p. 505, 4 novembre 1882.)

Des propriétés antipyrétiques de l'alcool, par le docteur Grebe.

A la suite d'expériences sur les chiens et les chevaux, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : 1° l'alcool, administré à doses modérées à des animaux fiévreux, augmente la température d'un degré Fareinheit, cette augmentation, de courte durée, est suivie d'un abaissement notable du thermomètre; 2° à hautes doses, l'alcool abaisse la température, et cet abaissement peut être maintenu par l'administration du médicament à intervalles réguliers. Il diminue les échanges et provoque l'élévation numérique des globules rouges, dont le nombre est toujours moindre dans la fièvre, d'après les recherches de l'auteur et celles d'autres expérimentateurs. (*The medical Record*, 5 août 1882.)

Du pouls veineux normal et du système veineux dans la péricardite, par Riegel.

Recherches expérimentales, dont voici les conclusions :

1° Le pouls veineux normal de la jugulaire chez les animaux est anadicrote et catamonocrote. L'onde anadicrote répond à la diastole cardiaque et à la systole auriculaire, la branche catacrote à la systole cardiaque. Par suite, le pouls veineux normal des animaux se comporte comme celui de l'homme.

2° Même dans les cas où la pression intrapéricardique est considérablement augmentée (péricardites), les pouls veineux observés sont toujours diastoliques, présystoliques, jamais systoliques.

3° Parallèlement à l'élévation de la pression intrapéricardique, la pression artérielle descend et la pression veineuse baisse. Par contre les pouls veineux, très accusés au début, vont en diminuant à mesure que la pression intrapéricardique devient plus manifeste, et finissent par disparaître entièrement.

4° Le collapsus veineux systolique normal a sa raison d'être dans la diastole des oreilles synchrone avec la diastole cardiaque; toutefois l'on peut admettre que l'augmentation de la pression négative dans le péricarde lors de la systole, c'est-à-dire la diminution du volume du cœur, contribue à sa production. (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, t. XXXI, p. 471.)

De la périartérite noueuse, par M. P. Meyer.

Le terme de périartérite noueuse a été créé par Kussmaul et R. Maier pour désigner une affection spéciale du système artériel, non décrite jusqu'ici (*Deutsches Archiv. für klin. Med.*, t. I, 1866).

L'observation qui suit est un exemple de cette altération curieuse.

Obs. Un sous-officier de vingt-quatre ans et demi entre à l'hôpital militaire de Strasbourg le 24 août 1877, atteint d'une sorte de cachexie difficile à définir. Antécédents syphilitiques. A son entrée fièvre violente, 40 degrés le soir, pouls rapide, urines diminuées, mais normales. Perte d'appétit, faiblesse extrême, coliques violentes dans les hypochondres, douleurs dans les membres augmentant par la pression. Nulle part on ne constatait de lésions pouvant expliquer ce cortège de symptômes.

Au bout d'une huitaine la fièvre tomba. A cette époque, le malade présentait l'aspect d'une cachexie à une période avancée : pâleur cireuse des téguments, œdème des malléoles, albumine en quantité variable dans l'urine, anorexie absolue. En même temps continuaient les douleurs dans les extrémités et dans l'abdomen. La faiblesse générale augmenta de jour en jour et la mort arriva deux mois après son entrée à l'hôpital (rappelant une paralysie générale).

A l'autopsie, on trouva les viscères généralement sains. Le cerveau en particulier et les poumons ne présentaient aucune espèce de lésions. Dans le foie et les reins, infarctus récents et anciens. Dans l'intestin, entérite muqueuse nécrotisante. Dès l'ouverture du cadavre on fut frappé de voir le système artériel couvert de nodosités siégeant de préférence sur les artères de petit et moyen calibre. C'était la seule altération que l'on pût constater à l'œil nu. Au microscope on découvrit une dégénérescence granuleuse diffuse des muscles volontaires.

Une série de coupes pratiquées sur les nodosités des artérioles permet de reconnaître que l'on a devant les yeux non seulement une périartérite, comme le disaient Kussmaul et R. Maier, mais bien de véritables anévrysmes dont l'origine probable serait une rupture des éléments élastiques et musculaires des tuniques. On reconnaît que la nodosité est constituée sur les gros troncs par la dilatation anévrysmale d'une petite branche collatérale dont les parois sont rompues au point d'émergence. Souvent on trouve des vaisseaux dont la paroi n'a pas encore subi de rupture complète; la tunique

élastique seule est intéressée, la tunique musculaire est amincie et distendue et l'artère présente une dilatation fusiforme qui est comme au premier degré d'un anévrysme vrai.

De petites nodosités microscopiques, rencontrées dans l'épiploon, le mésentère, etc., présentent les mêmes altérations. Mais ici cette lésion est souvent masquée par des désordres secondaires : infiltration cellulaire souvent considérable du tissu périartériel, dépôts hyalins non amyloïdes. Ces masses hyalines sont accolées à la paroi interne du vaisseau au niveau de la nodosité; elles peuvent pénétrer jusqu'à la tunique moyenne, ou même s'épancher autour des petites artérioles qu'elles enveloppent comme un manchon. Ces productions hyalines ne sont pas sans analogie avec ce que l'on a nommé récemment les thrombus blancs (Zahn) et confirment la théorie à laquelle des expériences sur les animaux avaient donné naissance.

En résumé, la lésion fondamentale de la périartérite noueuse, est la rupture de tout ou partie de la tunique moyenne des artères. On se rappelle que Recklinghausen enseigne que la plupart des anévrysmes doivent leur origine à des lésions mécaniques de ce genre. L'observation curieuse que nous venons de résumer peut être citée à l'appui de cette doctrine.

Les anévrysmes dont il s'agit ne doivent pas être confondus avec les anévrysmes miliaires des auteurs français, ni avec les anévrysmes emboliques de Ponfick, ni avec la diathèse anévrysmale. L'affection semble très rare, puisque l'on n'en connaît jusqu'ici que cinq cas authentiques. (Pelletan, Rokitansky, Weichselbaum, Kussmaul, Meyer).

Quels sont ses rapports avec la syphilis? Parmi les cinq faits que nous venons d'énumérer, on n'en trouve qu'un seul où des antécédents syphilitiques aient été mis hors de doute. L'origine spécifique est au moins douteuse. Quant aux excès de fatigue, de boisson, etc., signalés dans deux cas, on ne comprend guère comment cette étiologie banale aurait pu produire une affection aussi caractéristique. (*Archives de Virchow*, t. LXXIV.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des désinfectants et de la désinfection, par M. le docteur E. Vallin, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce. — 1 vol. in-8° de 797 pages, avec 27 figures dans le texte. Paris, G. Masson.

Les traités d'hygiène ne se bornent pas à devenir de gros volumes et à se développer autant que le permet la forme actuelle des livres d'études; voilà que les divers chapitres dont ils se composent deviennent de telles monographies qu'il est nécessaire d'en faire des ouvrages spéciaux. Le livre dont nous venons de transcrire le titre est en effet de ceux dont le sujet occupait autrefois quelques pages seulement d'un traité d'hygiène; à lui seul il équivaut presque à une étude complète de cette science, telle qu'on l'entendait du moins encore il y a quelques années. La désinfection, il est vrai, a pris nécessairement une grande place dans les préoccupations des hygiénistes; et l'on en peut juger par la définition suivante que M. le docteur Vallin résume, d'après celle que donnait déjà Chalvet en 1863: « Les désinfectants sont les substances capables de neutraliser les principes morbifiques, virus, germes, miasmes, ou de décomposer les particules fétides ou les gaz qui se dégagent des matières en putréfaction. » Cette question devait donc s'élargir en même temps que les sciences biologiques et chimiques amoncelaient les découvertes sur les propriétés et la nature des divers éléments infectieux; aussi l'hygiène, pour laquelle « la suppression de l'infection, » dans le sens le plus vaste de ce mot, est l'un des principaux, sinon le plus important sujet de recherches et d'efforts, ne saurait-elle manquer d'enregistrer ces découvertes et d'en établir l'application prophylactique. C'est surtout en ces dernières années, depuis les récentes études sur les virus, qu'on a demandé à l'expérimentation des preuves de la valeur respective des désinfectants, de façon à donner à leur emploi une base rationnelle, à la réglementer en quelque sorte, car n'est-ce pas là une mesure administrative et sociale au premier chef? Un ouvrage sur les désinfectants, à mesure surtout que les travaux sur ce sujet ne cessent de se multiplier, était par suite devenu une nécessité; nul ne pouvait assurément l'écrire avec plus d'autorité et de compétence que M. le professeur Vallin, l'un de ceux dont le nom sera le plus souvent et le plus justement prononcé dans l'histoire de la constitution et des progrès actuels de la science sanitaire.

M. Vallin a pensé qu'avant de parler de la désinfection proprement dite et de ses diverses applications, il convenait d'abord de connaître les instruments dont elle est appelée à se servir, et à ce titre il a consacré la première partie de son ouvrage à l'étude des désinfectants eux-mêmes, qu'il a cru devoir diviser en quatre grandes classes : les moyens mécaniques, les absorbants et désodorants, tant physiques que chimiques, les antiseptiques et les neutralisants. Lorsqu'on compare ce plan à celui qui a été suivi dans les ouvrages spéciaux, assez peu nombreux d'ailleurs, où les désinfectants sont étudiés à un point de vue assez nettement déterminé, on ne peut s'empêcher d'en reconnaître toute la justesse et la grande clarté; l'écueil, en effet, d'une pareille étude, était de ne pas reconnaître assez la nature particulière des divers composés examinés en même temps que l'action plus ou moins directe qu'il importait de leur attribuer. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Vallin, depuis les dernières études sur les virus, l'étude des désinfectants est entrée dans une voie nouvelle; « c'est à l'expérimentation qu'on demande des preuves de la valeur respective des désinfectants; on mêle un virus en certaines proportions avec l'agent dont on veut contrôler la valeur, on inocule le mélange, et le résultat donne la mesure de l'efficacité de la substance expérimentée. » Cette méthode a permis à l'auteur de contrôler la plupart des résultats consignés dans la première partie de son livre, de même qu'il a pu l'enrichir d'un certain nombre de travaux personnels dont la notoriété est depuis longtemps acquise; nous citerons notamment ses expériences sur la neutralisation des virus en dehors de l'économie, sur la désinfection par les poussières sèches, sur la désinfection par l'air chaud dans les hôpitaux et les lazarets, etc.

Sans doute, le nombre des désinfectants s'accroît chaque jour et les ressources de la chimie viennent, pour ainsi dire, contre-balancer les découvertes de la physiologie pathologique à cet égard; mais ce qu'il est plus difficile de reconnaître, c'est assurément la valeur réelle de ces divers produits. Si, d'une part, il fallait par exemple n'accorder ce caractère qu'à ceux d'entre eux qui sont capables de neutraliser ou d'annihiler les organismes virulents les plus résistants, ainsi que le proposait l'un des orateurs du Congrès international de Genève, la liste en serait singulièrement écourtée; si, d'autre part, on voulait accorder la qualification de désinfectant à tous ceux des moyens mécaniques, à tous ceux des absorbants physiques et chimiques, à tous ceux des antiseptiques et des neutralisants qui peuvent être considérés comme des purificateurs de l'air et de l'eau, comme on l'a voulu autrefois, quelles limites pourrait atteindre leur énumération? M. Vallin s'est tenu à l'abri de ce double écueil et c'est là une des originalités de son œuvre. Qu'on parcoure seulement sur la table des matières le relevé des désinfectants, de ceux qui justifient vraiment cette qualification, et l'on ne tardera pas à se rendre compte de la rigueur scientifique avec laquelle il a été établi. L'un des chapitres les plus intéressants de cette partie, c'est celui qui est consacré aux antiseptiques; il forme d'ailleurs la sixième partie environ de

l'ouvrage entier; la désinfection n'est pas seulement en effet, suivant l'expression de l'auteur, la suppression de l'infection déjà existante, c'est aussi la prévention de cette infection; à ce titre l'étude des antiseptiques rentre dans son sujet, et cela d'autant plus, ajoute-t-il, que souvent on désinfecte dans la crainte que les objets ou les milieux ne soient souillés, quoique peut-être cette infection n'existe pas. Appelant antiseptiques toutes substances qui empêchent la décomposition d'une matière susceptible de se putréfier, M. Vallin examine d'abord en quelques pages les conditions qui favorisent et accélèrent la décomposition des matières organiques, c'est-à-dire l'humidité, la présence de l'air et des germes qu'il contient, ainsi que les conditions inverses qui retardent cette décomposition, la soustraction de l'eau ou le dessèchement, le froid, l'occlusion hermétique et la filtration des germes contenus dans l'air. On conçoit l'intérêt que peut offrir avec une telle méthode l'étude particulière des divers antiseptiques; de fait, il n'est nulle part, dans la littérature hygiénique française et étrangère, un chapitre plus complet et en même temps plus rigoureusement scientifique; les divers travaux publiés sur ce sujet y sont reproduits, analysés et critiqués avec le plus grand soin, si bien qu'on y trouve une œuvre entièrement au courant de la science et dont l'utilité est constante pour tous ceux qui ont à se préoccuper du maintien et de la sauvegarde de la santé publique. Que d'erreurs et de difficultés ne présente pas en effet l'emploi des désinfectants et plus particulièrement des antiseptiques! Des circonstances récentes n'ont-elles pas montré combien il convenait d'être sérieusement fixé sur la valeur réelle des divers acides et sels communément indiqués? Que de discussions n'a-t-on pas élevées, pour ne citer que celui-là, à propos de l'acide phénique? M. Vallin reproduit la plupart d'entre elles en les critiquant tour à tour et il déclare en manière de conclusion que ce composé « ne mérite ni l'excès de bien, ni l'excès de mal qu'on en a dit; c'est un assez bon antiseptique, mais c'est un médiocre antivirulent; c'est, en un mot, un désinfectant peu sûr, sur lequel on fera très bien de ne pas trop compter dans les cas graves ». Notons, en passant et à cette occasion, cette remarque très personnelle: « Nous n'avons pas à faire ici la description ni l'éloge du pansement de Lister; nous croyons qu'il ne faut pas attribuer ses succès seulement aux solutions phéniquées, mais à la pulvérisation qui contribue pour sa part à débarrasser l'air mécaniquement des poussières qu'il contient; à l'occlusion très soignée de la plaie par les agents de protection qui composent l'appareil; à la propreté extrême qui préside à l'examen des plaies, etc. C'est ce qui explique comment l'acide phénique qui réussit si bien dans le pansement de Lister, donne de si médiocres résultats quand on s'en sert pour désinfecter des matières en décomposition, les matières fécales, les écoulements sanieux, etc. »

La deuxième partie du livre concerne la désinfection elle-même, dans toutes les circonstances où elle est applicable et indiquée. La désinfection nosocomiale est étudiée tout d'abord en examinant tour à tour l'importance qu'elle peut avoir et les règles qu'elle doit suivre, suivant qu'elle s'adresse aux plaies ou à la lésion, à des plaies venimeuses entre autres ou virulentes, au malade, aux locaux, aux vêtements, au matériel chirurgical, au personnel médical et aux véhicules. M. Vallin a énuméré à ce sujet les préceptes les plus minutieux assez communément suivis dans un certain nombre de pays et dans quelques villes et hôpitaux français; la pratique des opérations de désinfection n'est pas encore, il est vrai, complétement entrée dans nos mœurs, malgré les excellents résultats qu'elle n'a pas manqué de fournir promptement partout où l'on s'est résolu à la suivre. Les fumigations, les appareils à air chaud, les étuves fixes ou ambulantes, les lavages particuliers, tels sont les moyens qui sont successivement examinés par l'auteur. Vient ensuite l'étude de la désinfection quarantenaire, appliquée aux provenances des pays d'où nous avons à craindre ce que M. Fauvel a si justement appelé « les maladies pestilentielles exotiques »; M. Vallin s'occupe également de la désinfection vétérinaire telle que la loi récente sur la police sanitaire des animaux a permis à M. Bouley de la déterminer, et de la désinfection des aliments et des boissons, viandes altérées, trichinées et suspectes, poissons, vins et bières, eau, alcools de mauvais goût. Il passe aussitôt après à l'exposé des mesures qu'il lui paraît nécessaire de recommander pour la désinfection dans les habitations collectives, aussi bien en ce qui concerne les locaux d'habitation, leurs parois et la destruction des parasites qu'elles recèlent, que le bon entretien et le nettoyage des éviers, des tuyaux de conduite des eaux ménagères, des divers systèmes de la trines, etc. La désinfection industrielle fait l'objet d'un autre chapitre consacré aux procédés imaginés pour combattre les émanations et les dégagements insalubres et dangereux, pour désinfecter et épurer les eaux industrielles, de même que les résidus solides. C'est dans le chapitre suivant que M. Vallin a pu définir plus complètement la consécration pratique, en quelque sorte, des recherches techniques dont son œuvre est formée; ce chapitre a en effet pour but la désinfection municipale; il forme à lui seul comme un manuel de la salubrité des villes, examinant tour à tour la désinfection de la voie publique, des ports de mer, des halles et marchés, des morgues, amphithéâtres de dissection et abattoirs, des inhumations, exhumations et cimetières, des égouts et des vidanges. Le livre se termine par une étude de la désinfection du sol, en particulier des terrains marécageux, et par diverses considérations pratiques sur l'assainissement des champs de bataille.

Tel est cet ouvrage considérable dans lequel, à côté de l'examen critique des découvertes scientifiques les plus récentes, à côté de considérations autorisées par une étude approfondie de la littérature spéciale, à côté enfin de travaux personnels d'une valeur éprouvée, on se plaît à rencontrer les applications les plus judicieuses de ces diverses données de l'une des parties les plus importantes de la science sanitaire et de l'administration; l'hygiéniste, quelle que soit la nature particulière de ses préoccupations, y trouvera à la fois matière à science et à pratique.

A.-J. M.

Index bibliographique.

ESSAI SUR LA NATURE DU BÉRIBÉRI, par le docteur FÉRIS, professeur de l'École de médecine navale de Brest. Broch. in-8°. (Extrait des *Archives de médecine navale*, août 1882.)

Après avoir exposé avec beaucoup d'exactitude les diverses opinions des auteurs sur la nature du béribéri, M. Féris s'attache à établir que l'hydropisie, propre à cette maladie, n'est ni mécanique, ce qui n'a pas besoin d'être prouvé, ni dyscrasique, comme on l'admet généralement. Pour lui, elle dépend d'un affaiblissement des vaso-moteurs et de tout le système du grand sympathique; et cet affaiblissement est lui-même l'effet d'une influence cosmique, à savoir: la chaleur humide et les transitions brusques de température.

Un chapitre est spécialement consacré au cosmopolitisme du béribéri, et rappelle un grand nombre de cas cités par Ange Macari, Dechambre, Worms, et auxquels on eût donné le nom de béribéri s'ils avaient été observés dans les pays chauds. C'est surtout la forme *paralytique* de cette maladie qui a été observée sous des latitudes très différentes, et dont on reconnaît des exemples dans les écrits d'auteurs plus ou moins anciens, tels que Bonet, Morgagni, Sauvages, Magendie, etc.

Ce mémoire de M. Féris se recommande à l'attention toute particulière de ceux qui s'intéressent à la pathologie exotique.

VARIÉTÉS

Exposition internationale coloniale et d'exportation générale d'Amsterdam (de mai a octobre 1883).

Programme de l'exposition coloniale médicale.

Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales, le comité exécutif a résolu d'ajouter à l'exposition coloniale une section spéciale, qui formera une exposition coloniale médicale, et qui sera ouverte en même temps que l'exposition générale. Tandis que celle-ci se propose de faire connaître les colonies dans le sens le plus étendu du mot, le but de l'exposition coloniale médicale est plus restreint. Cette exposition a en vue l'augmentation des connaissances que nous avons de l'état sanitaire et médical des colonies et des possessions d'outre-mer. Elle sera divisée en trois classes. La première classe comprendra tout ce qui a rapport à l'hygiène publique des colonies. La deuxième classe a pour but de faire connaître l'organisation du service médical dans les différentes colonies. Les systèmes suivis dans cette organisation par les puissances coloniales diffèrent entre eux sous plus d'un rapport, et c'est par une étude comparée complète des lois et des règlements qui existent actuellement à cet égard qu'on pourra arriver à un jugement définitif sur le meilleur système à suivre. Enfin la troisième classe servira à faire connaître les soins qui sont donnés aux malades et aux blessés dans les colonies, et à leur transport, ainsi que le traitement des malades et des blessés par les indigènes.

Le Comité ne se cache pas que le programme complet d'une exposition coloniale médicale ne serait aucunement épuisé par les trois classes nommées, et que, même dans le cadre de ces trois classes et de leurs sous-divisions, plusieurs détails intéressants sont omis. Mais l'ouverture prochaine de l'exposition coloniale l'a forcé de se borner aux sujets indiqués. L'exposition coloniale médicale ayant un intérêt exclusivement scientifique, il s'ensuit que tout ce qui n'est pas nommé n'est pas exclu pour cela, et qu'au contraire tout ce qui pourra servir à atteindre le but proposé sera accepté avec la plus grande reconnaissance.

Le Comité fait remarquer que la place destinée à l'exposition coloniale médicale est restreinte. Il sera donc préférable d'envoyer des modèles, des dessins, des plans, etc., dans les cas où les objets ont de grandes dimensions. Naturellement ceci ne s'applique pas aux sous-divisions des classes, dans lesquelles l'envoi des objets « en nature » est désiré.

L'exposition, dans la section coloniale médicale, est gratuite.

Les objets dont l'exposition aurait un but commercial et non scientifique ne pourront y être admis. On pourra faire exception pour les objets dont un double serait exposé dans une des autres sections de l'exposition.

Les objets destinés à l'exposition coloniale médicale y seront reçus jusqu'au 1er avril 1883. Les colis renfermant les objets, etc., devront être adressés à l'Exposition d'Amsterdam, *section coloniale médicale.*

— A l'occasion de l'Exposition coloniale médicale, un Congrès international de médecins des colonies se réunira en septembre 1883. Le programme de ce Congrès sera publié prochainement.

Classe I. — *Hygiène publique dans les colonies.*

1. Commissions sanitaires. Règlements sur leur organisation. Comptes rendus de leurs travaux, etc.
2. Eau potable. Examen des eaux. Modèles et dessins de puits artésiens, aqueducs, réservoirs, fabriques de glace, etc. Appareils pour filtrer et distiller l'eau, etc.
3. Surveillance et examen des denrées alimentaires. Falsification des aliments.—Règlements sur le débit de l'opium, du hachisch et des boissons fortes et enivrantes. Boissons enivrantes fabriquées par les indigènes.
4. Etablissements de bains et établissements sanitaires.
5. Construction des écoles, des habitations ouvrières, des casernes et des établissements pénitenciers au point de vue hygiénique. Surveillance de l'Etat.
6. Cimetières et crémation. Evacuation des matières fécales. Egouts, canalisation, fosses fixes ou mobiles, tonnes, etc.
7. Professions, cultures et métiers insalubres; maladies spéciales, surveillance de l'Etat, moyens préventifs.
8. Mesures contre les maladies contagieuses, endémiques et épidémiques. — Mesures préventives contre l'influence délétère des marais, même après leur dessèchement, des inondations, etc. (malaria, fièvre bilieuse, fièvre jaune, choléra, dysentérie, etc.). — Mesures préventives contre les maladies parasitaires (le Comité se recommande spécialement pour l'envoi d'objets ayant rapport aux maladies parasitaires propres aux colonies).—Règlementation de la prostitution et mesures contre la propagation des maladies vénériennes.—Règlements sur la vaccination. Parcs vaccinogènes. — Plans et dessins d'établissements de quarantaine (bâtiments, navires, pontons, etc.).—Mesures préventives contre les épizooties (peste bovine, etc.). Objets ayant rapport à ces maladies.
9. Statistiques mortuaires, cartes et tableaux graphiques de la mortalité. (On est prié d'ajouter la provenance des chiffres et la méthode suivant laquelle les tableaux ont été composés.)

Classe II.—*Organisation du service médical dans les colonies.*

10. Direction et administration du service médical civil et militaire. — Lois, règlements et prescriptions touchant l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, de la pharmacie et de la médecine vétérinaire. — Organisation du service médical militaire. — Lois, règlements et prescriptions touchant l'exercice de la médecine, de la pharmacie, etc., par les Chinois et par d'autres médecins indigènes. — Distribution des médecins, etc., dans les villes, dans les villages et à la campagne.
11. Enseignement médical spécial des médecins des colonies dans la mère patrie. — Ecoles médicales dans les colonies (instruction des docteurs-djawa, des médecins d'arrondissement, etc.); leur organisation; disposition des bâtiments; manuels et accessoires de l'enseignement (pièces anatomiques ayant rapport aux maladies tropiques et exotiques).—Ecoles de sages-femmes; disposition des bâtiments; manuels et accessoires. — Formation de vaccinateurs. Règlements. Manuels.

Classe III. — *Secours aux malades et blessés, leur transport et leur traitement par les indigènes.*

12. Modèles et plans des hôpitaux civils et militaires, des maternités, des maisons d'aliénés, des établissements pour l'isolement des lépreux. Organisation des ambulances dans les colonies. Objets employés dans ces institutions et provenant des colonies elles-mêmes.
13. Moyens de transport des malades et des blessés; *par terre :* premiers secours, wagons d'ambulance, brancards; *par eau :* navires-hôpitaux et de transport; chaloupes d'ambulance et de transport.
14. Littérature médicale imprimée et publiée dans les colonies (journaux, brochures, traités et autres œuvres médicalos).
15. Le traitement médical et les habitudes hygiéniques des indigènes (circoncision, etc.). — Appareils et instruments médicaux des indigènes. — Médicaments indigènes (collection aussi complète que possible. On est prié d'ajouter à cette collection une description détaillée de l'origine et de l'emploi des médicaments). — Littérature médicale indigène. — Pharmacie chinoise.
16. Traitement par les indigènes (contrepoisons et traitement médical) des intoxications et des blessures vénéneuses (morsures d'animaux vénéneux ou malfaisants : serpents, vampires, araignées, mille-pieds, scorpions, moustiques, etc.; attouchement de crapauds, etc.; piqûres de poissons; poisons de flèche). On est prié d'y ajouter les poisons indigènes eux-mêmes, avec une description détaillée des effets que les indigènes leur attribuent; les animaux vénéneux; les poisons de flèche, etc. — Traitement de la chique (*Pulex penetrans*) par les indigènes.
17. Soins et secours obstétricaux par les indigènes, pendant et après l'accouchement (mère et enfant). Appareils, instruments, etc.

Le Comité de l'Exposition coloniale médicale,	*Le Comité exécutif,*
Prof. B.-J. Stokvis, *président.*	D. Cordes, *président.*
Dr A.-A.-G. Guye, *vice-président.*	S. de Clercq Wzn., *délégué.*
Dr F.-J. van Leent, 1er *secrétaire.*	J. Kappeyne van de Coppello, *secrétaire.*
Julius Coronel, 2e *secrétaire.*	

E. Agostini, *commissaire général.*

Hôpitaux de Paris. — Le prix Civiale, d'une valeur de 1000 francs, a été décerné à M. le docteur Guiard, ancien interne des hôpitaux.

Concours. — Le lundi 12 février 1883, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix

à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription a été ouvert le lundi 15 janvier et sera clos le lundi 29 janvier, à trois heures.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1881-1882 :

1° *Elèves en médecine.* — Première année : deuxième prix, M. Barbieri. — Deuxième année : prix, M. Regnault; mention honorable, MM. Ferrand et Foata. — Troisième année : deuxième prix, M. Longe; mention honorable, M. Campana. — Quatrième année : premier prix, M. Oddo; deuxième prix, M. Imbert.

Elèves en pharmacie. — Première année : prix, M. Vizern; mention honorable, MM. Gucirard et Liotard. — Deuxième année : mention honorable, M. Sasia.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Les leçons, après vingt-quatre heures de préparation, ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Mardi 9 janvier : M. Albert Robin, Indications de la saignée; M. Hutinel, Coliques intestinales. — Mercredi 10 : M. Clément, De l'atrophie musculaire; M. Dreyfous, De l'épistaxis au point de vue médical. — Jeudi 11 : M. Hanot, De la grippe; M. Schmitt, De l'érytème noueux. — Vendredi 12 : M. Dreyfus-Brisac, Du vertige au point de vue séméiologique; M. Baumel, Des accidents épileptiformes. — Samedi 13 : M. Du Castel, Du coma; M. Bard, Du mercurialisme professionnel. — Lundi 15 : M. Blaise, Du diabète insipide; M. Letulle, De la pelvipéritonite.

ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le gouvernement vient, dit-on, de faire définitivement choix de la ville de Lyon pour y établir l'Ecole de médecine militaire qui était à Strasbourg avant la guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Delpeuch, âgé de cinquante-sept ans, à Paris, et de M. le docteur Vernay, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société nationale de médecine. Vernay fit sa thèse inaugurale sur la *fièvre puerpérale épidémique*, et fut reçu docteur en 1846. Il a publié des faits intéressants sur l'*hémorrhagie de l'ovaire et l'épanchement sanguin du péritoine dans la menstruation*, sur la *ponction de la plèvre dans la pleurésie*, opération qu'il a pratiquée dans un grand nombre de cas, et sur la *ponction du péricarde dans la péricardite*, qu'il a faite un des premiers. Ces publications ont suivi de très près les travaux de Vignès et de Nélaton sur l'hématocèle rétro-utérine, et ceux de Trousseau sur la thoracentèse.

— On annonce aussi la mort du docteur Labie, qui a succombé à un âge avancé, au mois de novembre dernier. Il exerçait la médecine à Dargies (Oise), et avait su conquérir l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu.

MORTALITÉ A PARIS (2° semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 janvier 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1122, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 69. — Variole, 6. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 208. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 69. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 23; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 48; de l'appareil respiratoire, 71; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 2e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1365 naissances et 1122 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1094, 1202, 1116, 1099. Le chiffre de 1122 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la variole (6 décès au lieu de 11 pendant la 1re semaine), la coqueluche (2 au lieu de 7), l'infection puerpérale (3 au lieu de 6); une aggravation pour la rougeole (28 décès au lieu de 9). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 69 décès par fièvre typhoïde (au lieu de 71), 42 par diphthérie (au lieu de 40), et 11 par érysipèle (au lieu de 10).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (88 malades reçus du 1er au 7 janvier, au lieu de 155 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la variole (29 au lieu de 19) et pour la diphthérie (31 au lieu de 24).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La prostitution en France, études morales et démographiques, avec une statistique générale de la prostitution en France, par M. le docteur Armand Després. 1 vol. in-8 avec 2 planches coloriées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Précis d'histoire de la Médecine, par M. le docteur J. Bouillet, avec une introduction par M. A. Laboulbène. 1 vol. in-8, XVI-366 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Précis de Toxicologie, par M. le docteur A. Chapuis. 1 vol. in-18 jésus, 736 pages, avec 43 figures intercalées dans le texte, cart. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Extraits de Pathologie infantile de Blache et Guersant, publié par M. le docteur R. Blache, avec une préface de M. le docteur Archambault. 1 vol. grand in-8 de 500 pages. Paris, Asselin et Ce. 8 fr.

Des maladies simulées dans l'armée et des moyens de les reconnaître, par M. le docteur W. Derblich, traduit de l'allemand et annoté par M. le docteur Adrien Schmit. 1 vol. in-8 de 350 pages. Paris, Asselin et Ce. 6 fr.

Leçons sur les maladies mentales, par M. le professeur B. Ball. Quatrième fascicule *des causes de la folie (suite)*. In-8, 1882. Paris, Asselin et Ce. 2 fr. 50

Traité pratique de l'art des accouchements, par MM. Dolore et Lutaud. Paris, 1883 1 vol. in-8 de VIII-552 pages avec 135 gravures dans le texte. Paris, F. Savy. 9 fr.

Traité théorique et clinique de la dysenterie (diarrhée et dysenterie aiguë et chronique), par M. H.-J.-B. Bérenger-Féraud. 1 vol. in-8 de 795 pages. Paris, O. Doin. 12 fr.

Botanique cryptogamique, par M. Léon Marchand. Deuxième fascicule: *les Ferments*. 1 beau vol. grand in-8 de 350 pages avec 105 figures dans le texte et une planche en taille-douce hors texte. 8 fr.

Ce fascicule complète le tome Ier qui forme maintenant un volume de 500 pages avec 120 figures dans le texte et une planche hors texte. Paris, O. Doin. 12 fr.

Bulletins de la Société anatomique de Nantes, recueillis par M. le docteur A. Malherbe. Quatrième année, 1880. In-8 de 118 pages, avec une planche hors texte contenant 5 figures. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, contribution à l'étude des tumeurs ossiformes de la peau, par M. le docteur A. Malherbe. In-8 de 125 pages avec 5 planches hors texte contenant 24 figures. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Traitement rationnel et curatif du choléra dans l'immense majorité des cas, par M. Chabassu. In-8 de 44 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Manuel pratique des Maladies de l'oreille, par M. le docteur Guerder. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 320 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

Manuel pratique de Laryngoscopie et de Laryngologie, par M. le docteur G. Poyet. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 400 pages avec 35 figures dans le texte et 24 dessins en couleur hors texte, pris d'après nature. Paris, O. Doin. 7 fr. 50

Le Sommeil normal et le Sommeil pathologique. Magnétisme animal, hypnotisme, névrose, hystérique, par MM. E. Yung. 1 vol. in-18 jésus de 200 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Le Zona, par M. le docteur Paul Fabre (de Commentry). 1 vol. in-18 de 254 pages. Paris, O. Doin. 6 fr.

Eloge de L.-V. Marcé, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 24 avril 1882, par M. Antoine Ritti. In-8 de 24 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Traité clinique de la Folie à double forme, par M. le docteur Ritti. 1 vol. in-8 carré de 400 pages. Paris, O. Doin. 8 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 18 janvier 1883

SÉANCE DE L'ACADÉMIE. — DISCUSSION ENTRE M. PASTEUR ET M. KOCH. — SUR LE PSEUDO-LIPOME SUS-CLAVICULAIRE. — TAILLE HYPOGASTRIQUE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

La discussion sur la fièvre typhoïde a continué mardi par la suite du discours de M. Germain Sée, qui n'est pas encore terminé et doit l'être dans la séance prochaine.

M. Léon Colin a lu son rapport sur la communication de M. Glénard. Nous rappelons que cette communication n'était qu'un résumé du mémoire qui est en cours de publication dans la *Gazette hebdomadaire*.

Nous sommes obligé, faute d'espace, de laisser pour aujourd'hui la question de la fièvre typhoïde et celle que soulève le rapport de M. Colin. Nous y reviendrons dans le prochain numéro.

Discussion entre M. Pasteur et M. Koch.

On se souvient que M. Pasteur avait réfuté, au dernier Congrès de Genève, les critiques que lui avait adressées M. Koch dans le premier volume des travaux de l'*Office sanitaire impérial allemand*. Directement mis en demeure d'aborder la discussion, M. Koch s'y refusa pour le moment : c'est par une brochure intitulée : « La vaccination charbonneuse » qu'il vient de répondre à l'appel de M. Pasteur.

Le travail du savant berlinois a été traduit pour la *Semaine médicale* par M. Ricklin ; on l'y trouvera *in extenso*. Dans son numéro du 20 janvier dernier la *Revue scientifique*, après avoir publié des extraits détaillés de ce mémoire, insère la critique qu'en fait M. Pasteur.

Nous ne pouvons aujourd'hui qu'enregistrer la publication de ces deux documents ; nous nous réservons d'y revenir très prochainement, ne pouvant dans ce numéro accorder à l'examen que nous nous proposons d'en faire toute la place qui lui est due.

Sur le pseudo-lipome sus-claviculaire.

RÉPONSE A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

(Deuxième article.)

J'arrive maintenant à une autre variété de lipome, à celle que MM. Gull et Fagge disent avoir vue souvent chez les adultes, sans qu'elle fût sous la dépendance d'un état morbide quelconque. Il paraît que ces tumeurs ou tuméfactions,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Une femme médecin militaire en Amérique. — Choléra au Mexique. — Béribéri au Brésil. — Mort du docteur Armondi. — Charlatanisme en Espagne et en Portugal. L'oncle Quitolis. — Exploitation collective des antisyphilitiques secrets. — Création d'une École d'application de médecine militaire en Italie. — Les médecins députés au parlement italien. Extrait de la profession de foi du professeur Semmola.

Au mois de juillet dernier est morte à Washington, à l'âge de cinquante-neuf ans, une femme qui eut son heure de célébrité, Mme Maria Austin. Peu de temps après son mariage, elle étudia la médecine à l'Université de la Nouvelle-Orléans et y prit le grade de docteur en 1853. Au moment de la guerre de la Sécession, elle servit comme chirurgien dans l'armée fédérale et fit en cette qualité toute la campagne de Virginie. Sa bravoure et son dévouement furent au-dessus de tout éloge ; elle reçut plusieurs blessures, perdit même un œil. Depuis la paix, elle vivait à Washington, d'une pension que lui avait accordée le gouvernement. Cette personne avait eu en 19 accouchements 44 enfants dont 11 seulement sont aujourd'hui vivants.

— Un télégramme transmis le 29 septembre de Tehuantepec (Mexique) à la Havane annonce le développement d'une petite épidémie de choléra dans le pays. La maladie, bien localisée à Tuxtla, présenterait un type assez bénin. Sa présence a cependant suffi pour éveiller une vive émotion dans tous les pays qui ont avec le Mexique des rapports commerciaux. « Nous croyons de notre devoir, disait, dans son numéro d'octobre 1882, la *Cronica medica de la Habana*, d'attirer l'attention de la Junte supérieure de santé et des Juntes locales, pour qu'elles ne se laissent pas influencer par un télégramme antérieur qu'ont reproduit tous les journaux politiques de l'île. Il existe sûrement

comme on voudra, ne sont pas rares non plus en France, si je m'en rapporte à certaines conversations dont le bruit m'est venu aux oreilles; mais pas plus en France qu'en Angleterre, elles n'ont produit grande impression, soit dit sans jeu de mots, car on n'en trouve que des traces imperceptibles dans les auteurs.

On ne sait pas d'ailleurs ni chez qui viennent ces tumeurs, ni si elles sont de vrais ou de pseudo-lipomes.

Quant au vrai lipome, M. Gillette, dans son article Cou du *Dictionnaire encyclopédique*, en cite deux cas, dus l'un à M. Ollier, l'autre à Hardman. J'en ai trouvé un troisième qui remonte aux premières années de la carrière chirurgicale de Lisfranc et dont voici le résumé, tel que je l'ai trouvé.

OBS. — M. Lisfranc rapporte l'observation d'une négresse qui portait un lipôme volumineux au-dessus de la clavicule. Cette tumeur, qui envoyait des prolongements sous l'os indiqué, fut extirpée, et pendant l'opération, la veine jugulaire externe, qui occupait toute l'étendue verticale du lipome, fut disséquée et ménagée. On mit également à nu l'artère et la veine sous-clavières, et enfin la plèvre, qui se montrait dans la profondeur de la plaie (*Arch. gén. de méd.*, 1829, vol. XIX, p. 145). La malade est guérie sans éprouver le moindre accident (*Journ. gén. de méd.*, vol. CVII, p. 132).

Avec ce cas, nous tombons dans le lipome chirurgical et peut-être allez-vous m'objecter qu'entre ce lipome volumineux qu'on dut opérer, et le pseudo-lipome sus-claviculaire que vous avez décrit, il y a une grande différence. Je vous ai promis de vous démontrer qui si vos lipomes avaient grossi, ils auraient eu une tout autre apparence; je vais tenir ma promesse.

Vous avez déjà vu que chez un patient de Curling le lipome faisait saillie sous la clavicule; chez une malade observée par M. Dechambre, la tumeur, qui était bilatérale, descendait un peu au-dessous de la clavicule, pour se confondre avec le devant de la poitrine; M. Potain a soupçonné chez une dame des prolongements graisseux dans le médiastin, et a vu chez un homme les pseudo-lipomes sus-claviculaires descendre, en passant sous la clavicule, jusqu'à la base de la poitrine; chez la négresse de Lisfranc, le lipome envoyait un prolongement jusqu'au sommet de la plèvre; M. Ollier a opéré également un de ces lipomes qui s'était étendu plus encore, de sorte que sa partie la plus volumineuse était sous-claviculaire. M. Tripier mentionne ce fait en quelques lignes dans son article LIPOME du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 645).

OBS. — Un malade, âgé de quarante-cinq ans environ, portait un lipome de la région sous-claviculaire dont le pédicule remontait par-dessous la clavicule jusqu'à la partie inférieure du cou. Début dix ans auparavant. Développement progressif. Ce n'est que dans ces derniers temps que la tumeur s'était mise à grossir. A la suite d'un érysipèle elle avait presque doublé de volume et depuis cette époque elle était le siège de douleurs profondes. A sa partie inférieure, ulcération de mauvaise nature qui de loin en loin donnait lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Extirpation. Poids 3500 grammes. A la coupe, on trouva, au milieu des lobules graisseux, des masses blanchâtres, gélatineuses, qui présentaient au microscope les caractères du tissu muqueux.

Je ne sais trop si dans ce cas la tumeur a commencé par le creux sous-claviculaire ou au-dessus de la clavicule, la citation de M. Tripier étant muette sur ce point; mais on peut admettre qu'elle a débuté par la fosse sus-claviculaire, puisque son pédicule se trouvait à la partie inférieure du cou, qu'elle est passée sous la clavicule en se développant, et qu'alors, à la suite de l'érysipèle jouant le rôle de cause excitante, le lipome a augmenté de volume par sa partie périphérique, sous-claviculaire ici, comme fait tout lipome pédiculé (1).

Mais j'ai encore mieux à vous offrir. C'est l'observation inédite d'un vrai lipome sus-claviculaire ayant le volume apparent de ceux que vous avez vus tandis que l'examen anatomique démontra qu'il s'étendait bien plus loin. La manière dont j'ai pu l'obtenir mérite d'être racontée.

OBS. — Pendant que je faisais mes recherches sur le présent sujet, je rencontrai un jeune externe des hôpitaux, M. Chambert, très versé dans la littérature anglaise; je lui demandai bien entendu s'il ne connaissait rien sur le lipome sus-claviculaire. — « Je n'ai rien lu sur ce point, me dit-il; mais j'ai vu un de ces lipomes à Clamart il y a un mois environ. Je l'ai même disséqué avec beaucoup de soin parce que je croyais rencontrer une hernie du poumon, et je l'ai montré à M. Quenu, mon prosecteur. D'ailleurs, j'ai pris une note sur la pièce et je vous l'apporterai. »

Le lendemain, M. Chambert m'apporta la petite note en question, écrite sur une feuille de papier pliée en huit, et portant sur les plis cette noirceur et sur les deux faces cette teinte isabelle qui annoncent un séjour prolongé dans une poche; c'était là un cachet indéniable d'authenticité, car il suffisait de voir le papier

(1) L'observation de M. Ollier se trouve mentionnée encore dans la thèse d'agrégation de M. Nicaise (1872) et dans l'article Cou de M. Gilette. J'insiste sur ce détail, que je tiens de M. Ollier, afin qu'on ne prenne pas un même fait pour plusieurs faits différents.

à Tuxtla une affection cholériforme, contagieuse. Localisée aujourd'hui, elle pourra se propager très vite grâce aux communications si fréquentes entre la République mexicaine et nous. Nous savons, d'ailleurs, de source certaine, que l'état sanitaire est déplorable dans la province d'Oaxaca; que la fièvre typhoïde y fait de nombreuses victimes. C'est au gouvernement à prendre avec une juste rigueur les mesures prophylactiques qu'exigent la science et l'humanité. »

— Au Brésil, le béribéri est assez fréquent pour que l'administration s'en préoccupe. Dans un rapport adressé au ministre, le 5 juillet dernier, le gouverneur de la province de Bahia attirait l'attention sur ce point.

« On a vu beaucoup de cas de béribéri, disait-il, leur nombre a même sensiblement augmenté depuis le mois de septembre jusqu'à ce jour. Le transport des malades à Itaparica-Rio-Vermelho est le moyen le plus salutaire. Il y en a aujourd'hui 35 à l'hôpital fondé par le Ministère de la marine, dans la ferme de Buon Despacho, à Itaparica; tous viennent des navires de guerre.

» Depuis le commencement de 1880, jusqu'au 7 octobre 1881, l'hôpital de la marine, de Bahia, a reçu 432 individus atteints de béribéri, 202 ont été évacués sur la Corte, 104 sur Itaparica.

» Dans les troupes de ligne, le nombre des sujets atteints a été notablement moindre dans le même temps, de sorte que l'hôpital qui leur était destiné dans la seconde localité a été supprimé. Les soldats malades de béribéri sont aujourd'hui envoyés à la Corte. »

— On annonce la mort de M. Camillo Armonde, comte Prados. Reçu docteur à Paris, en 1836, il retourna à Barbacène, son pays natal, dans la province de Minas Geræs. Ayant abandonné la médecine pour l'astronomie et les sciences naturelles, il y revint un peu plus tard. M. Armonde,

pour être convaincu que la note n'avait pas été rédigée pour les besoins de ma cause, mais qu'elle remontait à l'époque indiquée. D'ailleurs, pour plus de certitude, et surtout pour que l'exactitude des détails ne pût être mise en doute par personne, je priai M. Chambert de vouloir bien montrer sa note à M. Quenu, qui, après l'avoir lue, se contenta de corriger la forme de quelques expressions. Voici la rédaction définitive de cette note :

« En disséquant la région sus-claviculaire, après avoir incisé la peau, le peaussier et l'aponévrose, j'arrivai sur une tumeur du volume d'un œuf de poule, allongée dans le sens antéro-postérieur, située au-dessus de la clavicule, en dehors du muscle sterno-mastoïdien, en arrière de l'homo-hyoïdien, recouverte un peu par le bord antérieur du trapèze et croisée par la branche acromiale du plexus cervical qui passe en avant.

» Cette tumeur, molle, fluctuante, et que je pris d'abord pour une dilatation du cul-de-sac supérieur de la plèvre, était enveloppée par une poche fibreuse que j'incisai. C'était un lipome complètement enkysté. La poche, composée de tissu conjonctif lamelleux, dense, contenait des lobules graisseux, mous, mais assez nets; la graisse était demi-liquide. Cette poche, peu adhérente aux parties voisines, remontait en haut à 4 centimètres au-dessus de la clavicule, passait en arrière de cet os jusqu'à 3 centimètres de profondeur, et descendait au-dessous de lui jusque vers la première côte, en refoulant le cul-de-sac pleural.

» L'artère sous-clavière passait à la partie inférieure du lipome.

» J'ai disséqué avec soin le creux sous-claviculaire droit pour voir s'il n'y avait rien de ce côté, et je n'y ai rien trouvé; la région était absolument normale. »

Voulant savoir ce que pouvait bien être le sujet pendant sa vie, dans le but de contrôler vos idées sur l'apparition du pseudo-lipome chez les diabétiques et les rhumatisants, je demandai à M. Chambert s'il n'avait rien remarqué d'autre sur le cadavre, et s'il savait de quoi le sujet était mort. Voici sa réponse :

« Le sujet était une femme d'une trentaine d'années, ayant encore un certain degré d'embonpoint. Il y avait des adhérences pulmonaires des deux côtés, surtout à gauche; elles étaient plus prononcées de ce côté, et je n'ai pu extraire cette partie du poumon de la cavité thoracique qu'en la déchirant.

» N'ayant à ce moment aucun intérêt à constater l'existence des lésions pulmonaires, je ne pourrais pas affirmer avoir vu des tubercules ou des cavernes; cependant, en cherchant à me rappeler l'état des poumons déposés sur la table, je ne crois pas m'avancer trop en disant qu'il existait très probablement une caverne à gauche et des tubercules des deux côtés dans le reste des poumons. (L'observation clinique pourrait ici nous être utile.)

» Il y avait dans l'abdomen un litre environ de sérosité ascitique; le foie était gras; les jambes un peu œdématiées. Le cœur n'a pas été examiné.

» Cette femme était morte le 14 octobre, et je l'ai disséquée le 20. En m'informant au bureau d'entrée à Clamart, j'appris qu'elle venait de Tenon, de Lariboisière ou de Saint-Louis. Voulez-vous que j'aille demander aux internes ce qu'ils peuvent savoir sur sa maladie ? »

Je remerciai M. Chambert de son obligeance, et j'écrivis à un interne de chacun des hôpitaux sus-mentionnés, pour le prier de vouloir bien se livrer à une enquête auprès de ses collègues, à seule fin de me fournir l'observation de la malade morte le 14 octobre au soir et envoyée à Clamart avant le 20 du même mois. La réponse me fut fournie par votre ancien interne, M. Guinard, actuellement à Lariboisière. Elle était courte, mais confirmait les points restés douteux dans la relation de M. Chambert.

« Malade nommée Marie Landelle, âgée de trente-trois ans, entrée dans le service de M. Constantin Paul, le 14 octobre, pour tuberculose pulmonaire très avancée. Examinée à son entrée par M. Boiteux, interne du service, qui ne put que constater son état, la malade mourut le soir même, à neuf heures. Elle fut envoyée le 18 à Clamart, sans qu'on eût fait son autopsie. »

La malade disséquée par M. Chambert était donc bien une tuberculeuse, et portait un *vrai lipome* sous-claviculaire gauche, du côté ou les lésions pulmonaires étaient le plus marquées. Y a-t-il une relation de cause à effet entre le lipome et la tuberculose pulmonaire ? Je crois qu'il serait pour le moment prématuré de faire une réponse quelconque à cette question.

Deux particularités sont encore à remarquer dans ce fait: d'abord, le petit volume apparent de la tumeur, qui était celui d'un œuf de poule, alors qu'elle descendait d'autant en arrière de la clavicule, comme dans les cas de Curling, Fagge, etc.; ensuite les rapports du lipome avec le cul-de-sac supérieur de la plèvre.

Tout en nous indiquant la direction dans laquelle peut se développer le pseudo-lipome, ceci nous explique encore pourquoi M. Hilton Fagge a pu entendre si distinctement le bruit du murmure respiratoire en appliquant le stéthoscope sur la tumeur sus-claviculaire, et pourquoi Lisfranc, en enlevant le lipome de sa négresse, est arrivé jusqu'à la plèvre. Il est bon, je crois, de prévenir de cette éventualité les chirurgiens qui seraient obligés d'enlever un lipome de cette région, et ceux qui, en présence d'une de ces tumeurs, croiraient avoir affaire à une hernie du poumon ou à un prolongement du sac pleural.

La tumeur disséquée par M. Chambert nous représente le lipome sus-claviculaire normal; celles de Curling, le pseudo-lipome en voie de développement du côté de l'aisselle; le lipome enlevé par Lisfranc est un exemple du développement de ce néoplasme par en haut, et celui de M. Ollier par en bas, comme ceux de M. Potain.

Avec toutes les observations précédentes, celles de M. Po-

---

qui appartenait au parti libéral, fut sérieusement inquiété lors de la révolution de 1842. Emprisonné par ordre du général Andrea, il dut attendre quatre mois la décision du jury qui l'acquitta à l'unanimité.

Depuis lors, il pratiqua la médecine à Barbacène; il avait consacré intégralement l'héritage d'un de ses oncles à la fondation d'un hôpital; tous les honoraires qu'il recevait étaient scrupuleusement destinés à l'entretien et à l'amélioration de cet établissement.

— Le charlatanisme est une plante que les bises glaciales du Nord n'étouffent pas plus que le soleil brûlant du Midi. On le trouve à la ville comme à la campagne; les gens du monde l'alimentent et le favorisent, comme les paysans des plus pauvres districts. Il y en a, en Espagne, une variété sur laquelle le docteur Ramos Almazan, qui exerce à Cabeza del Villar dans la province d'Avila, donne de curieux détails. On l'appelle le *curanderisme*. Le curandero est un sorcier, cela va sans dire; ses deux caractères principaux sont la haine du médecin qu'il déprécie quand il le peut, et son amour pour la bourse du prochain, qu'il allège presque toujours. Il y a, dans le village en question, un curandero jouissant d'une telle célébrité qu'on est venu, il y a peu de temps, le chercher en voiture de la capitale d'une province voisine pour donner ses soins à une personne atteinte de cancer utérin. A son arrivée, l'oncle Quitolis, le sorcier de Cabeza del Villar, trouva la place occupée par un confrère. Celui-ci prescrivit une piqûre d'épingle dans la région ombilicale et déclara que la malade était sauvée si du pus sortait pendant qu'il ferait certaines incantations mystérieuses; il ne sortit rien et tio Quitolis restant maître de la place, soumit la malade à son traitement, se fit défrayer de ses frais de route et octroyer la somme respectable de 800 réaux à titre d'honoraires. Le menace-t-on de poursuites ? il répond qu'il ne guérit ni par opération, ni par médicament, que ses résultats tiennent à ce qu'il a reçu de Dieu une grâce spéciale, et il se moque des alcades comme des médecins.

tain, les vôtres, et les deux qui vont suivre, on pourrait donc écrire actuellement sur le lipome vrai ou faux du creux sus-claviculaire un chapitre de pathologie médico-chirurgicale d'autant plus intéressant qu'on ne le trouverait dans aucun livre.

Voici maintenant le fait de Hardman, un peu obscur peut-être quant à l'étiologie, mais dont la constatation n'a laissé rien à désirer, puisque le lipome, pris pour un abcès, a été incisé (1).

Obs. — Un jeune homme de dix-sept ans me consulta pour une tumeur qui existait au côté gauche du cou depuis plus d'un an, était très dure, et s'étendait de l'apophyse mastoïde à la clavicule, le long du muscle sterno-mastoïdien. Dans la certitude que c'était un abcès sous-aponévrotique profond, je l'ouvris en haut et en bas, et il sortit beaucoup de pus. Je fis passer un tube à drainage par les deux ouvertures; en sept semaines environ la tumeur avait presque disparu, et il ne sortait plus qu'un peu de liquide séreux par l'ouverture inférieure; j'ôtai alors le drain pour permettre aux plaies de se cicatriser, ce qui eut lieu en quelques jours.

Trois semaines après le malade revint, disant que depuis que les plaies s'étaient fermées il s'était produit une tumeur dans le cou. Je l'examinai, et je trouvai une grosseur, du volume d'un œuf de poule, immédiatement au-dessus de la clavicule, derrière l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Elle n'était pas douloureuse, et semblait élastique; croyant que c'était un abcès résiduel né du premier, je l'incisai. Il n'en sortit pas une goutte de pus et en examinant la plaie il fut facile de voir que la tumeur était un lipome dont le tissu conjonctif, la capsule, et les lobules graisseux étaient aussi caractéristiques que possible. D'où venait cette tumeur? Trois semaines auparavant, lorsque j'enlevai le drain, j'avais examiné le cou avec le plus grand soin et je n'avais rien trouvé de ce genre; cependant le malade revenait avec un lipome, formant une tumeur ayant les caractères les plus nets, et du volume d'un œuf de poule.

Ainsi donc, mon cher maître, l'agitation louable que vous avez faite autour du pseudo-lipome sus-claviculaire avec votre collègue et ami M. Potain a déjà porté ses fruits au point de vue historique; elle a permis en outre à un médecin embarrassé au sujet d'une tumeur sus-claviculaire, d'en faire le diagnostic exact.

Le journal anglais *The Lancet* rendit compte de la communication de M. Potain à l'Académie dans son numéro du 4 novembre. Par une singulière coïncidence, un médecin de Kineton, le docteur Millican, avait vu la veille un cas semblable aux vôtres, sans trop savoir ce que c'était, et la lecture de l'article de *The Lancet* lui fit comprendre ce qu'il avait vu, et qu'il rapporte ainsi :

(1) Hardman, *The Lancet*, 25 novembre 1876, vol. II, p. 771

Obs. — Mon patient est un homme de cinquante-neuf ans, qui avait fait une chute une semaine ou deux auparavant. Depuis lors le cou était très raide, et c'est pour cela qu'il vint me consulter. En examinant le cou, mon attention se dirigea immédiatement sur une tumeur élastique située dans la région sus-claviculaire gauche. Comme cet homme avait l'habitude depuis plusieurs années de porter des sacs de blé sur cette épaule, j'eus tout d'abord l'idée que c'était une bourse séreuse artificielle. Elle était cependant un peu trop ferme pour cela, et je crus, ainsi que M. Banatrala, qui vit le sujet avec moi, y sentir une sorte de lobulation peu marquée. En découvrant complètement le cou, nous trouvâmes une tumeur semblable, mais moins grosse, du côté droit, ce qui détruisait l'hypothèse de la bourse séreuse, puisque mon patient n'avait pas l'habitude de porter de sac de ce côté. Cependant la tumeur ne répondait pas tout à fait à la description d'un lipome ordinaire, et j'étais dans cet état d'incertitude mentale lorsque je lus l'article du journal. J'ai donc de nouveau examiné le cas, et voici ce que j'ai appris.

Le patient est d'une constitution nettement rhumatismale, ayant souffert de douleurs rhumatoïdes dans les membres et les jointures, depuis plus de trente ans, mais il n'a eu ni rhumatisme aigu ni iritis rhumatismal. Il a eu de fréquentes attaques de lombago, et il y a des signes d'arthrite rhumatismale chronique dans les articulations métacarpo-phalangiennes et dans le genou droit, et en outre une hypertrophie et des irrégularités considérables des deux tibias. La première articulation métacarpo-phalangienne droite fait entendre un craquement distinct dans les mouvements.

La tumeur du côté gauche siège dans l'espace triangulaire formé par le sterno-mastoïdien, le trapèze et la clavicule. Il y a deux pouces de diamètre depuis le centre de la clavicule jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, au sommet du triangle, et deux pouces et demi depuis l'angle antéro-inférieur de la tumeur, recouvrant le bord postérieur du sterno-mastoïdien, jusqu'à la partie postéro-supérieure de la tumeur, en avant du bord antérieur du trapèze. La peau se meut librement sur elle, sans changement de couleur. La tumeur du côté droit est analogue, mais plus petite que celle du côté gauche.

A gauche de l'apophyse épineuse des vertèbres cervicales supérieures, est une tumeur appréciable, ferme et assez sensible, contrastant fortement avec l'état de flaccidité des muscles du côté droit des mêmes apophyses. Je la considère comme une hypertrophie du trapèze, due à ce que le patient portait des fardeaux sur l'épaule gauche, et probablement aggravée actuellement par un léger rhumatisme musculaire. Il y a de l'œdème des deux jambes; mais il n'y a pas de tumeurs semblables, œdémateuses ou lipomateuses, dans aucune autre des régions mentionnées dans votre article.

Le docteur Almazan propose l'ablation, avec le bistouri, d'un épithélioma de la lèvre. Quitolis trouve que c'est inutile et dangereux. Il promet une guérison certaine par sa méthode, et voici en quoi elle consiste : Le malade va se promener avec lui à la campagne; on fait, avec deux branches de chêne convenablement polies, une croix que le curandero bénit en récitant des oraisons que lui seul connaît. Le malade la baise dévotement, à l'entre-croisement des bras, puis on la dépose sur le sol et le sorcier la foule du pied droit. La dernière scène consiste en prières, exclamations sauvages, objurgations au malade pour qu'il soit bien convaincu que son bienfaiteur possède une grâce infaillible. On serait tenté de croire que le guérisseur n'est qu'un pauvre fou; qu'il est le premier persuadé de sa puissance s'il ne savait se faire grassement payer.

En Portugal, le charlatanisme est plus policé, moins mystique. A vrai dire, on s'expliquerait mal que Dieu donnât à un mortel une intuition personnelle pour guérir la syphilis, car c'est à propos de son traitement que les exploiteurs font merveille. Mais pour tout ce qui touche à la santé, on croit et on ne cherche pas, on se soumet, on paye, on ne s'explique rien. Donc la guérison des maladies vénériennes par des remèdes secrets est en honneur sur les bords du Tage. Il paraît même que ces recettes sont bonnes à exploiter; que des médecins trouvent que l'affaire vaut la peine qu'on s'y intéresse puisque la *Gazette médicale* de Coïmbre signalait dernièrement, au mépris de leurs confrères, ceux des membres de la profession qui prêtent la main à des affaires de cette nature. La *Gazette de santé militaire* stigmatise également en termes énergiques ces associations interlopes, dans lesquelles un diplôme régulier devient le parapluie d'un saltimbanque :

« Le cas n'est pas nouveau. On a dit : *Mundus vult decipi decipiatur*. Dans tous les temps des aventuriers ont exploité le prestige du merveilleux et d'une célébrité éphémère. Ce qui est nouveau, c'est la naïveté ou l'effronterie d'hommes

L'urine a toujours de temps en temps déposé des sels, sa densité est de 1016; mais elle est pâle, limpide, incolore, sensiblement acide, ne contient ni albumine ni sucre, et ne présente pas de quantité appréciable d'acide urique (*The Lancet*, 2 décembre 1882, p. 962).

M. Millican ne dit pas connaître d'autre fait du même genre.

En résumé, mon cher maître, vous avez vu, comme M. Potain et M. Millican, le pseudo-lipome sus-claviculaire chez des rhumatisants; un des malades de M. Potain était diabétique; Curling et Hilton Fagge ont trouvé ces tumeurs chez des sujets atteints de crétinisme sporadique; Ord, Dyce Duckworth et autres chez des myxœdémateux. D'où il résulte qu'il existerait, au point de vue étiologique, quatre variétés de pseudo-lipome sus-claviculaire.

Mais si l'on admet avec vous que les diabétiques sont pour la plupart des rhumatisants, voici tout d'abord deux variétés réduites à une. Si d'autre part on tient compte de ces faits : 1° que la malade de Hadden, celle de Lloyd, une de celles de Duckworth et une de celles de Lunn sont signalées comme étant des rhumatisantes; 2° que la constitution des autres malades atteints de myxœdème n'est pas indiquée; 3° que le malade qui a fait le sujet de la belle observation de M. Henrot était diabétique (*Union méd. du Nord-Est*, 1877, vol. I, p. 305 et décembre 1882), ainsi qu'un autre observé par M. Fiessenger (*Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1881, p. 301); tandis qu'un malade de M. Goodhart était goutteux et avait deux frères diabétiques (*Trans. clin. Soc.*, 1882, p. 94), je ne serais point éloigné de rattacher le myxœdème au rhumatisme et de ranger le pseudo-lipome sus-claviculaire des myxœdémateux avec les variétés rhumatismale et diabétique.

Reste la variété crétinoïde. Comme celle-ci est accidentelle, consécutive à un arrêt de développement causé par une maladie grave, peut-être faudrait-il la laisser à part, jusqu'à ce qu'on soit mieux renseigné sur l'influence de l'hérédité invoquée par M. Langdon Down pour expliquer l'apparition de l'état crétinoïde chez les enfants. Toutefois, je dois faire remarquer qu'il existe entre le myxœdème et l'état crétinoïde de bien grandes analogies, puisque malgré tous les efforts tentés par les médecins anglais pour séparer les deux affections, elles sont confondues par d'autres auteurs. Par exemple, le fait de MM. Bourneville et Ollier et celui de M. Guerlain communiqué récemment à la Société de Chirurgie, donnés comme des cas de myxœdème, répondent tout à fait à la description que Curling et Hilton Fagge ont donnée de l'état crétinoïde. Cet état ne serait-il qu'une variété accidentelle du myxœdème spontané? Je serais assez porté à le croire, d'autant plus qu'une des malades de Hilton Fagge était bien nettement arthritique, — et dès lors le pseudo-lipome sus-claviculaire de l'état crétinoïde se confondrait avec celui du myxœdème; celui-ci rentrant dans la variété rhumatismale, il n'y aurait plus qu'une seule espèce de pseudo-lipome sus-claviculaire, que je proposerais d'appeler, pour mettre tout le monde d'accord, *arthritique*.

Peut-être, mon cher maître, trouverez-vous, et d'autres aussi, que cet essai de synthèse est un peu prématuré; c'est pourquoi je déclare que je ne le propose que sous toutes réserves.

A côté de ce pseudo-lipome sans capsule, comme l'a vu M. Curling, se trouve un vrai lipome, que Lisfranc et M. Ollier ont enlevé par une opération chirurgicale, que M. Hardman a pris pour un abcès et incisé et dont M. Chambert a disséqué un spécimen, à Clamart, chez une malade morte de phthisie pulmonaire. C'est là le lipome qu'on peut appeler *chirurgical*, par opposition au pseudo-lipome, et qui présente les mêmes caractères dans la région sus-claviculaire que dans les autres régions : les lobules graisseux sont enveloppés d'une capsule. Cette variété est assez rare, puisque nos recherches assez étendues dans la littérature française et étrangère ne nous en ont fait trouver que trois cas, non compris celui de M. Chambert. Mais maintenant que l'éveil est donné, je ne serais pas surpris d'en voir surgir de tous côtés.

Veuillez agréer, etc.

L.-H. Petit.

P. S. — M. Verneuil nous disait dernièrement qu'il se pourrait bien qu'on ait enlevé quelque pseudo-lipome sus-claviculaire sans le savoir. Un de ses anciens élèves vient de lui envoyer une observation qui paraît démontrer que sa prévision était juste.

Une dame d'une quarantaine d'années, douée d'un fort embonpoint, non glycosurique, mais arthritique et peut-être un peu alcoolique, portait sur l'épaule gauche, dans le triangle sus-claviculaire, une tumeur presque immobile, rénitente, à grand axe dirigé de dehors en dedans; son apparition remontait à deux ans au moins. On avait employé sans succès, dans le but de la faire disparaître, diverses pommades

---

sérieux qui se déclarent guéris par des potions miraculeuses. C'est leur timidité et leur silence quand ils reconnaissent qu'ils se sont trompés.

» Et le nombre des dupes et des thuriféraires augmente! et la dignité professionnelle est humiliée franchement, car des médecins n'hésitent point à prêter aux industriels en remèdes secrets leur concours et leur nom. Il n'est guère possible de concevoir un rôle plus misérable. »

— En Italie, la formation d'une école d'application de médecine militaire a été décidée au Ministère de la guerre. Le programme de l'enseignement, qui correspond à peu de chose près à celui de l'Ecole du Val-de-Grâce, comprend : 1° la chirurgie de guerre (plaies par armes à feu, extraction des projectiles, pansements extemporanés); 2° la médecine légale militaire (maladies simulées, examen des conscrits); 3° hygiène militaire (maladies épidémiques et contagieuses); 4° exposition complète des règlements militaires en temps de paix et en temps de guerre; instructions pour le service des infirmiers-brancardiers, etc.; matériel sanitaire; 5° cours de statistique médicale de comptabilité et d'administration approprié aux fonctions d'aide-major, major, directeur de corps, etc.; 6° service pratique près des corps, des établissements militaires, des sections de santé et des ambulances; 7° instructions sur le transport des blessés par chemin de fer, la lecture des cartes topographiques, etc.

Cette école, dont l'enseignement comprend, comme on le voit, des matières spéciales, étrangères en grande partie aux programmes des Universités, est destinée spécialement à faire des officiers de santé militaire des lauréats en médecine et en chirurgie, atteints par le recrutement.

— Aux dernières élections parlementaires, vingt et un médecins ont été nommés députés, parmi lesquels le professeur Semmola (de Naples). Son programme, à peu près

fondantes, les cataplasmes, et, à l'intérieur, une quantité considérable d'iodure de potassium.

Le docteur X..., chef interne à l'hôpital où j'étais alors interne, crut comme moi à un lipome, et opéra avec mon assistance. La tumeur fut difficile à énucléer, et même l'opérateur ne fut pas sûr d'avoir tout enlevé. Les suites furent heureuses; il y eut cependant au quatrième ou cinquième jour une éruption d'herpès Zoster à la face postérieure et externe du bras. C'était, avec les éruptions d'acné, une preuve de la constitution arthritique de la malade. L'examen de la tumeur, à l'œil nu, nous laissa indécis; ce n'était pas du lipome; elle avait plutôt l'aspect et la consistance d'une tumeur maligne. Néanmoins, depuis trois ans, il n'y a pas eu la moindre récidive.

Malgré l'opinion émise par les jeunes opérateurs sur l'examen de la tumeur à l'œil nu, M. Verneuil pense que cette tumeur, d'après son siège, ses caractères avant l'opération, ses limites indécises et sa bénignité, était un pseudo-lipome sus-claviculaire.

Taille hypogastrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RECLUS, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

Mon cher ami,

Votre intéressant article sur la taille hypogastrique m'a suggéré quelques réflexions que vous m'avez engagé à vous soumettre par écrit et par la voie de ce journal, où vous voulez bien m'accorder l'hospitalité. Je me rends à vos instances et vous en remercie.

Vous avez fait appel à mon expérience, qui, sans être considérable, l'est davantage cependant que celle de la plupart des jeunes chirurgiens de nos jours. Vous saviez, en effet, que, grâce à la bienveillante confiance de mon excellent maître le professeur Guyon, qui, à diverses reprises, m'a chargé de le suppléer dans son service de l'hôpital Necker, je me suis trouvé activement mêlé au mouvement qui se prononce si énergiquement aujourd'hui en faveur de la cystotomie sus-pubienne. Six fois déjà j'ai eu occasion de pratiquer cette opération, et dans des circonstances variées qui méritent d'être relevées.

J'attire tout d'abord votre attention sur ce point particulier, qui n'est pas sans intérêt, à savoir que trois fois seulement j'ai eu recours au ballon de Petersen, dont vous faites si bien ressortir la très réelle utilité. Mes trois premières tailles hautes datent de 1880, l'année même où paraissait le mémoire de Petersen, qui m'était alors complètement inconnu; elles furent faites sans distension préalable du rectum. Les opérations de mon collègue et ami Périer, qui le premier en France eut recours à cette manœuvre préparatoire, sont postérieures aux miennes. Il m'a donc été possible d'apprécier par moi-même la valeur relative des anciens procédés de taille hypogastrique et de celui qui est actuellement en honneur.

Or, tout en me déclarant un partisan décidé de ce dernier, et en associant volontiers mes efforts à ceux des chirurgiens qui tentent de le faire entrer définitivement dans la pratique, je suis bien obligé de reconnaître que le ballonnement rectal n'est pas un temps absolument indispensable de la taille sus-pubienne.

Ce ne fut pas sans une certaine appréhension, je l'avoue, que je me décidai à pratiquer ma première taille par le haut appareil. L'opération était alors complètement tombée en désuétude. Jamais je ne l'avais vu exécuter devant moi par aucun de mes maîtres. Je savais cependant par mes lectures qu'elle était généralement considérée par ceux qui l'avaient pratiquée comme facile et sans gravité; j'avais eu d'ailleurs le soin de m'assurer à nouveau que, sur le cadavre du moins, elle se faisait aisément.

L'événement dépassa de beaucoup mon attente. La découverte de la vessie, son incision, l'extraction du calcul s'opérèrent sans aucune difficulté. La simple réplétion de la vessie à l'aide d'un liquide injecté par l'urèthre avait suffi pour l'amener dans le champ opératoire. J'avais pu mener à bien l'opération sans recourir à l'instrumentation spéciale, recommandée par mes prédécesseurs, et sans le ballonnement rectal, considéré aujourd'hui comme nécessaire. Un cathéter métallique, cannelé sur sa concavité, remplaçant la *sonde à dard* classique, m'avait servi de guide pour l'ouverture de la vessie, et le doigt d'un aide introduit aussitôt dans l'angle supérieur de la plaie avait remplacé avantageusement le *crochet suspenseur*. Je n'eus pas un seul instant le sentiment que le péritoine fût en danger.

Il en fut de même dans ma seconde et ma troisième opération. Ne sait-on pas d'ailleurs qu'avant la modification apportée par Petersen au manuel opératoire, la taille hypogastrique a été pratiquée plus de 588 fois (statistique de Dulles) sans autre manœuvre préliminaire que la distension préalable de la vessie?

---

muet sur les questions de politique générale, présente, en revanche, un exposé de principe relativement au rôle du médecin dans les Assemblées législatives, dont l'application pourrait rendre des services ailleurs qu'en Italie. *Tractant fabrilia fabri*, telle était la devise du candidat.

« La politique, l'administration, les finances, la guerre, la marine, sont autant d'éléments importants pour la grandeur et la prospérité de la patrie. Vous ririez si je vous promettais de dépenser mes forces à discourir sur l'armée ou la marine. D'autres questions non moins graves au point de vue du bien-être moral et matériel du peuple, regardent plus directement la médecine. Après vingt-deux ans d'unité politique, l'Italie manque de législation sanitaire, c'est-à-dire d'un code renfermant la solution des problèmes les plus graves qui touchent à l'hygiène publique, à la police médicale, à l'exercice professionnel. Cette législation qui, chez tous les peuples civilisés, met à sa vraie place la médecine considérée comme science sociale; qui la relève, qui protège les intérêts de ceux qui l'exercent, cette législation-là fait défaut chez nous. » Et plus loin : « L'admirable idéal qu'une nation dont les arsenaux regorgeraient d'armes et qui ne serait composée que de poitrinaires, de pellagreux et de crétins ! Tandis que d'un côté on dépense les millions des contribuables dans d'obscurs marchés, on se borne à calmer les appréhensions du public avec des mesures dérisoires contre la diffusion des épidémies, on ne s'occupe point du pauvre médecin, commissionné, condamné à une existence d'abnégation et de sacrifices. On méconnaît les véritables lois de la physiologie appliquée à la sauvegarde du peuple. »

Dr L. THOMAS.

Est-ce à dire que le procédé du chirurgien de Kiel ne constitue pas un très réel perfectionnement? Je suis fort loin de le nier. Mais son mérite n'est pas là où l'on serait tout d'abord tenté de le chercher. En effet, suivant la très juste remarque du docteur Broussin, dont vous citez l'excellent travail, le ballonnement du rectum ne fait point remonter le cul-de-sac péritonéal. L'examen comparatif des chiffres donnés par Petersen et par ceux qui, avant lui, ont recherché la hauteur à laquelle la réplétion plus ou moins forte de la vessie relevait le péritoine, montre que la distension du rectum n'ajoute rien au résultat obtenu, et n'augmente en aucune façon l'étendue du champ opératoire.

Quels sont donc les avantages du procédé nouveau? Pour moi, ils se résument dans ce fait capital que la vessie soulevée, chassée, pour ainsi dire, hors du bassin, est exactement appliquée derrière la paroi abdominale, et reste en partie du moins dans cette situation, même après son ouverture et l'évacuation de son contenu.

Il en résulte tout d'abord un sentiment de sécurité plus grande pour l'opérateur; il perçoit mieux les contours du globe vésical, qu'il a, pour ainsi dire, sous la main; il n'a pas la crainte bien naturelle de s'égarer en chemin et de faire fausse route. Mais surtout le soulèvement de la vessie et son accolement à la face postérieure du pubis lui permettent d'éviter une faute opératoire sur laquelle, dans une communication à la Société de chirurgie (1881), j'ai déjà eu occasion d'attirer l'attention.

J'ai soutenu que le principal écueil de la taille hypogastrique n'était ni l'ouverture possible du péritoine, ni l'infiltration d'urine tant redoutée, mais bien l'inflammation putride du tissu cellulaire rétro-pubien. Les liquides, disais-je, amassés en ce point, dans une situation déclive qui ne permet pas leur évacuation facile, donnent promptement lieu à des accidents infectieux que rien ne peut conjurer. Chez deux de mes malades, opérés sans ballonnement, l'autopsie montra que la mort avait été due à cet accident. Chez les trois derniers, pour lesquels je fis usage de la distension rectale, et bien que l'un d'eux ait succombé, rien de pareil ne survint.

Je crois, en effet, que le meilleur moyen d'éviter cette complication est de ne porter derrière le pubis ni doigt, ni instrument. Cela est difficile lorsque la vessie demeure plus ou moins enfoncée dans le bassin, et, lorsque l'on a la tentation, pour éviter à tout prix le péritoine, de l'aborder le plus bas possible. Cette région dangereuse est, au contraire, presque nécessairement respectée lorsque le réservoir urinaire occupe la situation que lui impose une forte distension du rectum.

Enfin il est incontestable que la vessie, soulevée par le ballon, demeure plus à portée de l'opérateur alors même qu'elle est incisée et vidée. Il suffit pour s'en assurer d'observer le mouvement *plongeant* qu'elle exécute lorsque, l'opération terminée, on fait écouler le liquide qui distendait le rectum.

Cette situation élevée de la vessie facilite les manœuvres d'extraction du calcul, et au besoin permettrait une application plus exacte de la suture vésicale.

Cette étude un peu minutieuse des avantages du procédé de Petersen n'est pas sans utilité. Elle montre où résident les dangers de l'opération, dangers que le ballonnement rectal ne supprime pas complètement, mais qu'il permet d'éviter presque à coup sûr. D'autre part, elle établit que la manœuvre n'est pas absolument nécessaire. Il n'est pas impossible, sans y avoir recours, de respecter le tissu cellulaire rétro-pubien, si l'on n'a eu soin de pratiquer le refoulement du péritoine, sur lequel insiste avec tant de raison le professeur Guyon. D'autre part, la vessie, non soulevée par le rectum distendu, n'est pas tellement cachée derrière le pubis que l'on ne puisse facilement l'atteindre, l'ouvrir et en extraire le contenu. La suture elle-même est alors encore praticable; de nombreux faits, sans compter ceux qui me sont propres, l'ont prouvé.

On voit où conduisent ces remarques. La taille hypogastrique est une opération que l'on peut considérer comme facile, plus facile que la taille périnéale. Suivant le mot de Dulles, elle doit pouvoir être faite sans instrumentation spéciale, de sorte qu'elle puisse être exécutée par tous et en tous lieux. Il n'y aurait pas faute grave à passer outre, alors que, pour une raison ou pour une autre, le ballon rectal ferait défaut.

Je passe à un second point qui ne m'arrêtera pas longuement. Il exigerait, pour être traité complètement, des développements qui ne seraient pas ici à leur place. Je vous le signale cependant, car vous n'en faites qu'à peine mention dans votre article. Je veux parler de la suture de la vessie à la suite de la taille sus-pubienne. Elle est, il est vrai, complètement abandonnée en France. Moi-même après trois tentatives dont une seule a réussi je suis peu porté à y avoir recours. Je crois cependant que l'on en appellera un jour d'une proscription aussi rigoureuse.

Il est, en effet, absolument démontré que la suture de la vessie peut réussir, et qu'elle a pour résultat de hâter singulièrement la guérison définitive.

En Allemagne, et surtout en Amérique, quelques chirurgiens l'emploient systématiquement et disent n'avoir eu qu'à s'en louer.

M. Broussin cependant est arrivé, en analysant les faits connus, à cette conclusion, que l'emploi de la suture paraît élever un peu la mortalité de la taille hypogastrique. Mais le nombre des observations qu'il a pu recueillir est, il le reconnaît lui-même, trop peu considérable, pour autoriser une conclusion définitive.

Pour moi, la question doit rester à l'étude. Les recherches toutes récentes de Vincent sur les meilleurs procédés de suture de la vessie, celles de Duchâtelet, sur la façon de l'appliquer, la facilité que donnerait, pour ce temps de l'opération, le soulèvement de la vessie par le ballon rectal, autorisent de nouvelles tentatives dans ce sens, et permettent de ne pas désespérer du succès.

Tous les autres points du manuel opératoire de la taille hypogastrique ont été, par vous, mon cher ami, complètement exposés. Vous avez rappelé la manière de faire, à la fois prudente et ingénieuse dans les détails, de notre maître commun le professeur Guyon. Je crois comme vous qu'en suivant exactement cet excellent modèle on évitera tout mécompte. Je dois cependant à ce sujet vous signaler un accident opératoire qui m'est survenu et qui est trop instructif pour être passé sous silence.

C'était dans ma dernière opération de taille faite cette année même à l'hôpital Necker. Le malade était un homme, jeune encore, porteur d'une pierre d'enfance, et dont la vessie était probablement altérée par la présence déjà ancienne du calcul. L'anesthésie obtenue, je fis, comme à l'ordinaire, une injection dans la vessie pour la distendre. Celle-ci, peu tolérante, gardait mal le liquide. Malgré tous nos efforts il était en partie rejeté, et l'on ne pouvait apprécier exactement la quan-

tité conservée. Aussi, suivant le conseil de M. Guyon, me guidai-je plutôt sur la sensation de résistance opposée à la progression du piston de la seringue, que sur le volume du liquide employé pour l'injection.

La vessie commençait à se dessiner au-dessus du pubis, et j'achevais de vider, sans déployer aucune force, une dernière seringue, lorsque subitement toute résistance cessa ; en même temps il nous parut que la matité sus-pubienne était moins nette. J'eus aussitôt la pensée que la vessie s'était rompue. Je n'avais cependant à cet égard aucune certitude, et je n'en poursuivis pas moins l'opération. Le ballon rectal fut introduit et distendu, et l'incision sus-pubienne pratiquée.

Les lèvres de la plaie écartées, on put apercevoir le péritoine en occupant toute la hauteur et descendant jusqu'au pubis ; la vessie ne formait aucun relief. Je ne crus pas cependant, comme je fus un instant sur le point de le faire, devoir abandonner la partie. Si vraiment la vessie était rompue, le meilleur moyen de prévenir tout accident était de l'ouvrir largement et d'assurer un libre écoulement de l'urine à l'extérieur. Je dégageai donc le cul-de-sac péritonéal et, passant le doigt juste au-dessus du pubis, je refoulai la séreuse de bas en haut jusqu'à l'angle supérieur de la plaie. Je pus alors apercevoir la vessie et l'ouvrir; elle contenait encore une notable quantité de liquide qui s'écoula à l'incision ; la pierre fut saisie et extraite sans difficulté. — Le malade fut pansé suivant la méthode de M. Guyon; deux tubes adossés, plongeant dans la vessie et fixés au bord de la plaie, pendaient entre les cuisses.

Vous n'apprendrez pas sans étonnement que les incidents que je viens de rapporter n'eurent aucune suite fâcheuse. La réaction générale fut singulièrement modérée, et les accidents locaux absolument nuls. La guérison définitive fut entravée par un état général fébrile, survenu ultérieurement, mais qui parut absolument indépendant de la complication opératoire.

Ce fait porte avec lui, me semble-t-il, un double enseignement. Il montre d'abord que certaines vessies peuvent être altérées par suite du long contact de la pierre, au point de supporter mal la distension. Dans ces conditions, on cherchera à s'assurer exactement de la quantité du liquide injecté ; l'on se gardera de dépasser le chiffre de 300 à 350 grammes indiqué par les auteurs, alors même que le peu de résistance de l'organe semblerait autoriser à pousser la dilatation plus loin. Il établit ensuite l'excellence de la manœuvre préconisée par M. Guyon, et qui consiste à pratiquer avec le doigt le refoulement du péritoine. Dans le cas qui vient d'être rapporté, j'ai pu, grâce à cet artifice, me débarrasser d'un péritoine qui occupait tout le champ opératoire. Dans les circonstances ordinaires, on n'est jamais certain que le cul-de-sac péritonéal aura été suffisamment relevé par la distension de la vessie et du rectum. Il sera toujours plus prudent, et, on le voit, très facile, de le mettre hors de cause, en refoulant de bas en haut, après l'incision de la paroi abdominale, et avant l'ouverture de la vessie, les parties qui recouvrent immédiatement sa face antérieure.

Je termine ici ces quelques remarques, ne voulant pas, sur d'autres points, répéter sous une autre forme ce que vous avez si bien dit. Je partage, en particulier, absolument votre avis sur la valeur de la taille hypogastrique et sur l'avenir qui lui est réservé.

Il y a plus d'un an, au reste, que, chargé de présenter à la Société de Chirurgie les observations du docteur Bois (d'Aurillac), je disais, d'accord avec ce dernier et avec tous ceux qui ont pratiqué la cystotomie sus-pubienne, « que l'opération est relativement facile d'exécution et que l'on arrive à » éviter presque à coup sûr la blessure du péritoine ; que « bien mieux que les tailles périnéales elle permet l'extraction de calculs volumineux; qu'elle n'expose pas » comme celle-ci à la blessure d'organes importants ; qu'en » somme, trop négligée par nos contemporains, elle mérite » dans la pratique chirurgicale une autre place que celle » qu'elle y occupe aujourd'hui », et j'ajoutais : « Il semble, » au reste, qu'en ce moment même un mouvement important se dessine en ce sens. »

Je faisais là surtout allusion aux efforts tentés à l'étranger par Gunther et par Dulles, pour la remettre en honneur, et aux opérations plus récentes faites en France par Bois, Périer et par moi-même.

Depuis lors, grâce à la vigoureuse impulsion et à la haute autorité du professeur Guyon, la taille hypogastrique paraît reprendre définitivement droit de cité parmi nous.

« Le changement de front », comme vous le dites, est complet. Les tailles périnéales, plus dangereuses et moins efficaces, sont abandonnées. Lithotritie ou cystotomie sus-pubienne, c'est à ces deux termes que paraît devoir se réduire aujourd'hui la question du traitement chirurgical des calculs.

Charles Monod.

Contributions pharmaceutiques.

FORMULES DE MÉDICAMENTS CONTRE LE PRURIT VULVAIRE.

Cette affection si désagréable a été combattue de bien des manières, et il serait aussi fastidieux qu'inutile de toutes les rappeler ici. Ce que la *Gazette* réclame de moi, c'est un choix raisonné, une sélection de formules que je puisse garantir à tous les points de vue.

Sur les sujets que je traite, la quantité ne prouve rien, c'est la qualité qui prime tout. J'y mets tous mes soins, et l'accueil fait à mes petits articles me récompense largement de mes efforts.

Voici les préparations que je recommande à nos lecteurs contre les démangeaisons pénibles qu'occasionne le prurit dont je parle plus haut :

Lotion de Gowland.

Cette lotion contient 15 centigrammes de sublimé pour 100 grammes de lait d'amandes amères.

Lotion du docteur E. Vidal.

Celle-ci contient de 3 à 4 grammes de chloral hydraté pour 100 grammes d'eau de roses.

Après ces lotions on saupoudre avec de l'amidon.

Pommade du docteur N. Gueneau de Mussy.

Glycéré d'amidon........	20 grammes.
Sous-nitrate de bismuth...	1 —
Bromure de potassium.....	1 —
Calomel................	50 centigrammes.
Extrait de belladone......	25 —

En mettre le soir sur la région prurigineuse.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Traitement de la fièvre typhoïde a Lyon en 1883, par le docteur Frantz Glénard (de Lyon).

(Suite. — Voyez le n° 2.)

II. — *Méthode de Brand.*

« La méthode des bains froids a pour principe essentiel de soustraire constamment, à l'aide du froid, du calorique au malade, pendant tout le cours de sa maladie, jour et nuit, du début à la fin et d'une façon suffisante ; dans le but de maintenir la température du corps à une hauteur moyenne modérée (entre 38 et 39 degrés), de placer l'organisme dans des conditions presque normales de fonctionnement, de pouvoir le nourrir et de prévenir les complications au lieu d'avoir à les combattre. » (Brand, *loc. cit.*, 2e éd., p. 291.)

Méthode *prophylactique* et nullement symptomatique ou expectante « armée du bain froid » qui se résume en trois termes : *traiter dès le début, refroidir, nourrir.*

Il convient, pour bien mettre en lumière l'*esprit* de la méthode, d'en donner comme la *lettre*, en récapitulant les préceptes généraux d'application sur lesquels doit s'appuyer son individualisation à chaque cas.

Je puis résumer ainsi qu'il suit, la pratique actuelle :

1° Instituer les bains froids dès le début.

Le *début* comprend le stade prodromique et les quatre jours au plus qui suivent le premier frisson. *L'erreur de diagnostic*, possible avec la *fièvre gastrique*, la *pneumonie* ou la *tuberculose miliaire*, sera avantageuse pour les deux première maladies, sans inconvénient pour la troisième. J'ai vu traiter avec succès par le froid 29 pneumonies à Stettin, 3 à Lyon.

Le diagnostic entre la *fièvre typhoïde* et la *fièvre gastrique*, baignées dès le début, étant impossible pendant le traitement, sera tranché par la courbe fébrile, la durée de la fièvre, appréciée par la température avant les bains, et le nombre des bains.

Voici, sur ce point, quelles sont les règles qui président aux statistiques allemandes et à toutes celles que j'ai présentées :

« Les malades, en dépit de toutes les mesures prises, ne sont » pas assez tôt soumis à l'examen du médecin, c'est-à-dire au » traitement. Ils arrivent, en moyenne, au cinquième jour de la » maladie, et, en général avec une température de 39 degrés (et » au-dessus) qui indique le traitement immédiat par les bains.

» La température élevée de 39 degrés (et au-dessus) décide le » début du traitement hydriatique, même si les autres symptômes » de la maladie ne laissent que de loin soupçonner une fièvre » typhoïde.

» La fièvre gastrique (catarrhe gastrique aigu) est admise » lorsqu'il y a réellement les symptômes d'un catarrhe gastrique, » mais non ceux d'une maladie infectieuse (voy. aussi plus bas, *a*).

» Nous reconnaissons *quatre degrés différents de fièvre typhoïde*, caractérisés par leur intensité et surtout par la durée » de la fièvre.

» *a*. Typhus levissimus. — Onze à douze jours de fièvre dont » cinq à six jours de température au-dessus de 39 degrés ; 12 à » 13 bains sont nécessaires, ainsi que vingt-neuf jours de traitement.

» *Ces cas de typhus levissimus, dans lesquels rentrent les » formes abortives, sont évidemment exclus des statistiques » de fièvre typhoïde.* La plupart des médecins tendent à assimiler ces deux variétés (typhus levissimus et typhus abortif) non » à la fièvre typhoïde, mais à la fièvre gastrique.

» *b*. Typhus levis. — Dix-sept jours de fièvre, 28 bains, » trente-huit jours de traitement.

» *c*. Mittelschwerer typhus. — Vingt-quatre à vingt-cinq jours » de fièvre, 59 bains, quarante-huit à quarante-neuf jours de traitement.

» *d*. Typhus gravis. — Trente-trois jours de fièvre, 95 à » 96 bains, soixante-sept jours et demi de traitement.

» La proportion de ces trois formes a été la suivante sur » 1125 cas (non compris, bien entendu, les typhus levissimus) :

» Typhus léger, 373 cas ou 33,2 pour 100.

» Typhus moyen, 435 cas ou 38,8 pour 100.

» Typhus grave, 317 cas ou 28 pour 100. »

(Dr Abel. *Communication personnelle.*)

Brand conseille une dose de 50 centigrammes de calomel pendant la période d'hésitation.

2° Bains de quinze minutes et de 18 à 20 degrés, toutes les trois heures, jour et nuit, tant que la température rectale du malade atteint 39 degrés trois heures après le bain. Légère affusion d'eau très froide (8-12 degrés) sur la tête pendant 1-2 minutes après l'entrée et avant la sortie du bain. La température rectale doit être abaissée de 1 degré au moins, pendant une heure environ après le bain (1).

Le *massage du corps* et surtout des extrémités pendant le bain favorisera la circulation et facilitera la réfrigération ; les fenêtres seront fermées pendant le bain.

L'affusion sur la tête devra être d'autant plus froide que les symptômes céphaliques seront plus prononcés. La différence de température entre l'eau du bain et celle de l'affusion font paraître le bain plus chaud.

Il faut se garder de cesser le bain lorsqu'arrive le *frisson* (douzième minute), le continuer, puis ne pas s'effrayer si le frisson dure plus ou moins longtemps dans le lit après le bain.

Le *drap mouillé*, assez souvent renouvelé pour abaisser de 1 degré la température rectale, en quinze ou vingt minutes, peut évidemment remplacer le bain. Il est moins pratique, plus incommode, plus fatigant et moins sûr que le bain, surtout dans les hôpitaux. Il faut, en outre, deux lits.

Après le bain, les pieds seront soigneusement enveloppés de flanelle ou même réchauffés. Le malade sera peu couvert. *Si les bains n'abaissent pas la température de 1 degré au minimum, il faut les donner plus froids, plus longs, plus fréquents.* La température du malade et celle du bain notées par l'infirmier seront contrôlées par le médecin, au moins une fois par jour.

Si la température rectale n'atteint pas 39 degrés trois heures après le bain, il ne faut pas attendre trois nouvelles heures avant de la rechercher, mais placer le thermomètre d'heure en heure.

Dans ce dernier cas les bains devront être moins froids et plus courts, suivant l'effet produit.

3° Après la *défervescence*, si la température atteint encore 38°,5, il faut, pour éviter les rechutes, donner chaque soir, à six heures, un bain court de cinq minutes seulement. Enfin, lorsque le thermomètre ne dépasse plus 38 degrés, le malade est convalescent, doit être mieux nourri et il n'y a plus lieu de recourir aux bains.

Le malade gardera encore le lit jusqu'à ce que la température n'ait plus dépassé 38 degrés pendant quatre jours. Alors il pourra se lever et sortir, si le temps le permet, pendant quelques minutes, sans se reposer autrement que dans son lit. Il attendra également cette limite pour changer son alimentation.

Il devra être changé de salle, être tenu plus chaudement.

4° Si la *diarrhée* persiste ou si la température est très élevée, que la maladie soit *grave*, il faut appliquer dans l'intervalle des bains, des compresses froides sur la tête, l'abdomen et la poitrine, parfois même sur le dos, et les renouveler assez souvent (à moins qu'il n'y ait un sommeil tranquille) pour que ces régions soient constamment fraîches au toucher.

Si la *diarrhée* persiste (dans le cas, par exemple, où les bains froids auraient été précédés de purgatifs) malgré les compresses froides, Brand recommande les pilules suivantes :

Tannin..................	10 grammes
Extr. alcool. noix vomique.	10 centigrammes
Opium..................	15 —
Extrait de gentiane........	q. s.

Faites des pilules de 10 centigrammes. 3 toutes les trois heures.

(1) *La fièvre typhoïde sans hyperthermie* des sujets débilités sera traitée par des bains dont l'effet est de relever le système nerveux sans refroidir : bains de 28 degrés de 3-5 minutes de durée (éviter le frisson), avec affusion graduellement refroidie de 20 à 12 degrés ; 4-6 en vingt-quatre heures, friction énergique dans le bain, compresses, bonne nourriture, vin généreux. Après quelques bains la fièvre typhoïde redeviendra normale et l'hyperthermie indiquera le retour à la formule générale du traitement par les bains froids.

Contre la *constipation*, jamais de purgatifs; mais lavements froids de 20 degrés, graduellement injectés; et s'ils ne suffisent pas, lavements d'eau et de bile de bœuf fraîche, à parties égales, ou d'eau et de un quart de vinaigre.

Suivant leur étendue, leur siège, la fréquence de leur changement, les compresses peuvent agir localement contre les complications, comme antiphlogistiques ou révulsives.

5° Le malade doit *boire tous les quarts d'heure*, à moins qu'il ne sommeille paisiblement, une gorgée d'eau froide, tant que sa langue est sèche, son urine rare et trouble. Il doit *manger, toutes les trois heures jour et nuit*, c'est-à-dire après chaque bain, des aliments liquides et, dans les cas graves, boire un verre de vin généreux avant et après chaque bain. La nourriture doit être surveillée avec le plus grand soin et il faut en prévenir les excès.

L'eau froide en boisson, dont la pureté doit être assurée, peut être remplacée par la limonade au citron ou l'eau de Seltz.

L'alimentation se composera de lait pur ou aromatisé avec du café, du thé, du cacao; bouillon dégraissé, potages légers de gruau, de pâtes, assaisonnées ou non à l'extrait de viande. La variété est nécessaire.

Büttner adjoint au bouillon 2-4 œufs crus dans les vingt-quatre heures.

L'*alimentation de la convalescence* (repas toutes les trois heures, sauf la nuit, et une, puis deux fois par jour, viande rôtie, pain en petite quantité, etc.), est commencée après quatre jours (Brand), huit jours (Abel), ou même douze jours (Büttner) de température ne dépassant plus 38 degrés. Elle doit être particulièrement surveillée.

Le *vin* avant et après le bain peut être remplacé par un grog au rhum, au cognac, étendus d'eau froide et quelquefois chaude. Une bouteille de vin par jour dans les cas graves, une demie dans les cas légers, surtout à partir de minuit.

6° Le traitement par les bains ne doit être suspendu que dans les cas d'*entérorrhagie vraie*, de *perforation* ou de *péritonite*. Alors seulement, il faut substituer aux bains les vessies de glace et le sulfate de quinine. Ce sont les seules contre-indications au traitement par les bains froids ou à leur continuation régulière.

Le sulfate de quinine sera donné suivant la méthode de Liebermeister : 1gr,50 à 2 grammes, dissous dans 30-40 grammes d'eau, le soir à neuf heures, une cuillerée tous les quarts d'heures. Tous les deux jours, la dose variant suivant l'effet antipyrétique produit.

Au cas d'*entérorrhagie*, on ne suspendra les bains que si la température tombe au-dessous de 39 degrés, s'il y a les signes d'une perte de sang abondante (pouls, urine, menace de syncope, de collapsus).

7° S'il se déclare une *pneumonie primitive*, il faut instituer ou continuer le traitement, comme si elle n'existait pas (c'est une double indication au traitement, Abel). Mais, affusions plus froides (6-8 degrés), compresses froides sur la poitrine. Dans le cas de *pneumonie secondaire* (c'est-à-dire après la chute de la fièvre, pendant la convalescence), bain froid de quinze minutes à 20 degrés, lorsque la température atteint 40 degrés (toutes les six heures au plus); pendant le bain, frotter énergiquement le corps après le bain, réchauffer vivement les extrémités, boisson fortement alcoolique, si le pouls dépasse 120 ou ne concorde, ni par sa force, ni par sa fréquence, avec l'élévation de la température. Si le cœur est menacé d'insuffisance on donnera le bain graduellement refroidi et du sulfate de quinine.

Dans ce dernier cas, les injections sous-cutanées d'éther m'ont rendu d'*admirables* services.

Contre la pneumonie secondaire, Brand préfère au bain le drap mouillé renouvelé 3 fois, la première de cinq minutes, la deuxième de dix, la troisième de quinze minutes de durée, puis frictions sèches.

En tous cas cesser les bains à la fin du huitième ou au plus du neuvième jour (crise).

Contre le *catarrhe bronchique* de la fièvre typhoïde, compresses froides sur la poitrine, affusions très froides, suivies de frictions très énergiques dans le bain.

Si les symptômes thoraciques, et en particulier la *toux*, persistent malgré l'amélioration générale, Brand recommande les pilules suivantes (pil. de Heim) :

Poudre de digitale........ }	
Poudre de racine d'ipéca.. }	ââ 3 grammes
Soufre doré d'antimoine... }	
Poudre d'opium..........	30 centigrammes
Extrait d'aunée.........	18 grammes

Faire des pilules de 10 centigrammes. 1 toutes les trois heures.

8° Dans les cas où le traitement ne peut être institué qu'à une période tardive, si la fièvre typhoïde est *dégénérée, compliquée*, que l'on ait lieu de redouter le *schock* du bain froid sur le cœur ou le système nerveux, il faut employer le grand bain de 28 degrés (l'eau ne dépassant pas les mamelons) graduellement refroidi par l'addition d'eau à 18 degrés; affusion de 10 degrés au début du bain; massage énergique dans le bain; durée variable de quinze à vingt-cinq minutes, toutes les trois heures. Compresses froides renouvelées, sur l'abdomen, la poitrine et le dos. Réchauffer les extrémités après le bain. *Injections sous-cutanées d'éther*. Mixture de Stokes.

Potion de Stokes :

Cognac................. }	ââ 60 grammes
Eau de cannelle......... }	
Jaune d'œuf.............	n° 1
Sirop simple............	30 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Peu à peu on reviendra à la formule habituelle.

Alimentation chaude, surtout de lait, après chaque bain. Plus tard essayer la viande crue même avant la chute de la fièvre.

Telle est la méthode Brand dans les grandes lignes de son application, telle que je l'ai présentée en 1873 d'après les œuvres et la pratique clinique de Brand, telle que Brand la résume pour le traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires (Brand, *Die Wasserbehandlung der typhoesen Fieber*. 2e édit. 1877. Tübingen, p. 343). C'est ce résumé que reproduit dans ses colonnes le rapport du Conseil de santé de l'armée prussienne au ministère de la guerre (*Statistischer Sanitaets Bericht für die königlich Preussische Armee*. Berlin, 1881, p. 15).

C'est la méthode exclusive de traitement de la fièvre typhoïde dans les 25 hôpitaux militaires du 2e corps d'armée allemand (Dr Abel).

C'est la méthode qu'on emploie couramment à Lyon aujourd'hui. L'Ecole de Lyon l'a adoptée après dix années d'expérimentation, d'épreuves, de nobles et courageux efforts; et elle veut la propager parce que cette méthode guérit plus de malades que toutes les autres.

Tel doit être enfin le point de départ de toute discussion, le terrain sur lequel doivent se circonscrire toutes les appréciations sur la valeur de la *méthode de* BRAND (1).

Tout mode d'application du traitement par les bains froids, suivant lequel on administrera les bains sans se conformer à

(1) La *Méthode de Brand* doit être jugée par les cas traités suivant la méthode de Brand et non par les cas traités suivant d'autres méthodes de bains froids. Voici les autres méthodes :

Méthode de Jürgensen (auj. rallié à la Méth. de Brand) 1860 bains de 10°,10'; toutes les fois que la T. rectale atteint 40 degrés (10 à 12 fois en vingt-quatre heures).

160 cas traités, 5 morts = 3,1 pour 100 (au lieu de 15,4 pour 100. Jurgensen. Leipzig 1866). *Méthode de Zeimssen* (1870).

Bains refroidis de 35 à 20 degrés, en 15-20 minutes, toutes les fois que la T. rectale atteint 40 degrés.

52 cas traités, 6 morts = 12 pour 100 (au lieu de 30,2 pour 100. Ziemssen. Leipzig 1870). *Méthode de Liebermeister* (1868).

Bains de 10°,15' toutes les fois que la T. rectale dépasse 40 degrés; quinine à dose massive tous les deux soirs :

1183 cas traités, 130 morts = 8,8 pour 100 (au lieu de 27,3 pour 100. Liebermeister. Liepzig 1875).

Méthodes inconséquentes ou expectantes armées de bain froid. J'appelle ainsi les méthodes où l'on donne 1 à 4 bains en vingt-quatre heures; pas de bains la nuit, les bains n'abaissent pas la T. rectale de 1 degré au moins, etc., etc.

ces principes; suivant lequel, sous prétexte de « rationaliser », de « médicaliser » la méthode de Brand, de l'employer avec « intelligence », avec « modération », etc., on croira devoir :

Réserver les bains aux cas graves jugés au-dessus des ressources de la médication ordinaire;

Restreindre les bains à certaines indications spéciales rebelles aux « armes » habituelles de l'expectation;

Les suspendre trop tôt, ou à la première complication;

Ou enfin : ne les donner ni à une température ni à un degré suffisant pour abaisser la chaleur fébrile de 1 degré au moins après chaque bain,— ni à un intervalle tel que le bain soit renouvelé lorsque l'effet du précédent est épuisé— ou sans le complément de l'affusion des compresses, de la boisson froide.

De tels modes d'application pourront servir par leurs résultats à apprécier l'effet isolé d'un ou de plusieurs bains froids et permettront encore de rendre, par hasard, de signalés services, mais ne seront d'aucune valeur dans les éléments d'une discussion sur la méthode de Brand.

Ce n'est pas l'eau froide qui guérit, c'est son mode d'application. Baigner un malade, ce n'est pas le traiter par la méthode de Brand. La méthode de Brand ne peut et ne doit être jugée que par les cas où elle a été employée rigoureusement telle que je viens de l'esquisser.

Nul traitement ne demande peut-être plus de tact, de sens clinique, de dévouement de la part du médecin, mais nul traitement ne lui donne autant de satisfaction, parce que nul ne le rend aussi puissant! Il tient son malade dans sa main!

Les difficultés d'application sont plus théoriques que réelles.

Quant à l'*origine de la méthode* et des règles si précises qui la caractérisent, il faut les chercher exclusivement dans les résultats de l'observation du malade, de l'expérimentation clinique dont elles se sont peu à peu dégagées avec la netteté que nous leur voyons aujourd'hui.

Origine diamétralement opposée à celle des tentatives antiseptiques actuelles!

Le malade guérissait, l'explication est venue après, tout le reste n'est que théorie.

Hypothèse, — l'idée que l'*hyperthermie cause toute la gravité de la maladie* et engendre, par elle seule, les complications qui causent la mort. = Le fait est que la maladie, refroidie à temps et méthodiquement, devient bénigne.

Hypothèse, — l'idée que *le bain froid agit en soustrayant du calorique*. = Le fait est que le bain est inefficace s'il ne refroidit pas, s'il n'abaisse pas la température fébrile au moins d'un degré.

Théorie, enfin, — l'opinion que le processus typhique est réfréné par le froid, comme le serait la fermentation d'un mélange de levure et d'orge germée, en un mot, que *le processus typhique est une fermentation*. = Le fait est qu'une fièvre typhoïde, méthodiquement refroidie dès le début, évolue sans symptômes alarmants, — de même que le mélange fermentescible, suffisamment refroidi, avant le développement de la fermentation, se maintient sans dégagement d'alcool; le fait est que la suspension du froid, permet aux symptômes typhiques de se manifester, dans le premier cas, tant que la fièvre n'est pas tombée, — de même qu'à l'alcool de se dégager, dans le second, tant que l'infusion est encore fermentescible.

Mais ces hypothèses, cette théorie, qui d'ailleurs paraissent être nées d'hier, tellement elles cadrent avec les données expérimentales les plus récentes de la science française (1), sont utiles à conserver, parce que leur conséquence rigoureuse est précisément, qu'il faut traiter la fièvre typhoïde en suivant strictement ces mêmes règles que l'observation avait dévoilées et démontrées les meilleures pour guérir la fièvre typhoïde, c'est-à-dire *dès le début, suffisamment, continuellement.*

La théorie, née de la pratique, venait à son tour pour guider la pratique.

C'est quelque chose, que d'avoir un « fil médicinal », quand il s'agit de se diriger en thérapeutique.

III. — *Les bains froids à Lyon depuis* 1873.

En 1870-1871, pendant ma captivité comme prisonnier de guerre, à Stettin, je fus recommandé au docteur Brand par le professeur Pettenkoffer, de Munich. Brand se montra à mon égard plus qu'un généreux ennemi. Il fut le bienfaiteur des Français à Stettin (23 000 prisonniers), l'intermédiaire et le dispensateur des secours que Lyon leur envoya. Après la guerre, il reçut du gouvernement français un témoignage bien mérité de reconnaissance pour les services qu'il avait rendus à nos compatriotes.

J'obtins de lui, dans l'espoir de me rendre un peu utile à mes compagnons de captivité, la permission de l'accompagner à son hôpital français (*Fort Léopold*) et je le suivais ensuite à l'hôpital allemand qu'il dirigeait (*Pomerensdorff*). Je pus ainsi, pendant cinq mois, et quatre heures chaque matin, observer les effets et les résultats du traitement de 89 fièvres typhoïdes par les bains froids, suivant sa méthode : 4 seulement succombèrent, et seulement parmi les malades chez lesquels le traitement n'avait pu être appliqué qu'à une phase tardive et désespérée de la maladie, du quinzième au vingt-cinquième jour après le début.

Mais ce fut encore moins ce succès inouï, surtout si l'on a égard aux conditions physiques et morales déplorables dans lesquelles se trouvaient les soldats, que la transformation merveilleuse du malade sous l'influence du traitement, qui excitèrent mon admiration.

En 1873, pendant mon internat aux hôpitaux de Lyon, il me fut enfin donné, grâce à mon très distingué chef de service le docteur Elie Faivre, d'appliquer, à l'hôpital de la Croix-Rousse, la méthode de Brand au traitement de treize fièvres typhoïdes et d'une dizaine d'embarras gastriques. Ces malades furent suivis par plusieurs médecins des hôpitaux et le succès répondit tellement à mon attente et à mes promesses que, de ce jour, la méthode des bains froids prenait racine à Lyon, y comptait désormais de zélés défenseurs et ne pouvait qu'irrésistiblement rallier peu à peu tout le corps médical.

Car, disais-je alors, c'est le privilège de cette méthode, si opposée aux errements actuels, que le simple fait de l'avoir appliquée, ne fût-ce que sur un seul malade, imprime au médecin une conviction plus inébranlable que ne pourraient le faire les plus belles statistiques, les meilleurs arguments.

Il y a vraiment lieu de se demander, en présence d'un malade traité méthodiquement depuis le début, comment et de quoi il pourrait bien mourir!

Pas un symptôme nerveux; aucune céphalalgie, le sommeil est parfait. La langue est propre, l'appétit démesuré, la digestion bonne, les selles régulières. Le malade n'éprouve aucune sensation morbide subjective : il ne se plaint de rien,... sauf de la fréquence de ses bains, à moins que l'infirmier n'ait pas fait son service?

(1) Je relève les paroles suivantes dans la dernière discussion de l'Académie de médecine. M. *Bouley:* « N'est-on pas en droit de se demander si l'amélioration que l'on détermine, par l'abaissement de leur température, chez les malades atteints de fièvre typhoïde, ne dépendrait pas de ce que la chaleur diminuée ferait de l'organisme un milieu moins favorable à la pullulation de l'élément vivant d'où la fièvre typhoïde procède ? » (*Bull. Acad. méd.*, 1882, p. 960.)

Et plus tard M. *Gueneau de Mussy:* « Il me semble permis de se demander, après les découvertes de M. Pasteur sur l'influence que l'air et la température exercent sur les microbes, si un des effets du refroidissement, quand il est efficace, ne serait pas de troubler l'évolution et la multiplication de ces germes infectieux que nous sommes conduits à admettre derrière la phénoménalité morbide des maladies spécifiques. (*Bull. Acad. méd.*, 1882, p. 1316.)

Température élevée avant le bain, peau chaude et sèche, mais sans chaleur mordicante, pouls un peu fréquent, catharre bronchique, hypertrophie de la rate, quelques taches roséoliques, une légère diminution du poids du corps — voilà tout ce que l'on observe.

Mais, qu'on interrompe le traitement vingt-quatre heures, quelquefois seulement douze heures, tout le syndrome typhique va reparaître, et avec lui complications, pronostic douteux, etc.

Lorsque je publiai les premiers résultats, je résumai ce que j'avais observé en deux formules :

L'une, *schématique*, pour le mode d'application de la méthode qui m'avait paru le plus généralement indiqué :

« *Toutes les trois heures, jour et nuit, un bain de* 20 *degrés, de quinze minutes de durée, tant que la température rectale dépasse* 38°,5 *trois heures après le bain; affusion froide dans le bain; compresses froides, eau froide en boisson dans l'intervalle des bains; alimentation liquide après chaque bain.* »

L'autre, *théorique*, pour exprimer les résultats que j'avais notés et que l'induction la plus rigoureuse, basée sur l'observation de 89 cas à Stettin et de 13 à Lyon, me donnait le droit de proposer :

« *Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement dès le début par l'eau froide sera exempte de complications et guérira* (1). »

Quatre mois après, je pus joindre à mes premières observations celles de quatorze médecins lyonnais (2), qui avaient appliqué les bains froids sur 42 malades en se conformant strictement aux règles que j'avais fait connaître, et confirmer ma première note par des propositions s'appuyant alors sur 55 *succès dans les* 55 *premiers cas où la méthode fut appliquée à Lyon* (3).

Ces *propositions*, partout reproduites par la presse médicale, furent le point de départ de tous les travaux publiés en France depuis dix ans, sur la méthode des bains froids. Ce sont ces mêmes propositions que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'Académie de médecine, mais cette fois, *au nom du corps médical des hôpitaux de Lyon*.

1874. — Quelques jours étaient à peine écoulés, que survint à Lyon une violente *épidémie de fièvre typhoïde* qui, en deux mois, frappa plus de 2000 habitants.

La plupart des malades graves furent baignés, dans les familles comme dans les hôpitaux. L'opinion publique était à ce point entraînée par les promesses de la nouvelle méthode que, dans bien des cas dont j'ai été témoin, le médecin dut faire céder, sinon ses convictions, du moins sa légitime appréhension, devant les exigences des familles. Il devint bientôt impossible à Lyon de se procurer, soit une baignoire, soit même un thermomètre.

A l'Hôtel-Dieu, dès le troisième jour après le début de l'épidémie, il fut administré 600 bains par jour. Les malades le durent à l'énergie que le directeur de cet hôpital, M. Saint-Olive, déploya pour organiser ce service tout nouveau; il le fit sur la demande, justifiée par la fréquence des formes graves d'emblée, que lui adressèrent les médecins acquis à la nouvelle méthode.

Il fut traité, dans les hôpitaux civils, 228 fièvres typhoïdes sur 518, soit 44 pour 100 des typhiques, c'est-à-dire à peu près la proportion des cas graves aux cas légers sur 100 fièvres typhoïdes.

Quel fut le résultat?

Voici l'appréciation du professeur *Rollet*, au nom de la *commission du Conseil d'hygiène*, chargée par le préfet du Rhône de lui présenter un rapport général sur l'épidémie de fièvre typhoïde :

« Les cas ainsi traités (par les bains froids) étaient, comme nous l'avons dit, les plus graves, et pourtant la méthode a eu sur la maladie une si heureuse influence, que la moyenne de la mortalité, pour ces malades de choix et infiniment plus menacés que les autres, n'a pas dépassé celle de la mortalité générale de l'épidémie. »

L'enquête établit les chiffres suivants, d'après les documents qui lui furent communiqués :

Dans les hôpitaux :

Sur 228 malades traités par les bains froids, 25 morts = 10,9 pour 100.

Dans la ville (observations de vingt médecins) :

Sur 158 malades traités par les bains froids, 7 morts = 4,4 pour 100.

Au total :

Sur 386 malades traités par les bains froids, 32 morts = 8,3 pour 100.

Et l'éminent rapporteur, après avoir dit encore : « Presque tous n'ont traité par les bains froids que les fièvres typhoïdes graves, et ce seul fait suffirait déjà, si nous ne l'avions éprouvé nous-même, pour nous recommander ce nouveau mode de traitement, » ajoute que, sur les 158 malades traités dans la ville, « 32 ont pris des bains froids en petit nombre et sans continuité suffisante, 29 ont guéri et 3 sont morts (9,3 pour 100). 126 ont fait un traitement plus conforme aux principes de la nouvelle méthode, 122 ont guéri et 4 sont morts (3,2 pour 100) ». (Rollet, p. 58.)

Encore faut-il ajouter que si, dans les hôpitaux, pendant l'épidémie, les 228 malades traités par les bains froids, et choisis parmi les plus graves, donnèrent une mortalité de 10,9 pour 100, les 590 non traités par les bains froids, et les moins graves, fournirent aussi 29 décès = 10 pour 100.

Pour toute l'année 1874, il y eut, dans les hôpitaux, sur 712 typhiques, 279 malades traités par les bains froids avec 26 morts, 433 non baignés avec 54 morts. Le taux de la mortalité fut donc de 9,3 pour 100 chez les premiers, de 12,47 pour 100 chez les seconds. (*Mayet*.)

Enfin, il est une preuve que les bains froids ont bien été *réservés aux cas les plus graves*, ceux qui auraient dû fournir les décès, c'est que, pour toute l'année 1874, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde, dans nos hôpitaux, fut de 11,23 pour 100, au lieu de 26 pour 100, son chiffre habituel à Lyon.

Les fièvres typhoïdes *graves* meurent, on peut bien le dire, dans la proportion de 50 pour 100 et si le traitement par les bains froids n'avait pas réduit pour l'année 1874 à 26 décès (9,3 pour 100) au lieu de 140 (50 pour 100) la mortalité des 279 baignés, s'ils n'avaient pas sauvé 114 malades, le taux de la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux aurait précisément atteint, au lieu de 11,23 pour 100, son taux habituel de 26 pour 100.

Pour revenir à l'épidémie, qui des médecins lyonnais ne se souvient de ces salles de fièvres typhoïdes traitées par les bains froids où l'on ne trouvait rien dans l'aspect des malades, pourtant si caractéristique, rien dans l'odeur de la salle, rien qui pût trahir la rebutante maladie qui se cachait... derrière ces bains!

Encore faut-il tenir compte, pour apprécier le résultat général des bains froids pendant l'épidémie, des circonstances exceptionnelles qui, faisant appliquer brusquement la méthode sur un si grand nombre de malades, entraînèrent inévitablement de graves omissions dans l'observation de ses préceptes. J'en eus mille preuves : infirmiers non dressés, gardes hostiles, fenêtres ouvertes pendant les bains, bains trop chauds ou trop courts, bains oubliés ou négligés par

(1) Frantz Glénard, *Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode du docteur Brand de Stettin*, in *Lyon médical*, 1873, 28 septembre.

(2) MM. Faivre, Soulier, Français, Schaak, à l'hôpital de la Croix-Rousse; MM. Tripier, Boncaud, Chavannes, Mayet, à l'Hôtel-Dieu; MM. Charpy, Monvenoux, H. Rondet, M. Rondet, Grabinsky, Dupuy dans la clientèle privée de Lyon ou des environs.

(3) Frantz Glénard, *Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à Lyon (juillet 1873-janvier 1874)* in *Lyon médical*, 1874.

l'infirmier, oubli de l'affusion ou des compresses froides, nourriture intempestive après ou même avant le bain, etc.

Enfin la méthode des bains froids, bien que d'une exécution facile, demande pourtant une certaine habitude.

Et l'application dès le début, qui est un principe essentiel de la méthode Brand, et dont les avantages sont aujourd'hui reconnus à Lyon, était alors jugée inutile.

Il semblait donc que la cause des bains froids dût être gagnée! — Mais non; les objections suivantes, qui eussent pu aussi facilement servir d'arguments en faveur de leur application méthodique, furent opposées aux résultats pourtant si frappants des bains froids pendant l'épidémie.

1° Les statistiques ne prouvent rien.

2° L'épidémie a été légère, puisque la mortalité a été si faible.

3° Il y a eu des complications et des accidents chez les malades baignés. Tous n'ont pas guéri. C'est la faute de la méthode.

4° Il n'est pas vrai que les malades baignés aient été choisis parmi les plus graves, puisque leur mortalité n'a pas dépassé celle des malades non baignés.

5° La théorie s'oppose aux succès des bains froids et à leur emploi systématique.

J'ai reproduit ces objections, parce qu'elles se présentent partout où l'on discute la valeur des bains froids. Leur réfutation serait vraiment trop facile pour que je veuille l'aborder.

Au reste, la *déclaration* actuelle du corps médical des hôpitaux de Lyon est la plus éclatante revanche des assauts que cette polémique a fait subir à la méthode des bains froids.

Dans les *Sociétés médicales de Lyon*, où le débat s'était ouvert dès 1874, — à la *Société de médecine*, sur une communication de M. *Soulier*; à la *Société des sciences médicales*, après la lecture de mon mémoire, — où il dura longtemps et reparut à plusieurs reprises, je constate, par l'étude des *procès-verbaux*, que, des 38 médecins qui, dans ces Sociétés, ont donné leur appréciation sur la méthode des bains froids, 27 se sont déclarés partisans, 5 se sont opposés à son application en dehors d'une indication urgente spéciale, 6 l'ont considérée comme inutile. Un simple coup d'œil sur les procès-verbaux montre que ces 11 derniers avaient appliqué la méthode en la modifiant ou ne l'avaient pas appliquée du tout (1).

A *Paris*, où la méthode fut préconisée par le professeur Bétrier, dès 1874, la question des bains froids était discutée au sein des Sociétés savantes et dans la presse médicale avec une passion « scientifique » qu'on retrouverait peut-être vainement ailleurs dans les annales de la médecine. Je me défends d'entrer dans l'appréciation détaillée des motifs qui ont amené la défaite des bains froids, défaite dont le retentissement date surtout de la discussion de 1876, à la *Société médicale des hôpitaux*, et dont le dernier écho vient de se faire entendre à l'Académie de médecine.

Je répéterai simplement qu'il ne suffit pas de baigner un malade pour dire qu'il a été traité suivant la méthode de Brand ou même suivant une méthode réfrigérante; que le bain froid appliqué suivant une méthode de Brand ne peut être responsable des accidents ou des insuccès du bain froid appliqué suivant telle ou telle opinion. Il est des traitements de bains froids qui donnent une mortalité de 15, 20, 25 et 50 pour 100!

Or je ne trouve à Paris aucune observation, parmi celles publiées ou même parmi celles invoquées par les rares et courageux défenseurs des bains froids, dans laquelle la méthode Brand ait été ou ait pu être employée conformément à ses principes les plus essentiels (2).

Quant aux *objections théoriques* tirées de la doctrine, de l'ontologie, de la tradition classique, de la pathologie, de la physiologie, des notions physico-chimiques, elles ne sauraient prévaloir contre une expérimentation méthodiquement conduite et dégagée de préventions.

Aussi, bien que l'expérimentation physiologique, l'expérimentation clinique, dans ses recherches de contrôle, ne doit-elle pas se placer, avant de conclure, dans des conditions identiques à celles dans lesquelles se sont produits les résultats annoncés? La *méthode scientifique*, basée sur l'abnégation personnelle, reconnue nécessaire en physiologie, aussi bien qu'en physique ou en chimie, ne doit-elle pas l'être également en clinique?

1876. — A Lyon (1), le traitement des bains froids, qui subissait nécessairement le contre-coup des luttes engagées sur sa valeur à Paris et à Lyon même, se réduisit peu à peu, à ce moment, à la pratique de ses premiers défenseurs.

Le nombre des malades baignés atteignit à peine 20 pour 100 typhiques dans les hôpitaux (au lieu de 44 pour 100 pendant l'épidémie).

Ce fut aux dépens des malades; et M. le professeur *Mayet* put émettre, sans contestation possible, en 1876, les propositions suivantes, dans le *Lyon médical* :

« 1° Les sujets soumis aux bains froids, quoique choisis parmi les plus gravement atteints, ont fourni constamment, depuis le commencement de 1874 (depuis trois ans), une mortalité inférieure à ceux qui ont été traités autrement.

» 2° La mortalité des typhisants dans les hôpitaux de Lyon a été croissant depuis que le nombre des sujets soumis au traitement par les bains froids a été décroissant (2). »

Il devenait donc évident, en présence de cette contradiction entre des propositions exposant un fait brutal et des conclusions comme celles de la Société médicale des hôpitaux, reposant sur des considérations théoriques, que l'observation rigoureuse au lit des malades devait se substituer définitivement aux raisonnements.

On entrait à Lyon dans la période de recueillement : les observations s'accumulèrent, peu de travaux furent publiés.

Julliard, *Duchamp*, dans d'excellents mémoires publiés par le *Lyon médical*, firent connaître les résultats avantageux obtenus dans les salles de MM. *Chavannes*, *Clément*, *L. Meynet*.

Il y a deux ans, lorsque l'*acide phénique à haute dose* fit invasion dans la thérapeutique, — parce que, si l'on repousse encore les bains froids, tout au moins admet-on le principe de refroidir les fièvres typhoïdes, — je fus le premier, je crois, à mettre en garde, d'après l'étude critique des 79 observations sur lesquelles on étayait le nouveau traitement antipyrétique, contre son insuffisance et ses dangers dans la fièvre typhoïde.

Cette opinion, que *Laure* et *Cénas* confirmèrent depuis à Lyon, en insistant sur la supériorité évidente des bains froids, ressort aujourd'hui des discussions de l'Académie de médecine.

Par la même occasion, je rappelai les principes de la méthode Brand, l'importance de son application dès le début, et j'apportai à l'appui de son efficacité le douloureux parallèle entre la mortalité de la fièvre typhoïde dans l'*armée allemande*, où les bains froids sont en vigueur, et la mortalité dans l'*armée française*, parallèle qui révélait *une différence supérieure à 20 pour* 100, *à notre détriment, entre les taux de mortalité des deux armées* (3).

Enfin *Bard*, l'an passé, affirma avec énergie, dans le *Lyon médical*, sa conviction dans l'efficacité théoriquement absolue des bains froids, surtout appliqués *dès le début*. « Le bain froid, dit-il, reconnaîtra les siens. »

1883. « Quant à moi », écrivait il y a deux mois, M. *Boure-*

(1) *Lyon médical*, procès-verbaux, *passim*.

(2) Rollet, *Rapport* sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lyon aux mois d'avril et mai 1874, p. 57.

(1) Je ne fais qu'effleurer ici l'historique du bain froid à Lyon, ce sujet devant très prochainement être développé dans une thèse inaugurale à Paris.

(2) En 1875-75, sur 784 fièvres typhoïdes traitées dans les hôpitaux de Lyon, il y en eut 335 traitées par les bains froids, qui étaient « *réservés aux cas à symptômes menaçants* » (ce qui n'est pas la méthode Brand), avec 36 morts (10,74 pour 100) et 649 cas traités sans bains froids, avec 94 morts (14,48 pour 100) (statistique de M. Mayet).

(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, passim.

ret, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, dans le *Lyon médical* du 19 novembre 1882 (1), à propos des effets des bains froids, « j'en fus vivement frappé. J'avais appris de mes maîtres des hôpitaux de Paris à traiter la fièvre typhoïde à peu près par tous les moyens usités, sauf par l'eau froide. J'étais sans parti pris, sans expérience personnelle, ou plutôt j'inclinais à rester fidèle à l'expérience de mes maîtres. L'évidence des faits m'a convaincu » ... « A l'hôpital de la Croix-Rousse, j'ai traité, dans l'espace de deux mois, quinze fièvres typhoïdes par le bain froid, et toutes ont guéri. Un de mes collègues possède une série ininterrompue de trente cas, tous guéris par l'eau froide. D'autres ont des séries également très heureuses et portant sur des chiffres bien plus considérables... Nous attendons avec confiance les données de la statistique. »

Et M. *Boucaud*, médecin des hôpitaux, donnant les derniers résultats de son service : « Ainsi la méthode Brand n'a pas failli une seule fois sur une série de 18 malades, dont 17 sérieusement atteints... En présence... des échecs successifs des drogues nouvelles chaque jour prônées, c'est un devoir pour tous de donner le plus de publicité possible aux faits qui témoignent de l'efficacité de la méthode réfrigérante. »

Aujourd'hui, l'imposante déclaration que j'apporte au nom du corps médical des hôpitaux de Lyon résume le travail d'observation silencieuse qui s'est accompli, montre la conviction s'étendant de proche en proche, de service en service, et aboutissant, après des années d'épreuve et d'essais comparatifs entre tous les moyens réfrigérants, au triomphe définitif de la méthode pure des bains froids.

Aujourd'hui les internes des hôpitaux sont autorisés, en présence d'une fièvre typhoïde hyperthermique arrivant dans leur salle, à ne pas attendre jusqu'au lendemain la visite du chef de service pour ordonner les bains froids s'ils les jugent indiqués.

Il est des services où la *sœur* directrice se fait un point d'honneur de ne pas perdre de fièvre typhoïde parmi celles soumises aux bains froids ! Enfin les sœurs elles-mêmes demandent les bains froids pour leurs compagnes atteintes de fièvre typhoïde !

Je n'ajouterais rien de plus en disant que la statistique montre aujourd'hui, à Lyon, la mortalité des malades traités par les bains froids abaissée de 26 pour 100 à 9 pour 100 dans les hôpitaux civils (Mayet, bibliogr., *Lyon médical*, 1882, p. 179. — Tripier et Bouveret, sur le point de paraître) et réduits à 1 ou 2 pour 100 dans la pratique privée.

Les documents en préparation vont le prouver.

« Dans les *hôpitaux civils*, écrivais-je il y a deux ans, le taux de la mortalité avec la méthode de Brand dépendra de la proportion de fièvres typhoïdes « condamnées » qui y entrent chaque année ; suivant cette proportion, qui est le fait du hasard, les résultats seront tantôt bons, tantôt mauvais.

» Pour tirer parti des hôpitaux civils au point de vue de la statistique de la méthode des bains froids, il faut classer les fièvres typhoïdes suivant qu'elles entrent en traitement : 1° dès le *cinquième jour*, ou 2° plus ou moins tard après le *cinquième jour* de la maladie.

» Peu importe, du reste, que ce soit dans cette seconde catégorie, le sixième, le dixième ou le quinzième jour. Les résultats ne seront plus aussi certains, et, si la méthode en sauve le plus grand nombre, les insuccès ne sauraient prévaloir contre elle. Après le cinquième jour de la maladie, la méthode de Brand ne garantit pas plus le succès qu'après le quinzième, elle n'est plus responsable, comme avant le cinquième jour, de la vie des malades. Le hasard intervient comme élément dont il faut dès lors tenir compte. » (F. Glénard, *Valeur antipyrétique de l'acide phénique*.)

Pour les *hôpitaux militaires*, nous y reviendrons bientôt.

Dans la *pratique privée*, où les malades sont vus dès le premier jour, où il y a peu de hasards et pas d'autopsies, on peut maintenir l'*aphorisme théorique* contre lequel furent accumulés tant d'ironies, tant de protestations, tant de dédains.

Brand le fit pressentir dès 1861, le confirma plus tard ; j'osai me croire le droit de l'affirmer en 1873 ; en 1877, dans sa deuxième édition, Brand écrit :

« M. Frantz Glénard est parfaitement dans le droit, et son » opinion est conforme à la mienne sur ce point, quand il dit : » *Toute fièvre typhoïde qui pourra être, c'est-à-dire qui* » *sera traitée méthodiquement dès le début par l'eau froide*, » *guérira* (1). »

Aphorisme dont je formulai, en 1874, le corollaire parfaitement logique :

Toute fièvre typhoïde traitée par l'eau froide qui présentera des complications ou ne guérira pas n'aura pas été traitée méthodiquement dès le début.

Une pareille assertion, choquante pour le médecin qui n'a jamais appliqué la méthode Brand au traitement de la fièvre typhoïde, est acceptée par ceux des médecins allemands qui en ont le plus d'expérience ; à Lyon, elle est devenue théoriquement vraisemblable pour plusieurs médecins, vraie, jusqu'à ce jour, pour quelques-uns.

Peut-on interpréter, à l'appui de cette assertion, les résultats que donnent les statistiques allemandes ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

APPLICATION DES SCIENCES PHYSIQUES A LA THÉRAPEUTIQUE. — M. *Ch. Brame* donne lecture d'une note sur ce sujet. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A LYON, EN 1883. Note de M. *Fr. Glénard*. — Même note que celle qui a été lue à l'Académie de médecine. (Renvoi à la commission des prix de médecine, fondation Montyon.)

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA PICOLINE ET DE LA LUTIDINE. Note de MM. *Oechsner de Coninck* et *Pinet*. — I. On lie l'artère fémorale d'une grenouille pesant 30 grammes ; on injecte sous la peau de l'avant-bras 4 centigrammes de substance. Il se produit d'abord de l'irritation locale ; puis, après un temps variant de dix à quinze minutes, l'animal s'engourdit et reste, au bout de quinze à vingt minutes, absolument immobile, sur le dos. Si l'on prend le sciatique dans le membre opposé à celui où l'injection a été faite, et si, avec la pince de Pulvermacher, on excite le bout central du nerf coupé, puis le bout périphérique, voici ce que l'on observe : l'électrisation du bout central ne donne rien, l'électrisation

(1) Frantz Glénard, *De la valeur antipyrétique de l'acide phénique* dans le traitement de la fièvre typhoïde, acide phénique ou bains froids, rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires, (*Lyon médical*, 1881).

Cette étude de la fièvre typhoïde dans les armées fut inspirée par ce fait que l'auteur d'un travail sur le traitement phéniqué — travail sur lequel la Société des sciences médicales m'avait chargé de lui présenter un rapport — était un de nos distingués confrères militaires de Lyon.

(1) Brand, *die Wasserbehandlung der typhösen Fieber* 1877, p. 328, 2° édition.

En 1861, Brand écrivait : « Si la fièvre typhoïde est traitée dès le début par l'eau froide, *il n'y a en général rien à craindre*, et même dans les cas les plus graves on peut maintes fois encore obtenir la guérison par l'eau froide. » (*Die hydrotherapie des typhus*, Stettin, 1861, p. 160.)

En 1863 : « Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement d'après ma méthode, revêt une allure légère et rapide, et *ne se termine presque jamais par la mort*, de telle sorte que la médecine est en état de préserver avec toute sûreté la vie de chaque malade dont le sort est entre ses mains. » (*Zur hydrotherapie des Typhus. Bericht über in Saint-Petersburg, Stettin und Luxemburg hydriatisch behandelte Fälle*, Stettin, 1863, p. 74.)

En 1868 : « Le traitement par les bains froids méthodiquement employé dès le début, donne un succès positivement assuré et permet toujours d'éviter la mort. » (*Die Heilung des typhus*, Berlin, 1868, p. 47.)

du bout périphérique produit des mouvements très affaiblis dans le membre correspondant. Du côté où l'artère fémorale a été liée, l'électrisation donne lieu à des mouvements énergiques dans le membre; la respiration est ralentie et modifiée dans son rythme; le cœur bat onze à treize fois au quart. L'animal *revient* au bout de vingt-quatre heures environ. Une dose de 15 centigrammes détermine la mort d'une grenouille de même poids.

Ainsi, la picoline abolit le pouvoir excito-moteur des centres nerveux et diminue l'excito-motricité du système nerveux périphérique; elle se rapproche donc de la cicutine, d'après les propriétés assignées à ce dernier alcaloïde par M. Bochefontaine.

II. Sur les cobayes de poids moyen, l'injection sous-cutanée de 6 centigrammes de substance en solution au cinquième produit, au bout de quinze à vingt-cinq minutes, un léger engourdissement qui devient bientôt complet. Mais ces animaux sont généralement emportés par un phlegmon diffus dû à l'injection, après être revenus à l'état normal.

III. Sur un chien de moyenne taille de 11 kilogrammes, l'injection intraveineuse de 10 grammes d'une solution à 4 pour 100 détermine rapidement de la salivation qui devient très abondante si l'on continue l'injection; 50 grammes de la solution, injectés de cette façon, ne produisent qu'un engourdissement passager, mais 100 grammes engourdissent assez fortement l'animal, qui meurt la nuit suivante. A l'autopsie, les centres nerveux sont fortement congestionnés. La picoline n'est pas sialagogue; la salivation qu'elle produit est due à une action sur le système nerveux central et non à une action spéciale sur la glande; c'est ce que des expériences directes ont montré. En résumé, la picoline jouit de propriétés toxiques énergiques.

Les auteurs ont fait aussi quelques expériences, sur la grenouille seulement, avec les lutidines dérivées de la cinchonine et de la brucine.

Nouvelles expériences sur les greffes iriennes, destinées a établir l'étiologie des kystes de l'iris. Note de M. *E. Masse*. — Dans une note du 28 mars 1881, l'auteur avait communiqué à l'Académie une série d'expériences, prouvant qu'il est facile de greffer, sur l'iris des lapins, de petits lambeaux de conjonctive et de peau; il avait montré qu'à la suite de ces greffes on voit se développer sur l'iris, soit des tumeurs épithéliales perlées, soit de véritables kystes. Dans de nouvelles expériences, il a pu réussir à greffer, dans les yeux d'un certain nombre de lapins et sur leur iris, des lambeaux de cornée, comprenant une moitié environ de l'épaisseur de cette membrane. La cornée à peine greffée, au dixième jour, j'ai vu se développer, au voisinage de cette greffe, de véritables kystes à parois translucides, très légèrement vascularisés au niveau de leur pédicule. Dans plusieurs expériences, on a vu se développer, au voisinage de la greffe, de véritables kystes à parois translucides, et dont l'origine doit être certainement attribuée au tissu cornéen, anormalement implanté sur l'iris.

Ces expériences tendent à prouver que l'on peut attribuer à la greffe de cette dernière membrane sur l'iris un certain nombre des kystes iriens qui se développent chez l'homme consécutivement à des traumatismes de l'œil avec plaie pénétrante de la cornée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1883.— PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Motet* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

M. le docteur *Louis Jullien* envoie un *pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Fournier* adresse le *Compte rendu des maladies observées dans l'arrondissement de Soissons pendant l'année* 1882. (*Commission des épidémies*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Eustache* (de Lille), deux brochures intitulées : *Traitement de la chute de matrice par le cloisonnement du vagin* et *Des opérations graves chez les vieillards septuagénaires*; 2° de la part de M. le docteur *Warlomont* (de Bruxelles) une brochure ayant pour titre : *Les origines de la vaccine*; 3° au nom de M. le docteur *John T. Nagle* (de New York), un mémoire imprimé, intitulé : *Suicides in New-York City during the elevan years ending* 31 *december* 1880.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre les 2e et 3e fascicules de son *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales*.

M. *Dechambre* présente, au nom de MM. les docteurs *Lereboullet, Mathias-Duval* et au sien, le premier fascicule de leur *Dictionnaire usuel des sciences médicales*.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose, de la part de M. le docteur *H. Rey*, les articles Maladie du sommeil et Statistique médicale du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. *Lancereaux* offre deux mémoires intitulés : *Des ictères graves et des hépatites parenchymateuses* et *Des cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives*.

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente un travail de M. le docteur *Lécuyer* (de Beaurieux) ayant pour titre : *Recherches relatives à l'étiologie et à la transmission de la fièvre typhoïde*.

M. *Maurice Perrin* fait hommage, au nom de M. le docteur *Moty*, de la *Relation d'une épidémie de dysenterie saisonnière, étude des microbes dysentériques*.

Mortalité des soldats français atteints de fièvre typhoïde. — La commission nommée pour examiner le mémoire lu par M. le docteur Glénard à l'avant-dernière séance, mémoire en cours de publication dans la *Gazette hebdomadaire* (voy. p. 23 et 65), a désiré se borner à « l'appréciation de *certains chiffres* invoqués à l'appui des avantages qui pourraient résulter, pour notre armée française, de la généralisation du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, notamment par le traitement connu sous le nom de méthode de Brand ». M. Glénard n'avait pas craint, en effet, de déclarer, en comparant la mortalité par cette affection pendant les années 1875-1880 dans les armées de ces deux pays, qu'elle avait été de 36,7 pour 100 en moyenne en France, et seulement de 10 pour 100 en Allemagne.

Il est certain, déclare le rapporteur M. *Léon Colin*, que la diminution progressive de cette maladie a été en Allemagne, depuis 1870, de 15 à 7 pour 100, ainsi qu'en témoignent les chiffres officiels, relevés par M. Zuber; il est non moins avéré que les circulaires administratives attribuent cette diminution à l'usage de plus en plus répandu de la méthode des bains froids. D'un autre côté, il n'y a pas sans doute grande importance, si l'on veut justifier les rapprochements établis entre la mortalité typhoïde à différentes époques dans l'armée allemande, à savoir au juste si le mot typhus, employé par l'autorité médicale allemande, correspond exactement à notre fièvre typhoïde et s'il ne comprend pas en outre un certain nombre de ces affections plus bénignes, ayant des analogies avec cette entité morbide; mais cette question préjudicielle s'impose, au contraire, lorsqu'il s'agit de comparer les chiffres de guérison et de mortalité typhoïde de l'armée prussienne à ceux d'une autre nation. C'est dans ce but que M. Léon Colin se propose d'établir que le total des affections inscrites dans la statistique française sous cette rubrique, au lieu de s'augmenter d'un certain nombre de maladies moins graves, se trouve réduit au-dessous de son niveau véritable.

En effet, si l'on cherche à vérifier l'exactitude des assertions de M. Glénard, lorsqu'il prétend, par exemple, qu'en 1876, la mortalité typhoïde a été, dans l'armée française, de 45 pour 100, on est étonné tout d'abord de voir que, dans les deux mémoires que M. Colin a publiés sur le même sujet pour la période 1874-1876 et 1877-1879, la mortalité habituelle de la fièvre typhoïde est évaluée à 20 et 21 pour 100, pour l'ensemble de l'armée, et à 19,4 pour 100 si l'on borne cette statistique aux faits recueillis dans des conditions climatériques analogues à celles de l'Allemagne. Ces chiffres sont établis d'après les observations prolongées que les médecins militaires ont consignées dans leurs rapports; d'où vient cet écart entre les chiffres de M. Colin et ceux que M. Glénard a indiqués? C'est que celui-ci a seulement relevé, dans les documents officiels, la mortalité attribuée à

la fièvre typhoïde, sans remarquer qu'elle est précédée dans ces mêmes documents d'une affection inscrite sous la formule fièvre continue. Or il est facile de voir qu'il s'agit encore là, en réalité, de fièvre typhoïde, puisque le nombre des journées d'hôpital des malades qui en sont atteints accuse une durée moyenne de vingt-huit jours. Lorsqu'un homme est atteint de fièvre typhoïde, le diagnostic définitif est souvent en suspens et le billet d'entrée porte alors la rubrique : fièvre continue, embarras gastrique, fébrile, etc.; le registre de l'administration copie cette mention et ne le rectifie pas, lorsque le diagnostic a été plus nettement déterminé, si bien qu'il semble logique à la commission d'admettre qu'une partie au moins de ces cas de fièvre continue comprennent, à côté d'un grand nombre de fièvres typhoïdes certaines, cette série d'affections qui, par leur similitude de nature avec elle, sont souvent confondues dans les statistiques consacrées à la dothiénentérie. En calculant d'après les chiffres rectifiés, on peut admettre que la mortalité par fièvre typhoïde a été, en réalité et en moyenne, de 14 pour 100 dans l'armée française. L'erreur commise par M. Glénard proviendrait donc de ce qu'il n'a pas su distinguer en chaque volume de la statistique officielle le renseignement médical exact du document surtout administratif où les groupes morbides ont été constitués en vue de la détermination du nombre des journées d'hôpital. Le rapporteur regrette vivement cette erreur et la commission soumet à l'approbation de l'Académie les résultats de son enquête sous la forme des conclusions suivantes :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français par fièvre typhoïde comprend non seulement les malades adressés sous ce diagnostic, mais encore un grand nombre de ceux dont l'affection a été qualifiée de fièvre continue; 2° les décès par fièvre typhoïde, inscrits dans la statistique médicale de l'armée (tableau VII, A) se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique : fièvre typhoïde, mais encore à ceux qui ont été admis avec le diagnostic : fièvre continue. La proportion de ces décès au total de ces deux groupes est d'environ 14 pour 100.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — C'est aussi le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids que met en cause *M. Germain Sée*, en continuant le discours qu'il a prononcé dans la dernière séance (voy. p. 47). Il insiste, en effet, en premier lieu, sur les résultats contradictoires des statistiques fournies par les auteurs allemands à cet égard. Brand, lui-même, déclare qu il administre les bains froids à quelque période de la maladie que soit le sujet qu'on lui amène; mais il désire surtout avoir affaire à des malades atteints seulement depuis deux ou trois jours; mais le diagnostic peut il être définitif à cette époque et ces cas d'une grande bénignité qu'on ne range pas, en France, parmi les fièvres typhoïdes, peuvent-ils être raisonnablement comptés dans cette statistique? M. Brand ajoute, au surplus, que les malades qu'il ne commence à traiter que vers la troisième semaine donnent des résultats bien moins favorables ! M. Liebermeister, d'autre part, a constaté que le nombre des décès par fièvre typhoïde à l'hôpital de Bâle est descendu de 26 pour 100 à 9 1/2 pour 100 et il l'attribue à la méthode des bains froids; mais il faut remarquer que son traitement est complexe et comprend, en outre, le sulfate de quinine et la médication salycilée. Quelle est alors la part réelle des bains froids? D'ailleurs, les médecins allemands qui pratiquent cette méthode emploient des procédés différents, les uns emploient des bains à 20 degrés, les autres à 32 degrés pour les refroidir ensuite à 22 degrés; il en est même qui y laissent les malades toute la journée et cela pendant trois semaines! Quant aux médecins lyonnais qui s'affirment comme partisans si résolus de ce mode de traitement, il est regrettable qu'ils ne fournissent qu'une statistique partielle; on sait, par celle qu'a donnée M. Mayet (de Lyon), ce qu'il faut penser des essais tentés à Lyon.

Au point de vue physiologique, il importe de remarquer que, lorsqu'on plonge un corps organisé dans l'eau froide, la contraction immédiate des petits vaisseaux superficiels ralentit la circulation périphérique, chasse le sang vers le cœur et diminue ainsi notablement les chances de refroidissement de l'organisme entier; puis se produit une excitation du centre calorigène telle que la production de chaleur s'exagère, si bien que la réfrigération véritable ne pourrait être obtenue que dans un bain frais longtemps prolongé ou dans un liquide très froid, à 10 ou 20 degrés. De plus, les bains augmentent les diverses oxydations qui se passent au sein des tissus chez les typhiques, ceux-ci sécrètent alors plus d'acide carbonique et d'urée, si bien qu'en définitive leur état de consomption s'en trouve considérablement accru. Les médecins de Lyon l'ont si bien compris qu'ils recommandent d'alimenter les malades auxquels on administre les bains, prescription rationnelle sans doute, mais impraticable; M. Germain Sée, en effet, a calculé que, pour liamenter un typhique, il faudrait lui donner au moins 3500 grammes de beefteack par jour pour couvrir le déficit; si l'on ne peut leur donner d'aliments solides, faut-il alors essayer des aliments liquides? Du lait? ils ne le digèrent pas; du bouillon? que sont ses qualités nutritives et que peut-on espérer de la gélatine qu'il contient et qui est considérée surtout comme un aliment d'épargne?

Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids expose encore à des inconvénients graves; il amène très fréquemment la pneumonie franche, ainsi qu'un grand nombre d'observateurs l'ont affirmé; il produit souvent aussi des hémorrhagies intestinales, complications d'autant plus à craindre que le bain froid a pour conséquence de suralimenter le malade. Il faut enfin se demander quelle action il peut avoir sur le cœur, organe soumis, chez les typhiques, à la dégénérescence d'un certain nombre de ses fibres; les avis sont partagés à ce sujet, toutefois la plupart de ceux qui emploient ce traitement considèrent la faiblesse générale du cœur comme une contre-indication sérieuse. En résumé donc, le bain froid n'a aucune raison d'être au point de vue physiologique dans le traitement de la fièvre typhoïde; et au point de vue clinique, il offre de grands dangers.

M. Germain Sée préconisera par contre, dans la prochaine séance, l'emploi du sulfate de quinine et de l'alcool.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (*Pathologie chirurgicale*). La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Vedrènes, médecin militaire, en Tunisie; en seconde ligne, M. Delore (de Lyon); en troisième ligne, M. Michel (de Nancy); en quatrième ligne, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer); en cinquième ligne, M. Spillmann (d'Alger); en sixième ligne, M. Bitot (de Bordeaux). L'élection aura lieu mardi prochain.

Société de chirurgie.

SÉANCE ANNUELLE DU 17 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

M. *le Président* rend compte de l'état moral de la Société pendant l'année 1882.

M. *Nicaise*, secrétaire annuel, lit le rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1882.

M. le secrétaire proclame le nom des lauréats.

Le prix Laborie n'est pas décerné. Deux encouragements sont accordés : l'un de 600 francs à M. Tréfaud, pour son travail sur la gangrène gazeuse foudroyante; l'un de 400 francs

à M. Petit, pour son travail sur les points de moindre résistance.

Le prix Duval est accordé à M. Desnos, pour sa thèse sur la lithotritie à séances prolongées.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

De l'aconitine et des préparations d'aconit : M. Dujardin-Beaumetz. (Discussion.)

A l'occasion du procès-verbal, M. *Dujardin-Beaumetz* relate un fait d'empoisonnement par l'aconitine, publié dans un journal médical. Il s'agit d'un médecin qui avait prescrit à l'un de ses malades, atteint de bronchite avec toux opiniâtre, une solution de 20 centigrammes de nitrate d'aconitine dans 100 grammes de liquide; le malade devait prendre chaque jour de 20 à 60 gouttes de cette solution. Le premier jour, il en prit 5 gouttes seulement; le matin du second jour, 20 gouttes, puis 20 autres dans la journée; il éprouva des picotements au niveau de la langue, et des vomissements, enfin le soir du même jour, il ingéra 20 autres gouttes de la même solution et présenta des accidents d'intoxication, refroidissement des extrémités, faiblesse du pouls, etc. Le médecin qui fut alors appelé près de son malade, désireux de prouver que ces symptômes alarmants n'étaient point causés par la potion qu'il avait prescrite et qu'il n'y avait aucune erreur de dose, avala lui-même 60 gouttes de la solution d'aconitine : cinq heures après il était mort. Or, 20 gouttes de cette solution, soit 1 gramme, renfermaient 2 milligrammes d'aconitine et les 60 gouttes ingérées, 6 milligrammes. Si la mort survient avec 6 milligrammes d'aconitine, n'a-t-on pas le droit de considérer comme inertes les granules dosimétriques, au quart de milligramme, qui, à la dose de *cent* dans les vingt-quatre heures, n'ont déterminé aucun accident d'intoxication.

M. *P. Vigier* a essayé sur lui-même les effets de l'aconitine cristallisée de Duquesnel et a observé qu'à la dose d'un quart de milligramme on obtient des effets physiologiques; il sera donc prudent de débuter toujours par un huitième de milligramme.

M. *Bucquoy* a expérimenté comparativement, dans son service, l'aconitine de la Pharmacie centrale et l'aconitine de Duquesnel. Avec la première, il a pu augmenter progressivement la dose jusqu'à 16 milligrammes sans obtenir d'effet physiologique appréciable; il a eu au contraire des résultats très nets avec deux granules d'un quart de milligramme d'aconitine de Duquesnel.

M. *Duhomme* fait observer qu'avec des médicaments qui doivent être employés à aussi faible dose, il faut se défier des erreurs auxquelles peuvent conduire l'emploi des solutions mesurées par gouttes. En effet, le volume des gouttes est très variable suivant la rapidité de l'écoulement et suivant que le compte-gouttes aura été trempé plus ou moins complètement dans le liquide. Plus l'écoulement sera rapide, plus les gouttes seront volumineuses, il y a parfois une différence d'un tiers; avec un compte-gouttes sec, on aura des gouttes plus grosses que s'il a trempé dans la solution.

M. *C. Paul* insiste sur la nécessité de recourir, dans la pratique, à une aconitine provenant toujours de la même source; en effet, sans parler des aconitines non cristallisées qui sont absolument infidèles, on voit que l'aconitine de Duquesnel manifeste son action à la dose d'un quart de milligramme, tandis que celle de Hottot peut être administrée jusqu'à trois milligrammes.

M. *Cadet de Gassicourt* désirerait savoir quelle est l'aconitine qui entre dans la composition des pilules de Moussette. Chaque pilule en renferme un quart de milligramme et l'on voit tous les jours des malades en prendre, sans ordonnance médicale, jusqu'à six par jour, sans en ressentir aucun inconvénient.

M. *P. Vigier* fait remarquer qu'avec l'aconitine cristallisée de Duquesnel, la seule qui soit inscrite dans le nouveau *Codex*, on aura un médicament toujours identique à lui-même.

M. *Martineau* demande si la Société ne pourrait émettre le vœu que ces aconitines non cristallisées et infidèles fussent formellement interdites.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que la publication prochaine du nouveau *Codex* aura force de loi; la vente de tout médicament non inscrit au *Codex* pouvant être poursuivie devant la justice.

M. *Féréol* a expérimenté les pilules de Moussette et l'aconitine de Duquesnel : cette dernière a une action beaucoup plus énergique. On observe chez les malades une certaine accoutumance qui permet d'élever progressivement les doses; ainsi, chez une femme âgée, diabétique, atteinte d'une névralgie faciale rebelle unilatérale, M. Féréol, après avoir obtenu une amélioration passagère avec le sulfate de cuivre ammoniacal, a eu recours à l'aconitine. Il a prescrit des granules d'aconitine de Duquesnel, au quart de milligramme, et a pu en faire prendre progressivement jusqu'à huit et dix par jour sans observer d'effet toxique autre qu'un peu de fourmillement au niveau de la langue et d'engourdissement des doigts. C'est là le meilleur signe de l'action de l'aconitine; lorsqu'il apparaît, il faut en suspendre l'emploi ou tout au moins diminuer la dose. Dans le cas dont il vient de parler, M. Féréol n'a du reste obtenu aucune amélioration dans l'état de souffrance de sa malade.

M. *C. Paul* a parfois observé de l'accumulation des doses chez des individus atteints de catarrhe *a frigore* fébrile. Chez ces malades, de même que chez les chanteurs souffrant d'enrouement et de laryngite simple, l'aconitine, même à très faible dose, procure souvent une amélioration marquée.

M. *P. Vigier* a reconnu que le fourmillement de la langue se montre après l'ingestion de 20 grammes d'alcoolature d'aconit, ou de 10 grammes de teinture ordinaire, ou de 1 gramme de teinture *de racine*, ou d'un demi-milligramme d'aconitine cristallisée.

M. *Féréol* croit qu'il vaut mieux dans les cas légers recourir à la teinture *de racine* d'aconit, et réserver l'aconitine cristallisée pour les formes graves de névralgie rebelle.

M. *H. Gueneau de Mussy* a observé, en Angleterre, des accidents toxiques inquiétants chez une dame qui, d'après ses prescriptions, s'était fait une friction avec une parcelle d'une pommade à l'aconitine ainsi formulée : aconitine, 1 centigramme; axonge, 30 grammes. — Dans les cas de laryngite et d'affections aiguës de l'arrière-gorge, il fait prendre aux malades une goutte de teinture *de racine* d'aconit toutes les dix minutes pendant deux à trois heures; il a obtenu de ce traitement les meilleurs résultats.

M. *Campardon* a été appelé une nuit auprès d'un malade qui éprouvait tous les symptômes les plus alarmants de l'intoxication par l'aconit, après avoir ingéré trois cuillerées à bouche d'une potion prescrite à son fils et renfermant trente gouttes de teinture *de racine* d'aconit.

M. *Delpech* rappelle que, dans le formulaire qu'il publie chaque année, il fixe la dose d'aconitine cristallisée entre un quart de milligramme et un milligramme.

M. *Tanret* insiste sur la nécessité de spécifier nettement dans les ordonnances s'il s'agit de teinture *de racine* ou d'al-

coolature ordinaire. En effet, la teinture faite avec toute la plante n'existe pas au *Codex* ancien; le pharmacien devrait donc, si la formule porte le seul mot teinture, mettre dans la potion de la teinture *de racine*. Il pourrait en résulter des accidents.

M. *P. Vigier* croit qu'il vaudrait mieux formuler les médicaments dangereux en poids qu'en gouttes; en effet, les gouttes varient de volume suivant le goulot du flacon avec lequel on les verse, mais tous les pharmaciens savent combien chacun de leurs flacons donne de gouttes au gramme.

M. *C. Paul* résume la discussion en rappelant que l'alcoolature et la teinture d'aconit préparées avec les feuilles de la plante sont des médicaments peu ou point actifs; on peut les prescrire jusqu'à 4 grammes. Ils sont d'ailleurs infidèles et suivant certaines circonstances de leur préparation peuvent devenir toxiques alors qu'on les croit inoffensifs. Par contre, *la teinture de racine* d'aconit est un médicament actif que l'on emploiera à la dose de 5 à 20 gouttes. — Quant à la valeur des gouttes, on sait qu'elle varie avec le diamètre extérieur du compte-gouttes; en employant l'instrument réglementaire de 3 millimètres de diamètre extérieur on a, pour un gramme, 53 gouttes d'une teinture alcoolique, 82 gouttes d'une teinture éthérée, 20 gouttes des deux laudanum, etc.

M. *Byasson* pense qu'il serait préférable de formuler en centimètres ou millimètres cubes; les pharmaciens se serviraient de pipettes jaugées, et ce moyen commode serait encore celui qui donnerait le plus d'exactitude.

M. *Duhomme* emploie ce mode de formuler pour la plupart des potions renfermant une solution active. Il rappelle que, pour la mesure des liquides peu volatils et inoffensifs, l'emploi des verres gradués est d'une grande commodité pour la pratique journalière.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par A. Dechambre, Mathias Duval, L. Lereboullet. 1er fascicule. Paris, G. Masson, 5 francs.

M. Dechambre a présenté cet ouvrage mardi dernier à l'Académie de médecine, dans les termes suivants:

« Au nom de notre collègue M. Mathias Duval, de M. le docteur Lereboullet et de moi-même, j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie de la première livraison d'un nouveau dictionnaire, qui a pour titre: *Dictionnaire usuel des sciences médicales.* Ce recueil est d'un plus grand format que les autres ouvrages de ce genre, même celui qui portait autrefois le nom de Nysten, qui porte aujourd'hui les noms de MM. Littré et Robin et qui va du reste subir sous ce rapport un nouveau changement. Le *Dictionnaire usuel* comprendra 120 feuilles d'impressions petit texte sur deux colonnes, soit environ 4000 colonnes. Bien que le premier fascicule ne se compose que de 20 feuilles (environ 150 colonnes), je puis déclarer que l'ouvrage est, pour ainsi dire, terminé, car la moitié des feuilles est en bon à tirer et le reste est ou imprimé, ou livré en manuscrit. Il achèvera de paraître avant la fin de cette année.

» Les matières dont traite le nouveau dictionnaire embrassent tout l'ensemble des sciences médicales: *botanique, chimie, physique météorologique et climatologie, anatomie et histologie normales, embryologie, anthropologie et ethnologie, physiologie, anatomie pathologique, tératologie, pathologie générale, médecine et chirurgie spéciale, accouchements, pharmacologie, eaux minérales, hygiène,, médecine légale et police sanitaire.* De plus nous y avons fait figurer certains sujets qui tiennent moins étroitement à la science, comme la *psychologie*, les *sciences occultes* et la *déontologie professionnelle.* Enfin une préface, qui paraîtra avec le dernier fascicule, exposera, sous l'inspiration de M. Egger, professeur d'éloquence grecque à la Sorbonne, les règles qui doivent présider à la formation des mots nouveaux, afin que le médecin puisse juger du mérite des néologismes courants et se trouver en état d'en créer lui-même que la science puisse avouer. Autant pour ménager la place, pourtant si considérable, dont nous disposions, que pour éviter des surcharges sans utilité apaarente, nous avons écarté de notre vocabulaire les simples formes grammaticales, adjectifs, verbes ou adverbes, qui ne nous ont paru rien ajouter ou changer à la signification des substantifs. Quant au fond, je me borne à dire, que, tout en donnant aux questions d'ordre scientifique tous les développements nécessaires nous nous sommes efforcés d'imprimer au *Dictionnaire usuel* un caractère plus pratique qu'on ne le voit d'ordinaire dans les dictionnaires abrégés de médecine. Tel qu'il est conçu, nous espérons qu'il sera profitable à la fois aux cliniciens et aux élèves.

» J'ajoute qu'il est imprimé sur papier teinté, afin d'en permettre la lecture sans fatigue pour la vue, et qu'il porte le cachet d'élégance qu'on pouvait attendre de l'éditeur, M. Georges Masson. »

A cette communication nous joindrons l'extrait suivant de l'Avant-propos placé en tête de cette première livraison:

« Les auteurs dont les noms figurent sur la première page de ce Dictionnaire ont rédigé un grand nombre des articles qu'il renferme. Mais ils tiennent à remercier les collaborateurs qui les ont aidés dans cette tâche si laborieuse. Il leur faut surtout rendre justice à la coopération de M. le docteur L. Hahn, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris. M. Hahn a contribué, avec l'un des auteurs du Dictionnaire, à réviser toutes les épreuves et à revoir bien des manuscrits; nous lui devons de plus un grand nombre d'articles de zoologie rédigés soit par lui, soit sous sa direction, par MM. E. Lefèvre et E. Simon, membres de la Société d'entomologie. C'est lui encore qui a écrit les articles de physique et de chimie, quelques-uns seulement de ces derniers ayant été fournis par M. Vidau, professeur agrégé du Val-de-Grâce. La botanique a été rédigée par M. Lefèvre. Les articles d'anthropologie sont presque tous de M. le docteur Letourneau. M. le docteur Burlureaux nous a donné plusieurs articles relatifs à la pathologie mentale; M. le docteur Charvot les articles *Fracture, Hernie, Luxation;* M. V. Egger, professeur à la Faculté des lettres de Nancy, la plupart des articles de psychologie. Enfin la revision étymologique et la synonymie de tous les mots de ce Dictionnaire, ainsi que les glossaires qui le termineront, ont été faits, sous la direction de M. E. Egger, par M. Victor Prou, bien connu par ses travaux philologiques. »

Traité des maladies du rectum, par M. Curling, annoté et traduit sur la 4e édition par M. H. Bergeron. — Paris, 1883. Lauwereyns.

Ceci est bien un livre anglais, peu soucieux de l'érudition. Curling ne se préoccupe guère de ce que les autres ont pu écrire; il ne consulte que sa propre expérience et celle de ses collègues immédiats. On dirait qu'il a fait son *Traité* de mémoire, sans notes même, et qu'il expose simplement ce qu'il sait ou ce qu'il tient d'une tradition courante.

Cette méthode de composition n'est point sans charmes;

elle entraîne avec elle une plus grande clarté, car évidemment l'auteur ne décrit que ce qu'il connaît à fond; mais il y a aussi de très graves inconvénients : son livre est incomplet. S'il ne l'était que sur des questions de nomenclature, d'anatomie pathologique et d'histoire, passe encore, et, modifiant légèrement le titre de l'ouvrage, nous ajouterions au mot *Traité* le mot *clinique*, qui rend moins exigeant sur tout ce qui n'est pas traitement, symptômes et pronostic.

Mais cette partie même ne nous semble pas suffisante, et il y a des lacunes très regrettables. C'est ainsi que, dans les chapitres consacrés aux fissures ou « ulcérations intolérantes du rectum », aux spasmes du muscle sphincter, aux hémorrhoïdes, il signale à peine, et par un mot seulement, la dilatation anale; les travaux de Récamier, de Monod père, de Maisonneuve; les mémoires plus récents de Fontan, de Verneuil ne sont pas cependant œuvres d'inconnus, et les résultats magnifiques qu'on signale méritaient, ce nous semble, un paragraphe important. La section du muscle sphincter n'est pas une si brillante opération qu'on ne discute même pas les méthodes opposées. On éprouve une pénible impression en constatant des lacunes aussi graves.

Le chapitre sur le traitement du cancer du rectum nous paraît à tous égards aussi insuffisant, surtout lorsqu'on songe aux travaux considérables qui, sur ce point précis, nous arrivent d'Angleterre. Les indications si nettes que pose la chirurgie contemporaine ne sont pas même effleurées. Nous possédons maintenant des formules concises : Cancer limité à l'extrémité inférieure du rectum, mobile sur les parties voisines? Extirpation; — cancer dont on atteint avec le doigt les limites supérieures, mais adhérentes? Rectotomie linéaire; — cancer à limites supérieures élevées et indécises? Colotomie.— Or nous ne voyons que dans une note du traducteur la mention de la rectotomie linéaire, opération palliative de nul danger, d'une exécution facile, et dont l'excellence n'est plus à démontrer. Mais Curling semble ignorer l'œuvre de M. Verneuil.

Nous pourrions multiplier les exemples de ces omissions de parti pris. Ces grosses critiques faites, nous n'en devons pas moins louer ce livre; un clinicien de la valeur de Curling ne pouvait toucher à un tel sujet sans nous éclairer sur bien des points, et nous ne pouvons que nous associer au jugement de M. Gosselin. Il y a « des documents cliniques et thérapeutiques très importants concernant les affections nerveuses du rectum, et notamment celles que l'auteur décrit sous le nom d'*irritation*, de *sensibilité morbide*, de *névralgie* et d'*atonie*. M. Curling établit là, avec des faits probants qui témoignent de sa sagacité d'observation, des distinctions auxquelles nous ne sommes pas accoutumés en France, et au courant desquelles il serait bon de nous mettre. Il y a aussi dans ce livre des renseignements intéressants sur les rétrécissements du rectum, sur les indications et le mode d'exécution de la colotomie lombaire, tant dans ces derniers que dans les cas de cancer. »

P. R.

VARIÉTÉS

M. le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des *Quinze-Vingts*, nous demande l'impression de la note suivante :

Paris, le 23 janvier 1883.

J'ai été médiocrement surpris de trouver, sous la signature de M. de Wecker, dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 19 janvier, consacré à la maladie et à la mort de M. Gambetta, un article en feuilleton que vos lecteurs auront jugé tout au moins peu respectueux pour la mémoire du grand citoyen que la France et la République viennent de perdre, article que je déclare calomnieux à mon endroit. Ce sera mon châtiment pour avoir, comme tant d'autres médecins, conduit un client qui était le meilleur de mes amis chez un étranger implanté chez nous, et qui se fait un piédestal d'une tombe à peine fermée.

Il ne saurait convenir à mon caractère de discuter longuement ce factum; mais, en attendant que l'occasion se présente de dire moi-même à M. de Wecker ce que je pense de son procédé, je me crois le droit, puisque l'auteur a cru pouvoir parler de l'hospice des *Quinze-Vingts*, et de moi à propos de l'extirpation d'un œil, de rappeler, au sujet de M. de Wecker, deux faits que j'affirme sans crainte d'être démenti :

1° Au début du siège, au lieu, comme il le dit, d'être mandé par M. Gambetta, M. de Wecker se présenta spontanément à la place Beauvau, pour y obtenir de la part de M. Gambetta, alors ministre de l'intérieur, sa nomination au poste de chirurgien-major d'état-major des gardes nationales de la Seine (!). Cette nomination, en date du 17 septembre 1870, souleva un tel tollé dans le corps médical que le décret dut être rapporté le 29 du même mois.

2° A la même époque, M. de Wecker se présenta une deuxième fois au ministère, et cette fois il était accompagné de son beau-frère le docteur Gayat, dans le but de solliciter pour ce dernier, peut-être à son insu, la place de médecin de l'*hospice des Quinze-Vingts!*

Ces faits se passent de commentaires.

Dr Fieuzal.

C'est le devoir de tout le monde d'être équitable, même de ceux qui se sentent blessés. On va voir si nous l'avons été envers notre correspondant; nous lui demandons de l'être envers nous, et nous nous plaisons à penser que l'article trouvé par lui *calomnieux* n'est pas celui qui a paru dans ce journal, mais celui qui a été, dans le *Figaro*, faussement présenté comme extrait en totalité de la *Gazette hebdomadaire*.

Le passage auquel M. Fieuzal fait allusion est, dans la *Gazette*, le suivant : « Le médecin en chef des *Quinze-Vingts*, fait-on dire à M. Gambetta, a abandonné son poste, et nous avons nommé M. Fieuzal à sa place; veuillez lui prêter, dans sa nouvelle position, les secours de votre expérience. » J'étais loin, ajoute M. de Wecker, de penser « que je posais ainsi, en quelque sorte, la première pierre de la *clinique nationale*, dotée par l'Etat de 50000 francs. Je n'étais pas alors et je ne suis pas encore d'avis qu'on doive placer une clinique ophthalmologique dans un hospice, dans une maison de retraite consacrée exclusivement à des aveugles incurables. » Or on peut dire de quelqu'un, sans lui faire injure, qu'on lui a prêté le secours de son expérience, comme se prêtent le secours de la leur des médecins réunis en consultation; et l'on ne manquerait pas de « respect » envers la mémoire de M. Gambetta en ne donnant pas son approbation à un de ses actes administratifs : celui-ci ou tout autre.

Dans le manuscrit remis à la *Gazette*, Gambetta, suivant M. de Wecker, disait de la clinique des *Quinze-vingts* et de M. Fieuzal . . . . ce que nous avons retranché du manuscrit, ce qui a été rétabli par M. de Wecker dans le *Figaro*, ce que le début de la lettre ci-dessus nous commanderait de reproduire ici pour notre défense, mais ce que nous passerons sous silence par continuation d'égards envers un confrère estimé. Tout ce passage était réellement blessant pour lui, pour l'homme comme pour le savant, et manquait de respect pour la mémoire de celui dont on venait de se dire l'ami.

Et puisque M. de Wecker a fait néanmoins endosser à la *Gazette hebdomadaire* la responsabilité de cette partie de son article, nous userons envers lui de toute liberté. La seule suppression qu'il n'ait pas acceptée est celle dont il s'agit ici. Un passage sur le *duc médecin*, « marchant sur les traces de son maître (Iwanoff) en ce qui regarde l'exactitude à rendre compte d'examen microscopique des pièces confiées, » a été remplacé par une innocente plaisanterie sur la *conservation* des pièces ophthalmologiques. Les *poignées de main* de Gambetta ont été écartées. Supprimée aussi une

conversation de Coquelin aîné venant confier à l'oreille de l'auteur du feuilleton l'opinion de Gambetta sur tous les oculistes de Paris : « Il n'y en a qu'un, pas deux ! » Tout cela a été patiemment supporté ; seul, je le répète, le retranchement relatif à l'hospice de la rue Saint-Antoine nous a valu de cavalières remontrances de l'auteur, non pas au fond parce que par suite de circonstances indépendantes de ma volonté, il ne lui a été donné avis que tardivement, mais par le motif que rend manifeste la restitution du passage dans un journal politique.

A. DECHAMBRE.

SULFATE DE QUININE DES HÔPITAUX. — Nous reproduisons sous toutes réserves le bruit répété par plusieurs journaux politiques, à savoir, que le sulfate de quinine, reçu par la Commission des hôpitaux dans ces derniers temps, était encore de mauvaise qualité. Les boîtes offraient bien, dit le *Temps*, une couche de quinine de bonne qualité ; mais, cette couche épuisée, le médicament était remplacé par de la cinchonine. La cinchonine est un alcali végétal, provenant également du quinquina, mais dont les effets sont absolument différents. On fit mander le fournisseur. Il parut fort étonné de ce qu'on lui apprit, mais il crut se justifier en disant qu'il ne fabriquait pas lui-même, et que le sulfate de quinine en question lui était fourni tout prêt par une maison de Milan.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — La troisième épreuve s'est terminée mercredi soir. Les dernières questions traitées ont été : *Mardi* 16 janvier. — M. Artigalas : Séméiotique de la langue. — M. Leroy : Intermittence et périodicité des maladies aiguës. *Mercredi* 17. — M. Quinquand : Du tympanisme abdominal.

La quatrième épreuve, leçon clinique d'une demi-heure au lit du malade après une demi-heure d'examen et de préparation, a commencé le jeudi 18 janvier.

CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE. — En exécution du décret du 27 avril 1878, un concours s'ouvrira à Paris (hôpital du Val-de-Grâce), le lundi 26 février prochain, pour l'admission dans le service hospitalier de médecin-major de première et de deuxième classe appartenant aux corps de troupe. Les épreuves auront lieu, conformément aux dispositions du programme approuvé le 16 novembre 1878 et inséré au *Journal militaire officiel* (partie réglementaire). — Un autre concours s'ouvrira, le 1er juin 1883, à l'école du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le Conseil d'amirauté vient d'inscrire au tableau d'avancement du 1er janvier 1883 les officiers du corps de santé de la marine dont les noms suivent : *Pour le grade de médecin en chef :* MM. Nielly, médecin-professeur. *Pour le grade de pharmacien en chef :* M. Sambuc, pharmacien-professeur. *Pour le grade de médecin principal :* MM. Ercole et Maurel, médecins de première classe. *Pour le grade de pharmacien principal :* M. Reynaud, pharmacien de première classe.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Tiersot, député de l'Ain, vient de mourir subitement, frappé d'une attaque d'apoplexie. Il était âgé de soixante et un ans : il avait été l'un des plus ardents adversaires de l'empire dans son département ; il fut élu député à l'Assemblée nationale ; puis à la Chambre, où il représentait la première circonscription de Bourg. M. Tiersot siégeait à l'extrême gauche.

ALIÉNÉS. — Par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1882, sont nommés membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, pour une nouvelle période de cinq années, à dater du 1er janvier 1883, MM. Potier et Huard, membres sortants.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Delthil, médecin-inspecteur des écoles à Nogent-sur-Marne ; Hénocque, chargé des fonctions de directeur-adjoint au laboratoire de médecine de l'École pratique des hautes études au Collège de France ; Henneguy, préparateur de la chaire d'embryogénie comparée au Collège de France ; Destrain, préparateur de la chaire de chimie minérale au Collège de France.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans le corps de santé militaire. *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Bonnaix et Gazin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 2 février, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. Mardi, leçon au lit des malades.

MALADIES DE L'OREILLE. — M. le docteur Hermet reprendra ses exercices pratiques d'otologie le samedi 24 janvier à une heure, à sa clinique, 29, rue du Petit-Carreau, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du vendredi 12 au jeudi 18 janvier 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1135, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 68. — Variole, 15. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40 ; au sein et mixte, 23 ; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 124 ; de l'appareil circulatoire, 62 ; de l'appareil respiratoire, 89 ; de l'appareil digestif, 48 ; de l'appareil génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 2 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 3e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1351 naissances et 1135 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1202, 1116, 1099 et 1122. Le chiffre de 1135 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc sensiblement égal au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. A l'égard des affections épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la variole (15 décès au lieu de 6), l'infection puerpérale (5 au lieu de 3) ; une atténuation pour la rougeole (14 décès au lieu de 28), l'érysipèle (5 au lieu de 11), la diphthérie (37 au lieu de 42). La scarlatine, qui n'avait occasionné aucun décès la semaine précédente, en a causé 4 cette semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Les annonces des cours sont désormais à la page 4 de la couverture.

La Table de la *Gazette hebdomadaire*, pour l'année 1882, sera expédiée prochainement.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Microchimie végétale, guide pour les recherches phyto-histologiques, à l'usage des étudiants, par M. V.-A. Poulsen. Traduit d'après le texte allemand par M. S. Paul Lachmann. In-8 de 419 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

De la procréation volontaire des sexes, étude physiologique de la femme, par M. P. Dartigues. 1 vol. in-8 de 238 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

L'Alimentation dans la Tuberculose, par le docteur J. Pelletan. Grand in-8 de 52 pages, 1883. Paris, O. Doin. 3 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé ; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a con-[illegible] le sulfate de fer se retrouve en entier dans les [illegible]es, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels [illegible] solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés [illegible]ulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement ; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures ; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses ; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté ; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne ; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent ; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Beuillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la dyspepsie.

Parmi les traitements préconisés contre la dyspepsie, la médication chlorhydro-pepsique a pris une importance considérable. Les nombreux succès obtenus avec cette préparation justifient pleinement les idées théoriques sur lesquelles est basée sa composition. On sait que tout acte digestif se réduit à une action chimique, et que la dyspepsie, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, a toujours pour cause un trouble chimique.

Pour être rationnel, le traitement des dyspepsies doit donc être basé sur ces origines chimiques. Ce ne sont pas seulement les symptômes qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes. Il faut avant tout suppléer à l'insuffisance des ferments digestifs par une préparation qui en remplisse les effets.

L'*élixir chlorhydro-pepsique Grez* répond parfaitement à cette indication; à l'action digestive si puissante de la pepsine chlorhydrique, qui en forme la base, s'ajoute l'action des amers, qui en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques stimulent l'appétit et activent les sécrétions de l'estomac.

Cette préparation constitue une médication complexe, agissant en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion.

L'expérience est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication. MM. Archambaut et Bouchut, à l'hôpital des Enfants, le professeur Gubler, Dujardin-Beaumetz, Fremy, Huchard, Lucas-Championnière, etc., ont obtenu de nombreux succès en employant l'élixir chlorhydro-pepsique dans différentes formes de dyspepsie. Un grand nombre d'observations ont montré les heureux effets que pouvait donner cette médication chez les anémiques et les phthisiques.

Nos lecteurs liront avec intérêt les observations suivantes, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Mora, et qui montrent bien que l'usage de l'*élixir Grez* a pour conséquence presque immédiate la guérison de diverses formes de dyspepsie.

OBS. I. — Emilie D..., vingt-huit ans, cuisinière dans une riche maison, et conséquemment dans un milieu confortable; néanmoins, cette fille voyait chaque jour sa santé s'altérer, et ses maîtres me firent appeler à différentes reprises pour des troubles gastriques qui l'obligeaient à interrompre ses travaux. En effet, cette jeune femme se plaignait de maux d'estomac très intenses, ses digestions étaient très difficiles; elle accusait du dégoût pour les aliments, et assez souvent elle vomissait des matières glaireuses ou alimentaires. La malade maigrit considérablement, puis l'anorexie devint complète; elle fut forcée de quitter sa place pour aller se soigner chez elle. C'est en vain que j'employai toutes les médications qui ont été préconisées contre la dyspepsie, son état maladif restait à peu près le même. C'est après toutes ces tentatives infructueuses que j'eus recours à l'élixir chlorhydro-pepsique Grez, qui, en moins de quinze jours, produisit une amélioration notable. Au bout d'un mois, l'appétit était complètement revenu; il n'y avait plus de dégoût, de nausées même, et quelque temps après la guérison était absolument complète.

OBS. II. — Louis M..., trente-quatre ans, jardinier, éprouve depuis un an des douleurs stomacales très vives, des vomissements de matières aqueuses et souvent bilieuses. Il se plaint souvent de pyrosis. L'appétit diminue chaque jour. C'est bien là la dyspepsie atonique. Je prescris un vomitif qui soulage momentanément mon malade, mais bientôt les mêmes troubles digestifs reviennent avec plus d'intensité qu'aux premiers jours. Cette fois je prescris l'élixir Grez, et, dans ce cas également, quinze jours de traitement suffisent pour amener une amélioration qui ne s'est point démentie depuis.

OBS. III. — Cette observation concerne une jeune femme de vingt-quatre ans chloro-anémique au suprême degré et de plus hystérique. Cette femme est continuellement malade, son estomac ne fonctionne que bien imparfaitement, l'appétit est presque nul. Malgré un état pathologique aussi peu rassurant, l'élixir Grez a parfaitement réussi. La pauvre femme, qui ne mangeait plus, voit chaque jour son appétit renaître en même temps que ses forces, et je ne doute nullement de sa guérison complète.

En présence de ces résultats si positifs, nous terminerons en affirmant, avec le docteur Mora, que nous ne connaissons pas, à l'heure présente, de médication plus efficace contre les dyspepsies que l'*élixir chlorhydro-pepsique Grez*.

Dr DUBOIS.

PHARMACOLOGIE

La maltine et ses composés.

Aucun praticien n'oserait, à l'heure présente, contester l'importance médico-hygiénique des principes du malt, ou, pour mieux dire, les fécules maltées dans lesquelles se trouvent associés de la façon la plus heureuse, les principes de l'alimentation plastique, ceux de l'alimentation respiratoire et les éléments indispensables pour faire subir à ces derniers les transformations préalables qui les rendront assimilables et solubles.

On ne saurait néanmoins recommander le malt d'orge ou d'avoine comme médicament, à cause de l'absence des matières albuminoïdes; encore moins comme médicament, à cause des masses des matières inertes auxquelles les principes actifs s'y trouvent associés; et quant aux extraits de malt, qu'on avait préconisés jusqu'ici sous un grand nombre de formes différentes, il en est peu, s'il en est, qui soient réellement recommandables.

Il convient, cependant, d'être indulgent pour les préparations d'extraits de malt, car cette préparation présente de nombreuses difficultés.

Les plus sérieuses de toutes sont les suivantes. Arrêter au point voulu l'action de la diastase, dont le côté nécessaire est la transformation de l'amidon en glucose; prévenir tout commencement de fermentation alcoolique; empêcher toute congélation de l'albumine, qui entraînerait et ferait passer dans les résidus solides de l'opération les principes essentiels de la fibrine et les phosphates nécessaires à la nutrition des os.

En combinant dans ses maltines les principes utiles de l'orge, de l'avoine et du froment, en réglant avec des précautions infinies et par des procédés opératoires extrêmement ingénieux, la température pendant la préparation de façon à opérer la sous-clarification complète de l'amidon sans laisser trace d'éléments, pouvant déterminer une fermentation ultérieure, la Compagnie londonienne, qui possède aujourd'hui une très importante manufacture à Gontiers-sur-l'Hudson, et une maison de vente en gros à Paris, 6, rue Chabanais, est parvenue à réaliser non pas seulement une préparation active souveraine dans la dyspepsie et dans les troubles gastriques, remarquablement efficace dans toutes les affections caractérisées par une altération des fonctions de nutrition; elle a en outre obtenu un agent à la fois médicinal, hygiénique et éminemment alimentaire à cause du gluten fourni par le froment, agent qui a, sur la généralité des préparations similaires, l'avantage de se conserver sans altération aucune, même pendant les plus grandes chaleurs, même sous les climats les plus brûlants.

Reconstituant très énergique, la maltine Carnrick remplace avec avantage l'huile de foie de morue, dont l'efficacité ne peut être mise en doute à cause des éléments qui entrent dans sa composition, mais qui a deux inconvénients majeurs, la répugnance souvent invincible des malades, le défaut d'action du suc gastrique sur les corps gras qui, en *réservant* l'huile presque tout entière à l'action ultérieure de la bile et du suc *pancréatique*, rend insuffisant le travail de l'estomac lui-même et exagère le rôle de la digestion *intestinale*.

La maltine Carnrick, honorée des plus hautes récompenses à Melbourne (1880), à Londres et à Adélaïde (1881), a été accueillie par l'approbation unanime du corps médical anglais et est aujourd'hui adoptée dans la plupart des établissements hospitaliers de la Grande-Bretagne. Le même accueil lui est très certainement réservé en France.

Déjà l'attention des praticiens et des chimistes est attirée sur ce produit et sur les très nombreuses préparations dont il fournit le principal élément; déjà les preuves de son efficacité se multiplient au milieu de nous; elles ne tarderont pas à entraîner, par leur nombre et leur éclat, la conviction de tous nos confrères.

C'est donc comme succédané de l'huile de foie de morue que la maltine doit être recommandée, surtout chez les malades qui ne peuvent que difficilement digérer les corps gras. Elle est, en effet, d'une saveur agréable et les enfants la prennent toujours avec plaisir.

La maltine s'associe avec toutes les substances actives. M. Carnrick a proposé une *maltine phosphatée*, une maltine combinée avec la pepsine et la pancréatine, avec le fer et la quinine, etc. Elle s'associe avec les altérants : l'iode, les iodures, les chlorures, les mercuriaux et un grand nombre de substances qui, sans cette heureuse combinaison, seraient difficilement supportées par l'estomac.

En somme, la maltine employée pure ou associée aux autres substances médicamenteuses constitue un tonique reconstituant d'une grande valeur. Elle nous paraît appelée à prendre très rapidement une place importante dans notre thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale ; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue ; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée; une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons, le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes.

Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 1er février 1883.

De la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée allemande et dans l'armée française, et du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

La discussion du rapport présenté par M. L. Colin, au nom de la commission chargée d'examiner la communication de M. F. Glénard et d'apprécier la valeur des documents statistiques qu'il avait fournis, a été des plus vives. Mais, au moment de conclure et d'approuver ou d'improuver les conclusions de ce rapport, aucun vote n'a été émis. A l'unanimité, sur la motion de M. H. Roger, l'Académie de médecine a déclaré qu'elle entendait laisser à la commission la responsabilité de ses affirmations. Ce résultat, qui a paru surprendre non seulement les membres du bureau, mais encore la plupart des assistants, n'a rien que de très naturel. Une société savante vote ou rejette des conclusions formelles, entraînant une sanction immédiate; elle n'a pas à se prononcer sur la valeur d'interprétations scientifiques ou statistiques contenues dans un rapport. Or celui de M. L. Colin se terminait par les paroles suivantes :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français pour *fièvre typhoïde* comprend non seulement les malades admis sous ce diagnostic, mais encore un grand nombre de ceux dont l'affection a été qualifiée de *fièvre continue*.

2° Les décès par fièvre typhoïde, inscrits dans la statistique médicale de l'armée (tableau VII, A), se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique *fièvre typhoïde*, mais encore à ceux qui ont été admis avec le diagnostic *fièvre continue*. La proportion de ces décès, au total de ces deux groupes, est d'environ 14 pour 100.

Ce ne sont point là des conclusions sur lesquelles on puisse voter. L'Académie de médecine n'avait pas, en effet, à interpréter la statistique médicale de l'armée ni à critiquer ou à louer les procédés qu'elle emploie pour classer les éléments qui lui sont fournis. Il s'agissait ou bien de juger la partie clinique du mémoire du médecin de Lyon et de se prononcer sur la valeur de la méthode de Brand, ou bien de s'en tenir, comme l'a fait la commission, aux documents statistiques fournis par M. F. Glénard et de déclarer s'ils étaient exacts ou erronés. En raison du retentissement qu'a eue, non seulement dans le public médical, mais surtout en dehors de l'enceinte de l'Académie, la communication de notre confrère de Lyon, en particulier cette assertion que l'introduction dans la pratique médico-militaire de la méthode de Brand « permettrait de réduire chez nous le taux actuel de la mortalité de fièvre typhoïde de 37 pour 100 à 3 ou 4 pour 100, de ne perdre que 150 au plus au lieu de 1600 hommes par an, et d'épargner ainsi chaque année la perte d'un régiment entier de jeunes soldats français », il avait pu sembler utile de discuter sérieusement les chiffres fournis par M. Glénard et de démontrer que ces chiffres étaient inexacts. M. L. Colin, nous allons essayer de le faire voir, s'est acquitté de cette tâche et son rapport a été très justement accueilli par les applaudissements de ses collègues. Mais l'Académie, nous le répétons, après avoir écouté et approuvé ce rapport, n'avait plus rien à voter. S'il avait paru convenable de répondre par une motion quelconque aux assertions de M. F. Glénard, il eût été nécessaire que la commission, ou mieux encore le bureau, soumît à l'assemblée une formule plus acceptable qu'une simple constatation de chiffres. On n'y a point songé et l'on a peut-être donné le change à l'opinion publique en laissant croire que l'on n'osait point affirmer que M. L. Glénard s'était trompé. Il importe donc d'examiner impartialement les deux questions que soulève le mémoire qui se trouve publié *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire*.

Nous ne dirons que peu de mots de la question clinique. L'Académie de médecine tiendra à honneur, nous l'espérons, de discuter sérieusement la méthode de Brand. Point n'est besoin dans ce but de nommer une nouvelle commission et d'aller, comme le proposait M. Bouley, faire une enquête en Allemagne ou ailleurs. Nous connaissons assez et nous estimons trop le corps médical lyonnais pour ne point ajouter foi aux statistiques qu'il nous fournit et qu'apporte M. F. Glénard. Nous reconnaissons donc que les résultats obtenus à

Lyon sont remarquables; que le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids peut rendre de signalés services et qu'il est plus particulièrement indiqué quand une fièvre typhoïde s'annonce grave soit par l'hyperthermie, soit par la prédominance des accidents nerveux. Mais nous ne saurions admettre, quels que soient les chiffres fournis, les affirmations si exclusives de M. Glénard. Lorsqu'il continue à soutenir que « toute fièvre typhoïde qui aura été dès son début méthodiquement traitée par l'eau froide guérira certainement » et que « toute fièvre typhoïde traitée par l'eau froide qui présentera des complications ou ne guérira pas n'aura pas été méthodiquement traitée dès le début », il se sert d'arguments de la nature de ceux qui trouvent leur place dans une improvisation destinée à frapper l'esprit d'auditeurs non convaincus, mais qui ne sauraient être admis par ceux qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés cliniques. Comme l'a fort bien dit M. Peter à la *Société médicale des hôpitaux* (20 janvier 1877), « toute formule thérapeutique exclusive, univoque, inflexible, repose sur une conception théorique erronée de la maladie... » On ne doit pas approuver la formule des bains quand même, plus que l'on n'admettrait aujourd'hui la formule des saignées coup sur coup. Et ceux des médecins qui, habitués à étudier les documents historiques, ont vu si souvent les méthodes exclusives tantôt prônées à l'excès, tantôt impitoyablement condamnées, comprendront difficilement que M. Glénard, après avoir fait table rase de toutes les autres médications, déclare, en parlant de la méthode de Brand, que « nul traitement ne demande plus de tact et de sens clinique de la part du médecin ». Du tact et du sens clinique, alors qu'il s'agit seulement de baigner toutes les trois heures tous les individus dont la température dépasse 38 degrés, alors surtout que le diagnostic initial est inutile, puisqu'il faut commencer les bains avant que la maladie puisse être reconnue! Ce sont là des exagérations qui pourraient nuire à la thèse défendue par M. Glénard, quelle que soit la valeur des arguments statistiques qui l'appuient.

Mais si nous reconnaissons toute l'importance et toute la signification des statistiques publiées par les médecins de Lyon, il n'en est plus de même des chiffres fournis par M. Glénard en ce qui concerne la mortalité comparée de l'armée allemande et de l'armée française. On se souvient, M. L. Colin l'a rappelé dans son remarquable rapport, que M. Glénard citait les chiffres suivants : dans l'armée allemande, la mortalité par fièvre typhoïde est descendue au-dessous de 10 pour 100 depuis que la méthode de Brand s'y est généralisée; dans l'armée française, cette mortalité atteint et dépasse 37 pour 100. M. L. Colin, mieux placé que tout autre pour apprécier ces chiffres, a donné une explication très plausible de l'erreur involontaire commise par M. Glénard. La *Statistique médicale de l'armée*, nous dit-il, est un document administratif où les groupes morbides ont été constitués en vue de la détermination du nombre des journées d'hôpital. Il en résulte que l'on ne peut aisément se retrouver au milieu de cette accumulation de chiffres, qui n'est précédée ni suivie d'un commentaire médical. Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, les chiffres correspondant à la morbidité sont inexacts, ceux qui indiquent la mortalité sont seuls précis. Par conséquent le recueil officiel qui a servi à M. Glénard, ne pouvait lui fournir les documents médicaux dont il avait besoin. Si, en effet, sous le nom de *fièvre continue*, on inscrit dans la colonne des entrées un assez grand nombre de malades qui, sortis après vingt-huit ou trente jours de maladie, ont été atteints de fièvre typhoïde; si l'on ne modifie cette dénomination banale *fièvre continue* que dans les cas où le décès du malade a fait reconnaître au médecin qu'un document statistique ne peut porter, dans la colonne des décès, un diagnostic aussi peu précis, il devient évident que, parmi les malades entrés sous la rubrique : *fièvre continue*, il s'est trouvé un certain nombre de typhoïdiques, et que, par conséquent, au point de vue de la statistique médicale, les chiffres fournis par le recueil officiel de l'armée française sont inexacts et impossibles à bien interpréter. C'est pourquoi, à côté des statistiques fournies par les médecins de Lyon, il faut placer celles que contiennent les deux mémoires si intéressants dus à M. L. Colin, mémoires qui résument les faits observés de 1874 à 1879 par les médecins des corps de troupe et des régiments de l'armée française. Dans ces travaux, il ne s'agit plus de *fièvres continues;* toutes les observations se rapportent à des fièvres typhoïdes confirmées. Or la mortalité n'est plus ici que de 20 à 21 pour 100 malades. Nous affirmons dès lors, et nous croyons qu'il ne se trouvera pas un seul médecin militaire pour contredire cette affirmation, que les chiffres puisés dans la statistique officielle par M. Glénard n'ont pas la signification qu'il leur a donnée.

En ce qui concerne l'armée allemande, les faits ont une tout autre importance. Le *Statistischer sanitaet's Bericht für die Königlich-preussische Armee* est un document des plus précis, des mieux faits, des plus concluants que l'on puisse consulter. Ce n'est pas, comme la *Statistique de l'armée française*, un recueil de chiffres sans commentaire. Précédé d'un rapport général qui résume les relations épidémiologiques fournies par les médecins de corps d'armée, renfermant moins de subdivisions inutiles, moins de chiffres difficiles à interpréter, cette statistique allemande a pu donner à M. Glénard ce qu'il était en droit de lui demander. Or, comme l'a dit notre confrère, dans le volume de l'année 1881, la direction du service de santé de l'empire allemand résume les préceptes de Brand et, s'appuyant sur les résultats fournis par le docteur Abel, recommande par une circulaire spéciale la méthode des bains froids pour le traitement de la fièvre typhoïde. Il est vrai d'ajouter que le 2e corps d'armée (docteur Abel) est précisément celui où la morbidité par fièvre typhoïde est la plus considérable, alors que, depuis longtemps, la mortalité y est inférieure à celle que l'on signale dans les autres corps. A Strasbourg elle est de 7 pour 100; à Berlin de 12 pour 100, à Cassel de 16,6 pour 100, tandis que dans le 2e corps d'armée (Stettin) elle n'est plus que de 2,9 pour 100 et peut tomber (hôpital militaire de Stralsund) à 0,6 pour 100. On est en droit de demander, avec M. L. Colin, si pour arriver à ce résultat : que, sur 300 soldats typhoïdiques on n'en perd que 2, il ne faut pas confondre sous le nom de fièvre typhoïde bien des affections d'ordinaire bénignes et certainement curables sans la méthode balnéaire. Cette question est d'autant plus légitime que, si nous en croyons les renseignements que nous avons recueillis, on procéderait souvent de la manière suivante. Un malade se présentant à la visite du médecin militaire, celui-ci prend sa température. Si elle dépasse 38 degrés, le malade est envoyé à l'hôpital et baigné. Les bains sont continués toutes les trois heures aussi longtemps que la température, trois heures après le bain, atteint ou dépasse ce chiffre de 38 degrés. Si, après quatre ou cinq jours, le malade est guéri, le diagnostic *typhus levissimus* est porté; s'il reste malade et atteint d'une fièvre typhoïde

confirmée, on continue la médication. Mais cette méthode qui, d'ailleurs, reste conforme aux préceptes posés par Brand et que M. Glénard cherche à vulgariser, n'expose-t-elle point à confondre sous ce nom de fièvre typhoïde, abortive ou non, bien des indispositions légères, et à grossir ainsi le chiffre de la morbidité comparé à celui de la mortalité? Nous n'avons point cependant l'intention de critiquer ici les statistiques de l'armée allemande. Nous tenons, au contraire, tout en faisant ressortir ce qu'il peut y avoir de bien fondé dans les objections que lui adresse M. L. Colin, à signaler la supériorité des documents qui sont fournis chaque année par la direction du service sanitaire de l'armée prussienne. N'a-t-on pas vu tout récemment une circulaire officielle rappeler à tous les médecins militaires allemands les remarquables travaux de Pasteur et leur prescrire de chercher par tous les moyens possibles à appliquer les mesures prophylactiques que peut suggérer la doctrine parasitaire des maladies infectieuses? Si nous pensons donc que, dans la partie de son travail, relative à la comparaison de la mortalité typhoïdique des armées allemande et française, M. Glénard a pu être trompé sur la véritable portée de certaines données statistiques, nous devons le remercier de nous avoir fourni l'occasion de signaler les progrès accomplis en Allemagne dans une voie où s'engagera certainement la direction sanitaire de notre armée. Que la diminution de la mortalité par fièvre typhoïde soit due à l'application de la méthode de Brand ou à l'amélioration très réelle des conditions hygiéniques qui président à la construction et à l'aménagement des casernes et des hôpitaux allemands; qu'il faille l'attribuer à des conditions de milieu, de race ou de climat; que la morbidité et la mortalité soient plus considérables en France parce que, la fièvre typhoïde devenant plus grave au fur et à mesure que l'on s'avance vers les régions méridionales, les troupes envoyées dans le midi de la France et surtout en Algérie lui paient un plus lourd tribut; ce sont là des questions que les épidémiologistes auront à résoudre. L'une d'elles s'impose aux médecins qui, en réclamant l'honneur, ont assumé la responsabilité de la direction du service de santé de l'armée. Avec une grande franchise, M. L. Colin a reconnu que la *Statistique médicale de l'armée française* était mal rédigée et que si M. Glénard avait pu fournir des chiffres qui ont justement ému le public médical et tous ceux qui s'intéressent à notre armée, la faute en était surtout à l'inscription inexacte et incomplète des chiffres de morbidité et de mortalité par fièvre typhoïde. Il n'appartenait pas au savant et zélé rapporteur de la Commission académique de rappeler que ses deux mémoires sur les épidémies de fièvre typhoïde, observées dans l'armée pendant une période de six années, sont des modèles d'analyse et de critique et que la direction du service de santé de l'armée aura désormais le devoir de faire établir chaque année et de faire insérer en tête de la *Statistique médicale*, mieux rédigée et plus conforme aux nécessités de la science moderne, des résumés épidémiologiques semblables pour toutes les maladies qui sévissent dans l'armée. Jusqu'à ce jour un pareil travail pouvait être impossible. Dans la plupart des petites garnisons, les soldats ne sont point traités par leurs médecins et la statistique est rédigée par des agents inexpérimentés et soustraits à la surveillance de l'autorité militaire. Il n'en sera plus de même le jour où, dans chaque circonscription médicale, les directeurs du service de santé pourront inspecter les hospices civils et donner les ordres nécessaires pour obtenir que le service de la statistique médicale y soit régulièrement institué. Alors s'accomplira une réforme qui s'impose aujourd'hui à l'attention du Comité de santé de l'armée française, et que la septième direction du ministère de la guerre tiendra à honneur de réaliser, en plaçant à la tête d'un service aussi important un médecin zélé et instruit. Alors aussi l'on pourra tirer de la *Statistique médicale de l'armée* des documents précis et l'on ne s'exposera plus aux graves accusations qui pèsent aujourd'hui sur les médecins français en général et sur les médecins de l'armée en particulier.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Traitement de la fièvre typhoïde a Lyon en 1883, par le docteur Frantz Glénard (de Lyon).

(Fin. — Voyez les nos 2 et 4.)

IV. — *Statistique.*

On ne saurait trop se méfier des statistiques!

Suivant le sens dans lequel on les retourne, on peut, avec la même logique apparente, les interpréter d'une façon diamétralement opposée.

L'intervention de la statistique est particulièrement délicate à provoquer dans l'appréciation des méthodes de traitement de la fièvre typhoïde. La valeur de tout traitement de cette maladie se résume, en définitive, dans le rapport qu'il permet d'obtenir entre la morbidité et la mortalité. Or, s'il ne peut plus exister aujourd'hui, grâce à l'Ecole française, de confusion sur le second terme, la valeur du premier, par contre, varie presque avec chaque école, presque avec chaque médecin.

Le taux de mortalité, pour une même série, peut être interprété avec un écart de 50 pour 100 et même davantage, suivant qu'on exclut de la morbidité ou que l'on y comprend cette série d'affections indéterminées (fièvre gastrique, muqueuse, gastrique nerveuse; embarras gastrique aigu, fébrile, fièvre catarrhale, rhumatismale, fièvre typhoïde abortive, etc., etc.) qui, toutes, se caractérisent par un type continu de fièvre, plus ou moins prolongé, et rendent le diagnostic si hésitant au début, surtout en temps d'épidémie.

« La fréquence de la maladie (la fièvre typhoïde) est parfois artificiellement grossie par le grand nombre d'affections moins graves qui apparaissent simultanément et qui semblent en rapport avec les mêmes influences pathogéniques. Ces affections sont spécialement des fièvres continues, des fièvres muqueuses, des embarras gastriques, etc. J'ai cité des corps où sur 1500 hommes, il y avait eu 800 malades : c'est dire combien d'affections s'étaient surajoutées à la fièvre typhoïde. Ce peu de rigueur des diagnostics portés en quelques circonstances de ce genre explique l'apparente bénignité de ces épidémies où il n'y aurait pas eu 1 décès sur 40 ou 50 atteints. » (L. Colin, *Traité des maladies épidémiques*, 1879, p. 632.)

C'est parce que j'étais bien pénétré de cette cause grave d'erreurs dans les appréciations que je me suis attaché à donner pour base à ce travail de réhabilitation des bains froids, non pas des chiffres, mais l'opinion, motivée par l'expérimentation clinique, de tout un corps médical, l'élite de la médecine lyonnaise.

Le caractère presque unanime, la forme impersonnelle, même le côté insolite de la *déclaration* qui a été soumise à l'Académie de médecine, tout concourt à prouver jusqu'à l'évidence qu'il y a des faits assez concluants, assez nombreux pour permettre de croire à leur généralisation dans les

mêmes conditions ; qu'il y a une conviction assez énergique en leur importance pour que leur divulgation ait été considérée comme un devoir d'humanité.

Mais il serait impossible de nier que les chiffres ne puissent acquérir une singulière valeur de leur rapprochement avec cette *déclaration*.

Lorsque Brand, en 1877, apporta la statistique colossale de 8141 cas traités par les bains froids, émanant de la pratique de 72 médecins, parmi les premiers cliniciens de l'Allemagne et parmi ceux de l'Ecole lyonnaise, ces chiffres, portés à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. *Libermann*, ne provoquèrent aucune réflexion. Ils étaient pourtant bien éloquents, bien faits pour ébranler les détracteurs des bains froids.

Sur ces 8141 cas, dans lesquels étaient compris tous les malades baignés, quel que fût même le mode d'application des bains froids, il n'y avait eu que 600 décès, c'est-à-dire une mortalité de 7,4 pour 100 au lieu du taux habituel de 20 pour 100.

Ces décès étaient répartis ainsi qu'il suit :

Pratique privée	689 fièvres typhoïdes		14 morts	=	2,0 0/0.
Enfants (hôpitaux et pratique privée)	197	—	5	— =	2,5 0/0.
Hôpitaux civils	4733	—	318	— =	6,7 0/0.
Hôpitaux militaires	1214	—	114	— =	9,4 0/0.
— en temps de guerre	1308	—	149	— =	11,4 0/0.
	8141		600	— moy.	7,4 0/0.

(Brand, *loc. cit.*, p. 284.)

Mais il semblait qu'en passant par les mains de Brand, ces chiffres eussent perdu leur réalité.

Si j'ose de nouveau présenter une statistique, c'est que l'interprétation des chiffres sur lesquels elle repose est l'œuvre impersonnelle d'un corps médical considérable, celui de l'armée allemande, représentée par son conseil de santé, et que cette interprétation semble, par ce fait, digne de figurer à côté de la déclaration collective de l'Ecole de Lyon.

Quelque pénibles, par diverses raisons, que puissent être pour nous les sentiments que fera naître cette étude, et nul ne les ressent plus vivement que l'auteur de ce mémoire, il faut avoir le courage de scruter ces documents et de les mettre au jour, s'il en doit jaillir quelque vérité de nature à rendre service à nos compatriotes et particulièrement à notre armée française.

§ 1

Le *Rapport du Conseil de santé* de l'armée allemande pour l'année 1878 (1er avril) à 1879 (31 mars) s'exprimait ainsi (1) :

« Cette fois encore, parmi les diverses méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, *c'est la méthode de Brand qui mérite d'être spécialement distinguée.* »

Puis il signale le 2e *corps d'armée* (Poméranie) où sur 384 fièvres typhoïdes il y avait eu 377 guérisons et 7 morts (1.8 pour 100) ; *Uhl* qui, à Strasbourg, perdit un seul malade sur 83 ; *Bucerius*, à Emden, qui n'en perdit qu'un sur 49, tous ces malades traités rigoureusement suivant les préceptes de Brand.

Plus loin, le *Rapport* présente le parallèle entre les diverses méthodes en vigueur dans l'armée : 1° symptomatique, sans antipyrétiques ; 2° antipyrétique exclusive (quinine) ; 3° hydropathique (enveloppements, lotions, associés ou non à la quinine) ; 4° balnéaire exclusive ; 5° balnéaire associée à la quinine, « *les deux dernières étant les plus suivies.* »

Les malades traités par les bains seuls qui de 1874 à 1878 sont dans la proportion de 156 pour 1000, atteignent en 1878-79 celle de 315 p. 1000 ; tandis que la proportion des malades, traités par la quinine associée aux bains, est tombée de 403 dans la première, à 368 pour 1000 dans la seconde période.

De 1874 à 1878 la mortalité avec les bains seuls fut de 8,77 pour 100 et, avec les bains associés à la quinine, de 15,5 pour 100.

De 1878 à 1879, les bains seuls donnent une mortalité de 5,55 pour 100 ; celle de la quinine associée aux bains est de 16,19 pour 100.

Relativement aux complications, je traduis textuellement les passages suivants :

« Les *entérorrhagies* que les adversaires de la méthode des bains froids veulent avoir observées plus fréquemment avec cette méthode qu'avec toute autre, ont été plus rares avec les bains froids qu'avec la quinine seule, ou la quinine associée aux bains froids. »

Ailleurs :

« Le reproche adressé de part et d'autre aux bains froids de favoriser, plus que toute autre méthode, le développement des *complications pulmonaires*, n'est pas fondé d'après ce qui précède, puisque précisément le traitement exclusif avec les bains provoque moins d'affections graves du poumon que le traitement médicamenteux ou le traitement des bains associés à la quinine (1). »

Enfin le *Rapport*, après avoir dit : « La tendance manifestée dans les rapports isolés de chaque médecin, de faire prévaloir l'emploi des bains froids, trouve sa plus entière confirmation dans les conclusions qui ressortent des chiffres précédents », termine par le passage suivant :

« En présence de la diversité encore maintes fois remarquée dans le mode d'application des bains froids, il ne saurait être superflu de rappeler en quelques lignes les principes fondamentaux les plus importants de la méthode de Brand » (*Die Wasserbehandlung der typhösen Fieber* von Dr E. Brand. Tübingen, 1877).

Et le rapport énumère les diverses propositions qui caractérisent la méthode de Brand.

Le *Rapport* suivant du *Conseil de santé*, pour les années du 1er avril 1879 au 31 mars 1881, s'exprime de la façon suivante (2) :

« Pour ce qui concerne le traitement de la fièvre typhoïde, *la méthode de Brand est à peu près généralement employée dans l'armée* et c'est seulement dans quelques petits lazarets isolés, disparaissant dans la masse, que cette méthode de traitement n'est pas encore appliquée.

« Il est d'un intérêt surtout historique de rappeler que, déjà en 1862, le médecin en chef de l'État-major de l'armée appelait l'attention des divers médecins principaux sur la méthode de Brand, laissant à la conscience de chacun la responsabilité de son application.

» A quel point le taux de la mortalité de la fièvre typhoïde dans l'armée s'est abaissé, c'est ce qui ressort clairement des considérations suivantes : la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde dans l'armée, d'après les recherches du médecin

(1) *Statistischer Sanitäts Bericht* über die *Koniglich Preussische Armee*, für das Rapportjahr vom 1 april 1878 bis 31 märz 1879. Bearbeitet von der Militär-Medizinal-Abtheilung des Königlich Preussischen Kriegsministerium. Berlin, 1881, p. 12 et suiv.

(1) Au reste, j'ajoute que ces objections théoriques contre la méthode des bains froids ne provoquent plus même de discussion, depuis que des milliers de cas dont la statistique se trouve dans tous les livres, ont prouvé précisément que ces complications étaient moins fréquentes et moins mortelles avec les bains froids qu'avec toute autre thérapeutique. De pareilles objections étaient bonnes il y a dix ans. On sait, et je réponds à une autre objection, que l'exhalation de Co^2 diminue, d'une façon absolue, par le fait du bain froid. C'est pendant la demi-heure qui suit le bain qu'elle est le plus faible, pour revenir deux ou trois heures après à son chiffre primitif. Elle marche parallèlement avec la température fébrile.

De 720 à 750 grammes en vingt-quatre heures, chez l'homme sain, elle est de 829 grammes, chez le typhique non baigné, de 772 grammes chez le typhique baigné. (Schröder, *Arch. f. klin. Med.*, XI, 4, p. 385, 1869.)

D'après *Barth*, l'excrétion d'urée est presque constamment diminuée pendant le traitement des bains froids. (Dorpat, *Beiträge zur Wasserbehandlung des typhus*, 1866.)

(2) *Ibid.*, p. 26, 1881, Berlin.

de régiment Riecke, fut, de 1820 à 1844, de 25,8 pour 100; de 1868 à 1874, non compris l'année de la guerre, elle a été de 15 pour 100. »

Le *Rapport* donne ensuite, pour chacune des sept années de 1874 à 1881, le nombre des fièvres typhoïdes et celui des décès, et le total, pour cette période, se trouve de 17,570 fièvres typhoïdes avec 1,820 morts = 10,1 pour 100, le taux s'étant graduellement abaissé de 12 pour 100 en 1874 à 8,9 pour 100 en 1880, ainsi que le montre le tableau suivant :

MORTALITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS L'ARMÉE ALLEMANDE

Années.	Fièvres typhoïdes.	Décès.	Pour 100.
1874..................	2.735	329	12
1875..................	3.620	408	10,9
1876..................	2.747	298	10,8
1877..................	2.081	206	9,8
1878..................	2.112	190	8,9
1879..................	1.741	163	9,4
1880..................	2.534	226	8,9

Puis il ajoute :

« Il ressort de là que, depuis l'année 1874, à l'exception d'une légère oscillation en 1879, il y a diminution progressive des cas de mort et il est de toute évidence qu'un aussi favorable résultat doit être, au moins pour une grande partie, attribué à l'intervention thérapeutique. »

Il serait superflu d'ajouter le moindre commentaire à ceux du *Conseil de santé*, de faire remarquer, par exemple, que dans la comparaison des deux périodes, avant et depuis les bains froids, *les conditions sont identiques*, — mêmes maladies, mêmes hommes, vivant de la même vie, dans le même pays, — *sauf une* condition, *celle du traitement* de cette maladie.

En outre, la comparaison porte, d'un côté, sur une période sans bains froids de 24 années avec 50000 fièvres typhoïdes environ et plus de 12000 morts; de l'autre, sur une période de 7 années avec 17570 fièvres typhoïdes et 1810 décès.

Je ferai pourtant remarquer que le coefficient obituaire pour toute l'armée diminue en même temps que le taux de mortalité de la fièvre typhoïde.

Ce coefficient, de 5,5 pour 1000 présents (1874-1878), tombe à 4,8 p. 1000 (1878-1881).

Il en est de même du nombre moyen, pour un malade, des journées de traitement à l'hôpital.

§ 2

Mais il importe d'observer que, dans cette statistique de l'armée entière, déjà si favorable aux bains froids, puisque le *Conseil de santé* peut attribuer à leur intervention dans la thérapeutique la réduction de 25,8 pour 100 à 8,9 pour 100 du taux de mortalité de la fièvre typhoïde, il s'agit d'une statistique prise en bloc, dans laquelle se coudoient encore toutes les méthodes thérapeutiques de la fièvre typhoïde avec les méthodes réfrigérantes, et toutes les méthodes de bains froids avec la méthode de Brand.

Pour apprécier cette dernière, il convient de la suivre dans le 2e *corps d'armée* (Poméranie), déjà signalé par sa faible mortalité, corps d'armée dont le siège principal est à Stettin (où les médecins en chef sont en relation avec Brand); et à la tête duquel fut placé, en 1877, un médecin principal, le docteur *Abel*, qui, partisan de la méthode de Brand pure, en recommande l'application rigoureuse dans les vingt-cinq lazarets placés sous ses ordres.

Le Rapport du *Conseil de santé* pour les années 1874 à 1878, s'exprimait ainsi qu'il suit, page 20 :

« Sur l'invitation du docteur *Abel*, la méthode de Brand a été instituée rigoureusement dans les hôpitaux du 2e corps d'armée, alors que, jusque-là, le traitement par les bains froids était employé d'une manière très incorrecte; que, par exemple, on ne donnait presque nulle part de bains pendant la nuit. »

Et ailleurs : « Les résultats paraissent être d'autant plus remarquables qu'on se conforme plus strictement à l'emploi d'une méthode systématique des bains froids. »

En effet, pendant les trois années 1867 à 1869, la mortalité moyenne du 2e corps s'élevait à 14,2 pour 100 sur 708 fièvres typhoïdes, tandis qu'elle était encore de 19,4 pour 100 dans toute l'armée sur 6562 typhiques.

De 1869 à 1874 elle fut de 13 pour 100 sur 536 fièvres typhoïdes.

De 1874 à 1877, en 4 ans, la mortalité du 2e corps est de 7,8 pour 100 sur 1404 typhiques.

De 1877 à 1881 (1), à partir de la nomination du docteur Abel : mortalité du 2e corps, 4,62 pour 100 sur 1125 fièvres typhoïdes. En 5 ans, 52 morts seulement dans 25 hôpitaux, sur 1125 malades (2) !

§ 3

Mais ce n'est pas tout. Il faut tenir compte, avant de conclure, de la difficulté pour un médecin de corps d'armée d'obtenir l'application méthodique d'un traitement dans un rayon de 25 hôpitaux placés sous ses ordres, et étudier à part les résultats dans les seuls hôpitaux où son contrôle personnel est possible. C'est dans ces conditions que se trouvent l'hôpital militaire de *Stettin* et ceux des quatre autres principales garnisons de la Poméranie, *Stralsund*, *Stargard*, *Colberg*, *Bromberg*.

Dans ces cinq garnisons où la mortalité de la fièvre typhoïde atteignait 25 pour 100 et au-dessus pendant l'ère médicamenteuse, elle tomba :

De 1874 à 1877, à 7,69 pour 100 sur 702 typhiques.

De 1877 à 1881 (depuis le docteur Abel) sur 764 malades, il n'y a eu que 14 morts = 1,83 pour 100.

A l'hôpital militaire de Stettin, dont la mortalité en 17 années, de 1849 à 1866, fut de 26,3 pour 100 sur 1970 fièvres typhoïdes, on ne compte, de 1877 à 1881, que 2 morts sur 186 typhiques (1,6 pour 100).

A l'hôpital militaire de Colberg, 1 mort sur 122 fièvres typhoïdes (14 janvier 1883).

Dans la *garnison de Stralsund*, depuis cinq ans, de 1877 à 1881, il n'y a encore eu, à ce jour, à l'hôpital militaire que 2 morts sur 300 malades (0,6 pour 100).

Ces résultats de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, à l'hôpital militaire de la garnison de *Stralsund* se trouvent, en outre, consignés dans une dissertation inaugurale, soutenue devant l'Université de Greifswald par le docteur *Paul Helm* (3).

Sur 223 fièvres typhoïdes (aujourd'hui 300) et 88 fièvres gastriques traitées par les bains froids (3), du 1er octobre 1877 au 1er octobre 1881, sous la direction du docteur *Büttner*, médecin en chef de cet hôpital, Helm n'a vu qu'une mort et cette mort est celle d'un malade entré à l'hôpital le 14e jour

(1) Pendant les trois années 1878, 1879, 1880, la statistique comprend outre 6387 fièvres typhoïdes, avec 579 morts, 2914 fièvres gastriques et 6134 fièvres catarrhales, ces deux derniers groupes sans aucun décès. Total : 15435 fièvres, 579 morts = mort. de 3,75 pour 100.

(1) Dans les hôpitaux du docteur Abel, les malades sont traités dès le cinquième jour au plus tard. Sont exclus de la statistique de la fièvre typhoïde les malades dont la pyrexie a duré moins de dix-sept jours. (Voy. plus haut la note du docteur Abel.)

(2) Dans le 2e corps d'armée il y a eu, pendant les trois années 1878, 1879, 1880, outre 973 fièvres typhoïdes, avec 32 décès, 353 fièvres gastriques et 1208 fièvres catarrhales. Total: 2534 fièvres, 32 morts = mortal. de 1,26 pour 100 (*Stat.*).

(3) Die Behandlung des Typhus abdominalis im Garnison-Lazareth zu Stralsund und deren Resultate. Greifswald, 1881.

après le début. Helm fait remarquer, en outre, que, dans le *même* hôpital, le *même* docteur *Büttner* avait eu, de 1873 à 1877, avec la méthode des bains tièdes refroidis de Ziemssen, 8 morts sur 79 typhiques (10 pour 100).

Pour le reste sa description est conforme à celle de tous les médecins qui ont traité des fièvres typhoïdes par les bains froids.

Qu'il me soit permis de faire une remarque à propos de ce 2e corps d'armée.

Nous avons vu l'abaissement de la mortalité générale de l'armée coïncider avec la diminution des décès de fièvres typhoïdes, et celle-ci se prononcer d'autant plus que le traitement par les bains froids se généralisait davantage.

Nous voyons, en comparant les corps d'armée, que celui où la méthode de Brand est le plus rigoureusement appliquée présente le taux le plus faible de mortalité typhoïdique.

Bien plus, dans le même hôpital, avec le même médecin, la mortalité s'abaisse encore, lorsqu'à une méthode moins conséquente de bains froids, il substitue la pure méthode de Brand.

Et le *Conseil de santé* signale, sans remarquer toutefois la coïncidence qui existe avec la méthode de traitement :

1° « C'est dans le 2e corps d'armée, comparé à tous les autres, que la durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital (de 1878 à 1879) s'est le plus restreinte relativement à la période précédente (1874-78). » (P. 5.)

Cette durée moyenne de séjour pour un malade est, en effet, tombée de 24 à 20,9 journées d'hôpital.

2° « C'est dans le 2e corps d'armée que le taux de mortalité par maladies s'est montré le plus satisfaisant. » (P. 48.)

La moyenne de la mortalité par maladie étant de 5,2 pour 1000 présents dans toute l'armée, a été de 3,6 pour 1000 présents dans le 2e corps, bien que la morbidité par maladies ait été de 777 (hôpitaux et infirmeries) pour 1000 présents, tandis que, pour toute l'armée, elle était de 601 pour 1000 présents.

Il n'y a aucun motif de croire que le taux de mortalité du 2e corps d'armée, ou même de l'hôpital de Stralsund, ne sera pas bientôt le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dans toute l'armée allemande, d'autant plus qu'une enquête ministérielle se poursuit en ce moment, adressant à chaque médecin militaire un questionnaire précis sur la méthode de Brand. Il en résultera, on n'en peut pas douter, que cette méthode sera prochainement recommandée par l'autorité médicale militaire dans tous les hôpitaux militaires allemands, comme elle l'est déjà dans les 25 hôpitaux du 2e corps d'armée.

§ 4

Et l'esprit, après avoir médité ces documents, se reporte avec tristesse sur notre *armée française* à propos de laquelle « au congrès d'hygiène de Genève, M. le professeur *Sormani*, de Pavie, en signalant la grande mortalité de nos soldats comparés à ceux de plusieurs États d'Europe, remarquait que c'est notre armée qui présente la plus forte mortalité typhoïdique : 3,3 pour 100. » (M. G. Lagneau, *Bull. Acad. méd.*, 1882, n° 44, p. 1299.)

En faisant la moyenne des six années dont la statistique soit complète, on trouve, pour un effectif de 419 548 présents, une mortalité annuelle de 1599 soldats par fièvre typhoïde, c'est-à-dire, 3,81 décès de fièvre typhoïde pour 1000 présents. Et en 1880 ce dernier chiffre a pu s'élever à 4,75.

Ce chiffre de mortalité typhique pour 1000 présents, déjà grave par lui-même, le devient encore davantage si on le rapproche du chiffre de morbidité de la fièvre typhoïde pour 1000 présents.

« Rappelons qu'en moyenne, pour l'ensemble de l'armée, *la fièvre typhoïde occasionne annuellement l'entrée aux hôpitaux de* 10 *hommes sur* 1000 *présents, c'est-à-dire du* 100e *de l'effectif total.* » (L. Colin, *De la fièvre typhoïde dans l'armée*, 1876, p. 73.)

Influence du traitement par les bains froids sur le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dans l'armée allemande.

	TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX AVANT 1867			TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS 1867-1874			1874-1877			1877-1881		
	fièv. typh.	décès.	p. 100	fièv. typh.	décès.	p. 100.	fièv. typh.	décès.	p. 100	fièv. typh.	décès.	p. 100.
Armée entière........	? (1820-1844)	. .	25,8	11.898	1.784	15,0	10.142	1.138	11,2	7.427	682	9,1
2e corps d'armée............	....	..	....	......	.....	....	1.404	110	7,8	1.125	52	4,62
5 garnisons du 2e corps......	....	...	....	1.035	147	14,2	702	51	7,69	764	14	1,83
Garnison de Stettin..........	1.970 (1849-1866)	519	26,3	......	.....	....	......	.....	....	186	3	1,6
Garnison de Colberg......... (1877-1882)	....	...	....	......	.....	....	......	.....	....	122	1	0,8
Garnison de Stralsund....... (Id.)	....	...	....	......	.....	....	......	.....	....	300	2	0,6

« A côté de ces faits, nous pouvons ajouter les résultats de notre enquête sur la morbidité et la mortalité de l'armée par fièvre typhoïde de 1874 à 1876. A côté des corps offrant les *proportions moyennes d'atteintes et de décès* de l'armée par cette cause (10 *malades et* 3 *décès sur* 1000 *présents*) il y en eut d'autres où le chiffre de malades atteignit le quart et même le tiers de l'effectif..... » (L. Colin, *Traité des maladies épidémiques*. p. 388, 1879, Paris.)

Le taux moyen de mortalité pour la fièvre typhoïde dans notre armée se trouve ainsi, d'après M. Colin, de 30 pour 100.

Le tableau suivant que j'ai dressé d'après la *statistique médicale de l'armée* (Paris, Imprimerie nationale) pour les années 1872 à 1879 et, pour l'année 1880 (non publiée), d'après les documents du *Bureau de statistique médicale du Conseil de santé des armées*, montrent quelle importance la mortalité de la fièvre typhoïde revêt dans notre armée : (voir le tableau statistique de l'armée française).

Ainsi donc, sur 1000 présents, il y a en moyenne chaque année, depuis six ans, 10,3 atteintes de fièvre typhoïde, et, sur ces 10,3 atteintes, il y a 3,81 décès, ce qui donne un taux de mortalité de 36,9 pour 100 (1).

(1) Ce taux de 36,9 pour 100 est supérieur à celui de 30 pour 100 que M. Colin regarde comme normal pour l'armée française. Pour expliquer cet écart, on peut se rallier à l'hypothèse du savant Inspecteur du service de santé des armées, dont

La mortalité de la fièvre typhoïde dépasse, en moyenne, pour ces six années, le tiers de la mortalité générale.

Enfin la mortalité générale augmente avec celle de la fièvre typhoïde, de même que dans l'armée allemande elle diminue avec elle. Elle est en moyenne par an, en six années, de 10,35 pour 1000 présents (au lieu de 5 pour 1000 présents dans l'armée allemande).

Statistique de la fièvre typhoïde dans l'armée française.

Années.	Hommes présents.	Mortalité générale.	Cas de fièvre typhoïde.	Décès de fièvre typhoïde.	Proportion des décès de fièvres typhoïdes. pour 1,000 présents.	pour 100 décès.	pour 100 fiév. typh.
1872	?	?	?	672	1,46	?	?
1873	?	?	?	1.083	2,18	?	?
1874	374.821	3.739	?	1.294	3,03	34,6	?
—	—	—	—	—	—	—	—
1875	382.816	4.825	4.637	1.619	4,22	32,2	34,91
1876	405.004	4.642	4.130	1.675	4,13	36,0	40,55
1877	425.632	4.063	3.978	1.521	3,58	37,4	37,73
1878	440.614	4.009	3.780	1.422	3,22	32,9	37,61
1879	424.754	3.757	3.543	1.273	2,99	33,8	35,93
1880	438.471	4.773	6.014	2.087	4,75	43,7	34,70
Moyenne de six années.	419.548	4.344	4.347	1.599	3,81	36,0	36,90

En 1880, presque la moitié des décès de notre armée sont causés par la fièvre typhoïde : sur 4773 morts, il y en a eu 2087 causées par la seule fièvre typhoïde.

Sur 1000 présents, il y en a 13,71 qui sont atteints de fièvre typhoïde (au lieu de la moyenne, 10 pour 1000) et il en meurt 4,75 (au lieu de la moyenne, 3 pour 1000) : 6014 fièvres typhoïdes avec 2087 morts.

Et en 1881 il y a eu, dans notre armée, 9231 fièvres typhoïdes.

Dans l'armée allemande, en 1880, pour un effectif présent de 331 747 hommes il y a seulement 2534 cas de fièvre typhoïde avec 226 morts, 8 atteintes et 0,66 décès pour 1000 présents et la mortalité générale se trouve en même temps réduite à 1598 décès, en 1880, pour toute l'armée.

Le tableau suivant présente le parallèle des deux armées pour une période de six années.

Moyenne de six années (1875-1880).

Armées.	Hommes présents.	Mortalité générale.	Cas de fièvre typhoïde.	Décès de fièvre typhoïde.	Proportion des décès de fièvres typhoïdes. pour 1,000 présents.	pour 100 décès.	pour 100 fiév. typh.
Française.....	419.548	4.344	4.347	1.599	3,81	36,0	36,90
Allemande....	329.825	1.650	2.460	253	0,76	15,3	10

les travaux épidémiologiques sont classiques et l'autorité hautement consacrée. D'après l'hypothèse de M. L. Colin, on doit modifier la proportion des décès aux atteintes en augmentant celles-ci d'un certain nombre de fièvres continues mal classées, le chiffre des décès restant évidemment le même. (*Bull. Acad. méd.*, 1883., séance du 23 janvier, p. 84.)

Le taux de mortalité par fièvre typhoïde de l'armée française se rapprocherait ainsi de sa moyenne, qui est à peu près celle de toutes les armées, sauf de l'armée allemande où l'on emploie les bains froids.

N'est-ce pas un devoir de rechercher, non seulement pourquoi nous avons, toutes proportions gardées, cinq fois plus de décès de fièvre typhoïde qu'eux pour 1000 présents, mais aussi pourquoi nous avons trois fois plus de décès sur 100 fièvres typhoïdes que nos voisins?

En 1880, la seule fièvre typhoïde a fait plus de victimes dans notre armée que toutes les causes de mort réunies dans la leur. Aussi la mortalité générale de notre armée, en 1880, est-elle de 10,8 pour 1000 présents, tandis que, dans l'armée allemande, elle est tombée à 4,8 pour 1000 présents.

1599 décès de fièvre typhoïde, chaque année en moyenne, depuis six ans, dans notre armée, et ce chiffre atteint 2087 en 1880, voilà ce qui appelle tout d'abord notre sollicitude. En attendant que la science étiologique permette de prévenir une maladie dont le tiers des atteints succombent, la science thérapeutique doit se préoccuper de ce tiers.

Il résulte de l'étude des épidémies que l'Algérie, les départements du Midi contribuent pour la plus grande part à payer ce tribut de jeunes gens à la fièvre typhoïde. C'est là qu'il faut porter le premier coup, et l'expérience faite en 1873, que je citais déjà il y a deux ans (1), prouve que la tentative serait couronnée de succès.

M. *Longuet* (2), aide-major de 2e classe à Sidi-Bel-Abbès, rapporte les observations de 52 malades, qu'il a traités par les bains froids à son hôpital militaire, et sur lesquels il a eu *un seul décès*, alors que, dans ce même hôpital, pendant la même épidémie, 37 cas traités par les médicaments avaient donné 10 décès, soit 27 pour 100. Je relève dans son mémoire les passages suivants (3):

« .... Les résultats ont dépassé nos espérances. Du jour où le bain froid, érigé en mode de traitement général, a été appelé à assumer sans partage les risques de notre thérapeutique, la mortalité a, pendant quatre mois, entièrement disparu de nos salles. Il n'y a pas, à vrai dire, de convalescence.... l'aphorisme audacieux de Brand se trouve ainsi justifié. »

« .... A l'hôpital militaire, les prescriptions des médecins empruntent à l'esprit de discipline, vis-à-vis des malades et des auxiliaires, un surcroît d'autorité qui en assure l'exécution fidèle...; mais que deviennent ces dangers redoutables dont on a menacé, comme à plaisir, les partisans du bain froid, au nom de la physiologie et de la clinique, l'hémoptysie, l'entérorrhagie, la syncope, etc.?

» Près de mille bains administrés sous nos yeux, en quatre mois, ne nous ont pas donné à constater un seul accident. »

« .... En résumé, la méthode de Brand est bien près d'avoir réalisé les promesses de son auteur : « Toute fièvre typhoïde, traitée régulièrement et dès le début par l'eau froide, sera exempte de complications et guérira (4). »

« L'intervention de bonne heure est le meilleur auxiliaire du succès ; la *pratique militaire* puise dans cette condition, la plupart du temps réalisée, une *supériorité incontestable:* avec l'aide du thermomètre et la donnée d'une in-

(1) F. Glénard, *Rôle du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans les hôpitaux militaires* in *Valeur antipyrétique de l'acide phénique* (*Lyon médical*, 1881).

(2) Longuet, *La méthode Brand dans la fièvre typhoïde d'Algérie* (*Mém. de méd. milit.*, t. XXXV, p. 361, 1873).

(3) *Loc. cit.*, p. 565.

(4) C'est parfaitement dit, et M. Longuet ne pouvait conclure autrement après cette épreuve victorieuse. Je ne saurais pourtant m'empêcher de dire que je suis loin de partager la même confiance en l'avenir de la méthode, telle qu'il l'a appliquée: M. Longuet donne des bains à ses malades toutes les trois heures, mais seulement pendant le jour: pendant les douze heures de la nuit, le typhique est livré aux caprices de sa pyrexie. Que l'épidémie change d'allure, et les insuccès arriveront sans que la méthode Brand en soit responsable.

Au reste, la fièvre typhoïde paraît revêtir, en Algérie, une forme toute particulière : « ... la mort arrive par typhisation pure... la mort a toujours été le fait du typhisme lui-même, et jamais d'une complication. » (Arnould et Kelsch, *Mém. méd. milit.*, 1869.)

« ... Pas de complications thoraciques, pas d'hémorrhagies, de pétéchies, de perforation, de péritonite... » (Frison, *ibid.*, 1867.) M. Longuet confirme ces observations. Il y a donc là une indication spéciale des bains froids.

MORTALITÉ COMPARÉE
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
portant sur
40 917 fièvres typhoïdes avec 11 088 morts.

COEFFICIENT DE MORTALITÉ
suivant le traitement

Sans bains froids.	*Avec bains froids.*
ARMÉE FRANÇAISE.	ARMÉE ALLEMANDE.
26 082 fièvres typhoïdes.	14 835 fièvres typhoïdes.
9597 décès.	1491 décès.
Taux moyen : 36,8 pour 100.	Taux moyen : 10 pour 100.

fluence épidémique, *avant quarante-huit heures on est généralement fixé.* »

« .... Un fait digne de remarque, » disait aussi M. *Libermann* (1), alors médecin militaire de l'hôpital du Gros-Caillou, « fait qui a une grande importance pour la médecine des armées en campagne, c'est que, même dans les circonstances déplorables où la guerre place les malades, le traitement hydrothérapique a donné des succès qui ont frappé tous les observateurs.... Le traitement hydrothérapique n'offre même pas en campagne des difficultés bien sérieuses.»

M. *Péchaud* (2), médecin-major de 2e classe, retraçant les observations des malades traités par les bains froids par M. *Carcassonne*, médecin en chef des hôpitaux civils et militaires de Nîmes, concluait en disant que son but est de contribuer à leur propagation.

Il en serait de même dans tous les hôpitaux militaires (3). Une simple innovation thérapeutique dans l'armée française permettrait de réduire chez nous, comme chez les autres, le taux actuel de mortalité de la fièvre typhoïde de 37 pour 100 à 3 ou 4 pour 100 et de ne perdre que 150 au plus au lieu de 1600 hommes par an, 1600 jeunes soldats français, âgés de vingt à vingt-quatre ans et signalés comme robustes par les conseils de revision et la mortalité générale de notre armée tomberait aussi, du même fait, de 10 à 5 pour 1000 par an.

N'est-ce pas ici le lieu de faire entendre, en faveur des bains froids, le cri d'alarme : *caveant consules*, qui fut poussé contre eux à la Société médicale des hôpitaux de Paris en 1876?

V. — *Conclusions.*

La méthode de traitement de la fièvre typhoïde, que j'ai l'honneur, au nom du corps médical des hôpitaux de Lyon, de soumettre à la consécration de l'Académie de médecine, paraît digne d'être substituée à la méthode classique de l'expectation pour le motif suivant :

Le taux de mortalité de la fièvre typhoïde traitée par les bains froids dépend de la rigueur avec laquelle on applique cette méthode de traitement et peut être, par conséquent, indéfiniment réduit.

Le taux de mortalité de la fièvre typhoïde traitée par la méthode expectante dépend de la rigueur des épidémies et peut osciller, par conséquent, entre 50 et 5 pour 100; il est en moyenne de 20 pour 100.

Le premier dépend du médecin, le second de la maladie.

Cette double conclusion est, pour la *méthode expectante*, celle même qui résulte des discussions sur le traitement de la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine de Paris en 1848 et en 1882 : elle repose sur une pratique séculaire.

La conclusion relative à la *méthode des bains froids* repose sur les éléments suivants :

Vingt années d'observations en Allemagne, dix années d'observations à Lyon.

Environ 20 000 *cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids*, en Allemagne, à Lyon, en Algérie, dans l'armée en temps de paix et de guerre comme dans la population civile, dans des centaines d'épidémies, par un millier de médecins.

Réduction actuelle depuis les bains froids du taux de la mortalité de la fièvre typhoïde, à 9 pour 100 dans l'armée allemande et dans les hôpitaux civils de Lyon, au lieu de 26 pour 100; à 1 ou 2 pour 100 dans quelques hôpitaux militaires allemands, et dans la pratique privée à Stettin et à Lyon.

Adoption définitive de la méthode des bains froids par le corps médical de l'armée allemande, — ainsi qu'il résulte de ses rapports officiels au ministère de la guerre — et par le corps médical des hôpitaux civils de Lyon.

Ainsi qu'il le déclare lui-même par ma communication de ce jour, dans le but de soumettre sa pratique à la haute sanction de l'Académie de médecine et de prendre date de ses efforts pour propager un traitement qu'il croit *utile à l'humanité.*

Si ces conclusions, reposant exclusivement sur des faits, doivent atteindre le but que je me suis proposé, d'appeler respectueusement l'attention de l'*Académie de médecine et du Conseil de santé des armées* sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids ; je me permettrai de rappeler que, pour juger cette méthode, il importe de : 1° l'appliquer soi-même; 2° se conformer strictement à ses préceptes; 3° s'assurer si, dans un cas donné, ces préceptes ont été respectés ; 4° séparer, dans la statistique, les cas traités dès le début de ceux où la méthode Brand a été tardivement employée.

Index bibliographique (Bibliographie lyonnaise).

Frantz Glénard : Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand de Stettin (*Lyon médical*, 1873, t. XIV, p. 73, 23 pages). — Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à Lyon (juillet 1873-janvier 1874) (*Lyon médical*, 1874, t. XV, p. 142, 220, 340, 415 et Lyon, Mégret, 80 pages).

Faivre : Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (méthode de Brand) (*Lyon médical*, 1874, t. XV, p. 7).

Soulier : Communication orale à la Société de médecine de Lyon (19 janvier 1874) (*Lyon médical*, 1845, t. XV, p. 232).

Société de médecine de Lyon : Discussion sur la méthode de Brand. — MM. Alix, Boudet, Bron, Chassagny, Chavannes, Foltz, Girin, Gromier, Lavirotte, Letiévant, Meynet, Passot, Perrin, Perroud, Pomiès, Rambaud, Rieux, Rodet, Soulier, Teissier, Valette (*Lyon médical*, passim, à partir du 19 janvier 1874).

Société des sciences médicales de Lyon : Discussion sur la méthode de Brand. — MM. Bianchi, Bondet, Boucaud, Clément, Conche, Colrat, Dupuy, Français, Icard, Garel, Gignoux, Glénard, Laure, Mayet, H. Mollière, Poullet, Soulier, Tripier (*Lyon médical*, passim, à partir du 10 décembre 1873).

Perroud : De l'épidémie actuelle à Lyon (*Lyon médical*, 1874, t. XVI, p. 6).

Marduel : La fièvre typhoïde et la méthode de Brand devant la presse et les sociétés médicales, les commissions d'enquête (*Lyon médical*, 1874, t. XVI, p. 65).

Mourel : Quelques mots à propos de fièvre typhoïde et d'eau froide (*Lyon medical*, 1874, t. XVII, p. 132).

Alix : Du traitement des maladies aiguës (*Lyon*, 1874, 32 pages).

Bondet : La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon, leçon faite à l'Hôtel-Dieu (*France médicale*, 1874, nos des 24 juin et 8 juillet).

Cayla : Du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par les bains froids (méthode de Brand) (1874, th. de Montpellier).

Krüger : Des modifications de la température dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids (1875, th. de Montpellier).

Mayet et Weil : Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand (1874, *Gazette hebdomadaire*, et Paris, Masson, 48 pages).

Foltz : Du lavement froid ; son action physiologique et son emploi thérapeutique dans la fièvre typhoïde (*Lyon médical*, 1875, t. XVIII, p. 5).

P. Meynet : in Tableau des maladies régnantes, 1875 (*Lyon médical*, t. XVIII, p. 41).

Laure : Sur l'épidémie de fièvre typhoïde de 1874 (*Lyon médical*, 1876, p. 113).

Tripier : Sur les statistiques de la fièvre typhoïde et la méthode de Brand (*Lyon médical*, 1876, p. 491).

H. Mollière : Rapport sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand (*Lyon médical*, 1876, t. XXIII, p. 219).

(1) Libermann, *De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde* (*Union médicale*, 1874, et Malteste, Paris).

(2) Péchaud, *Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand* (*Mém. de méd. milit.*, 1874, p. 569).

(3) J'ai sous les yeux une note manuscrite du docteur Abel, qui insiste sur les points suivants :

1° La méthode est simple, facile, sans danger;

2° Elle est économique ;

3° Les malades souffrent moins, parce qu'il n'y a pas de complication ;

4° La maladie a un décours plus rapide ;

5° Au bout de peu de jours les malades sont de nouveau aptes au service ;

6° Les parents des soldats ont droit d'exiger que l'on préserve la vie de leurs fils, si on peut la préserver ;

7° Même en temps de guerre, la méthode s'est montrée avec ses succès.

Mayet: Du traitement de Brand dans la fièvre typhoïde; examen du rapport de H. Mollière (*Lyon médical*, 1876, t. XXIII, p. 553).
Julliard: Considérations sur la fièvre typhoïde; son traitement par les bains froids et par l'appareil du docteur Clément (*Lyon médical*, 1878, t. XXVII. p. 188).
Pugliese: A propos des bains froids (*Lyon médical*, 1877, t. XXV, p. 141).
Duchamp: Compte rendu des fièvres typhoïdes traitées par la méthode de Brand dans la deuxième salle des femmes fiévreuses (service de M. le docteur Meynet) (*Lyon médical*, 1879, t. XXX, p. 519).
Birot: Rapport sur le mémoire précédent (*ibid.*, p. 527).
Frantz Glénard: De la valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde; acide phénique ou bains froids; rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires (*Lyon médical*, 1881, t. XXXIX, p. 368, 43 pages).
Claudot: Lettre à propos du travail précédent (*Lyon médical*, 1881, t. XXXVI, p. 555).
Alix: Ibid., la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée (*Lyon médical*, 1881, t. XXXVI, p. 594).
F. Glénard: Réponse à MM. Alix et Claudot (*Lyon médical*, 1881, t. XXXVI, p. 624-630).
Cénas: Note sur une épidémie de fièvre typhoïde; étude comparative de la méthode de Brand et des lavements phéniqués (*Lyon médical*, 1881, t. XL, p. 505).
Bard: Deux observations de fièvre typhoïde terminées par la mort; influence de la scarlatine antérieure sur la fièvre typhoïde; traitement de Brand dans les formes exceptionnellement infectieuses de la dothiénentérie (*Lyon médical*, 1881, t. XXXVIII, p. 371).
Bouveret: La fièvre typhoïde et le bain froid (*Lyon médical*, 1882, t. XLI, p. 441).
Boucaud: La fièvre typhoïde et la méthode de Brand (*Lyon médical*, 1882, t. XLI, p. 483).
Longuet: Où en est la méthode de Brand? (*Lyon médical*, t. XLI, 1882).
Lyon médical: La méthode de Brand à l'Académie de médecine (*Lyon médical*, 1883, 28 janvier, p. 136).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU SULFATE DE QUININE SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX. Note de M. *G. Sée* et *Bochefontaine*. — Les animaux qui ont servi pour les expériences sont: la grenouille, le cobaye, le lapin et le chien.

I. *Effets physiques sur les animaux.* — Les effets étant les mêmes chez les animaux à sang froid et chez les mammifères, on peut prendre comme type expérimental le chien. Sur cet animal, le médicament quinique a été introduit dans l'économie par ingestion intra-stomacale, par voie hypodermique et par injection intra-veineuse. L'étude de la circulation a été faite au moyen de l'hémodynamomètre à mercure.

Pression; cœur et pouls. — Les premiers effets de l'introduction par voie stomacale ou hypodermique sont l'accélération du pouls accompagnant une élévation notable de la pression sanguine intra-carotidienne de 7 à 8 centimètres environ; ils durent plus d'une demi-heure quand la quinine a été portée dans l'estomac. Au bout de ce temps, la tension revient à son niveau d'avant l'expérience, pendant que le pouls cesse d'être accéléré. Puis la pression s'abaisse progressivement jusqu'à descendre de 14 à 15 centimètres (pression normale) à 4 centimètres de mercure. Pendant tout ce temps, et quel que soit le mode d'introduction du médicament, on observe sur les tracés hémodynamométriques la conservation parfaite de la régularité et de l'énergie contractile du cœur.

II. *Effets du sulfate de quinine sur l'homme sain et sur le fiévreux.* — Le sulfate de quinine ne produit chez l'homme sain qu'un abaissement de température très insignifiant. Cependant les oxydations subissent une diminution très évidente. Le pouls se ralentit et la pression sanguine s'abaisse.

Chez le typhique, la température s'abaisse après le premier gramme et surtout après le second gramme de quinine; elle tombe d'un degré et demi en six à huit heures, et l'effet persiste pendant un jour et demi. Les oxydations diminuent dans la même proportion. Le pouls se ralentit bien plus que dans l'état physiologique.

III. *Le sulfate de quinine étudié par la sphygmographie.* — La pression sanguine, qui tombe par l'hyperthermie d'une manière constante, remonte au taux normal; c'est là le fait important que nous avons découvert, et qui se démontre par l'application du sphygmographe de M. Marey aux malades quinisés. La force du cœur augmente.

IV. *Tracé du pouls sous l'influence du sulfate de quinine.* — D'après des recherches sur vingt malades typhiques, on voit la saillie appartenant au dicrotisme disparaître complètement du tracé; par conséquent, la diminution de pression disparaît. On voit, d'autre part, la ligne ascendante devenir très verticale et très longue, ce qui indique un redoublement d'énergie contractile du cœur. C'est là la caractéristique de l'action de la quinine sur la force du cœur et de la circulation.

DE L'ORIGINE MÉDULLAIRE DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS CÉRÉBRALES. Note de M. *Couty*. — En présence des variations plus ou moins grandes que la ligature crée toujours dans les fonctions de la moelle, une seule expérience est en effet possible: séparer les membres paralysés et la moelle correspondante de la lésion initiale du cerveau, et voir si, une fois isolés, ces appareils médullo-musculaires continuaient à présenter une diminution unilatérale des mouvements restés possibles, et notamment des réflexes. Pour faire cette recherche, il faut choisir des chiens dont l'état général est resté bon et la température à peu près normale, malgré une lésion cérébrale corticale ou centrale assez considérable; et il faut que les deux membres opposés à la lésion présentent des troubles nets de paralysie. Alors si l'on coupe ou si on lie la moelle au niveau des dernières vertèbres verticales ou des premières dorsales, puis si l'on examine l'état des mouvements des pattes postérieures, on observe, suivant les animaux, deux ordres de phénomènes. Dans le plus grand nombre des expériences réussies, sur ces chiens auxquels l'auteur avait fait depuis quelques heures ou depuis plusieurs jours une lésion du cerveau, il a vu les membres postérieurs présenter entre eux les mêmes différences des réflexes et du tonus avant et après la section de la moelle. Le membre opposé à la lésion cérébrale ne réagissait pas ou réagissait peu si l'on pinçait, si l'on pressait, si l'on grattait ses orteils, tandis que le membre du même côté exécutait des mouvements plus amples ou répondait à des excitations plus légères. Il arrivait même qu'une pression forte faite avec une pince sécante sur la patte opposée à la lésion déterminait une réflexe seulement dans l'autre membre postérieur, c'est-à-dire dans le membre du côté de la lésion: la moelle séparée du cerveau paraissait donc avoir perdu complètement sa réflectivité en conservant en partie sa conductibilité dans la moitié opposée à la lésion encéphalique primitive.

Une différence encore plus facile à constater est celle du tonus, sur des animaux atteints de paralysie cérébrale, singe, chien ou perroquets: le membre paralysé, sans être flaccide comme chez l'homme, résiste moins aux pressions, comme il prend souvent au repos des attitudes spéciales; et à moins de contracture, de chorée ou d'autres cas complexes assez rares, les lésions cérébrales entraînent donc une diminution du tonus dans les muscles opposés. Après la section de la moelle cette diminution persiste, et le membre postérieur du côté de la lésion initiale reste relativement moins flaccide et plus résistant. Cette différence fonctionnelle est bien d'ori-

gine médullaire; car si l'on déduit le fragment postérieur de la moelle à l'aide d'une tige de baleine, ou si l'on tue l'animal par un moyen quelconque ou s'il meurt naturellement, les deux membres postérieurs perdent également leur tonus, en même temps que disparaît toute réflectivité.

Sur quelques animaux on peut faire, après la section de la moelle, des constatations en apparence très différentes. C'est le membre postérieur primitivement paralysé, le membre opposé à la lésion cérébrale qui devient le plus sensible aux excitations; ses muscles ont un tonus plus marqué et sa patte des réflexes plus faciles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Maurice Laugier* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

M. le docteur *Tillot*, médecin inspecteur des Thermes de Luxeuil, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division.

M. le docteur *Duboué* (de Pau) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. (*Accepté.*)

M. *Courant* envoie plusieurs brochures pour le concours du prix Buignet de 1883. (Inscrits sous le n° 4.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Vilfroy* (de Lille) une brochure intitulée : *Du pannus et de son traitement par inoculation blennorrhagique;* 2° de la part de M. le docteur *Guermonprez* (de Lille), une *Étude sur les accidents sympathiques ou réflexes déterminés par les ascarides lombricoïdes dans le canal digestif de l'homme, spécialement pendant l'enfance.*

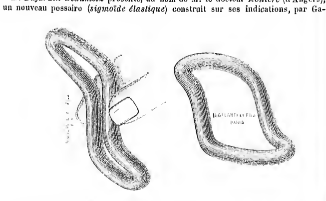
M. *Bergeron* présente de la part de M. *Siegfried*, maire du Havre, les procès-verbaux et rapports de la *Commission d'étude de l'assainissement* de cette ville et la traduction française, par M. Kirk, d'un ouvrage de M. le docteur *Pridgin Teale* (de Leeds) sur les *Dangers au point de vue sanitaire des maisons mal construites.*

M. *Larrey* dépose, au nom de M. le docteur *Debaussaux*, médecin principal de l'armée, une *Note sur la cause possible de la fièvre typhoïde qui a régné épidémiquement à Rome vers la fin de* 1878. (*Commission des épidémies.*)

M. *Rochard* offre, de la part de M. le docteur *Chassaug*, médecin en chef de la marine, une *Relation de l'épidémie du choléra qui a régné en Cochinchine en* 1882. (*Commission des épidémies.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage, au nom de M. *Jaillet*, chef du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, d'une brochure sur *une nouvelle préparation ferrugineuse, le chloropeptonate de fer.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur *Ménière* (d'Angers), un nouveau pessaire (*sigmoïde élastique*) construit sur ses indications, par Galante.



Galante. Cet instrument se compose de deux arcs élastiques de même rayon, réunis par deux branches parallèles, sous deux angles égaux. Le squelette métallique, tout en ressort de montre, est recouvert d'une couche de caoutchouc dont le diamètre varie de 6 à 8 millimètres seulement.

Élection. — Par 41 voix sur 64 votants, M. le docteur *Védrènes*, chirurgien des hôpitaux militaires, actuellement en Tunisie, est élu correspondant national dans la deuxième division; M. Cazin (de Boulogne-sur-mer) obtient 13 voix; M. Michel (de Nancy), 4; M. Delore (de Lyon), 3 et M. Spillmann (d'Alger), 1; il y a, en outre, deux bulletins blancs.

Traitement des plaies dites en séton. — Lorsqu'un projectile de guerre entre dans les tissus et parcourt un certain trajet avant d'en ressortir, il laisse sur son passage une plaie qui ne diffère pas seulement des plaies exposées, mais encore des plaies sous-cutanées avec lesquelles elle offre pourtant quelque ressemblance; de plus, elle ne peut, comme les premières, bénéficier à tout instant du traitement direct et antiseptique; elle ne peut pas non plus compter sur l'immunité des secondes. Telle est, du moins, la manière de voir de M. *Jules Guérin;* aussi a-t-il l'habitude d'user en ce cas d'un traitement spécial qui se résume dans le nettoyage et la succion prolongée de la plaie. Il y procède de la façon suivante : 1° lavages antiseptiques par courants continus; 2° occlusion pneumatique. Durant la première période il introduit, par l'orifice d'entrée, l'extrémité conique d'un tube en caoutchouc vulcanisé long de 40 centimètres; cette extrémité doit s'adapter par frottement et hermétiquement à l'orifice et ne pénétrer dans la plaie que de 2 à 3 centimètres; l'autre extrémité plonge dans un vase d'eau phéniquée. A l'orifice de sortie, on applique un second tube d'un diamètre approprié, lequel est mis en communication avec un ballon aspirateur; puis on abouche des tubes d'entrée et de sortie, de façon que la plaie et les deux tubes ne forment plus qu'un canal continu, traversé par l'eau phéniquée. Ce courant antiseptique a pour but de prévenir le développement des suppurations de toute nature. D'autre part, la plaie, en dehors des deux orifices, est soumise à l'occlusion pneumatique à l'aide d'un mouchoir appliqué sur toute la surface du membre; ainsi s'obtiennent l'expulsion des corps étrangers, l'écoulement des liquides séro-purulents et l'adhésion cicatricielle des surfaces internes. Si la suppuration s'établit, il faut insister sur l'emploi simultané des courants tubulaires et de l'expiration pneumatique. M. Jules Guérin déclare qu'il a obtenu 12 guérisons sur 12 plaies en séton ainsi traitées : 4 par cicatrisation immédiate, 8 par cicatrisation consécutive.

Mortalité des soldats français par la fièvre typhoïde. — Les lecteurs connaissent les conclusions que M. Léon Colin a présentées dans son rapport lu à la dernière séance (voy. p. 71); ils savent aussi quelles affirmations contraires produit M. Glénard dans le mémoire en cours de publication dans la *Gazette* (p. 23 et 65); aussi n'insisterons-nous pas sur les incidents insolites soulevés par la proposition de voter les conclusions du rapport de M. Colin, on en trouvera la reproduction intégrale au *Bulletin de l'Académie.* Qu'il nous suffise de dire que l'Académie s'est refusée, par l'adoption de l'ordre du jour pur et simple et malgré l'intervention de MM. Bouley et Jules Guérin, à autoriser la lecture d'une lettre dans laquelle M. Glénard contestait les chiffres de la commission et maintenait les siens. L'Académie, ayant ensuite entendu les observations de M. Bouley sur la nécessité de soumettre la question à une enquête sur place, en Allemagne, les remarques de M. Jules Guérin concernant la difficulté de se prononcer en présence de l'insuffisance des anciennes statistiques sanitaires de l'armée et les explications de M. Léon Colin sur la nécessité de comprendre dans la statistique de la mortalité par fièvre typhoïde celle qui est inscrite sous la rubrique de fièvre continue, l'Académie, disons-nous, sur la remarque de M. Roger que les conclusions proposées à son adoption étaient d'ordre exclusivement scientifique, et ne constituaient qu'une appréciation particulière, n'a pas voulu les sanctionner par un vote.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. *Germain Sée* achève son discours commencé et continué dans les deux précédentes séances (p. 47 et 72). Il revient d'abord brièvement sur le traitement par les bains froids et signale l'opinion de MM. les docteurs Mayet, Bondet et Teissier (de Lyon) qui, dans leurs travaux antérieurs et même aujourd'hui, le considèrent comme ne produisant que de mauvais résultats et exposant surtout à de graves complications. L'orateur déclare ensuite que quant à lui, il utilise deux méthodes de traitement, qu'il combine le plus souvent : l'administration du sulfate de quinine et de l'alcool. Il considère en effet le premier de ces médicaments comme un antipyrétique puis-

sant, entravant les oxydations et agissant sur le cœur et les vaisseaux de la manière la plus favorable; c'est aussi un antithermique, surtout chez les personnes ayant de la fièvre; l'abaissement de la température serait alors, en quelque sorte, proportionnel à son élévation préalable. Il n'est pas inutile de recommander dans ce moment l'emploi de ce médicament à l'état de pureté, car M. le docteur Laborde a indiqué dans ces derniers temps les dangers de la plupart des échantillons employés dans les hôpitaux, échantillons contenant du sulfate de cinchonine en grande quantité. M. Germain Sée ne donne pas plus de 2 grammes, 2gr,20 de sulfate de quinine par vingt-quatre heures; les doses de 3 à 4 grammes, dans le même temps, lui feraient craindre d'avoir des effets toxiques; il les administre en deux fois, 1 gramme le matin et 1 gramme le soir, pensant que le médicament s'élimine au fur et à mesure s'il est donné à doses fractionnées. Contrairement à M. Liebermeister qui donne le sulfate de quinine à cinq heures du soir, en deux doses, afin d'obtenir la prolongation de la rémission matinale, il sollicite la rémission de l'exacerbation vespérine et c'est alors qu'il constate quelquefois des abaissements de température de 1 degré. On a dit que la quantité de sulfate de quinine administrée devait être proportionnelle à la force de l'individu; il ne le croit pas et pense qu'il existe plutôt à cet égard des susceptibilités personnelles très marquées. Une fois le traitement commencé, il importe de ne pas le discontinuer, en raison de la facilité d'élimination du médicament; il faut aussi remarquer que, lorsqu'il est donné à des malades présentant une grande adynamie, le sulfate de quinine ne peut plus exercer d'action antithermique sur des organes qui cessent de réagir et alors que les oxydations ont diminué. M. Germain Sée ajoute qu'en étudiant son action sur le cœur, il a pu montrer que cette substance modifiait le tracé sphygmographique en produisant une augmentation de la tension sanguine, toujours notablement affaiblie chez les typhoïdiques; le dicrotisme disparaît en effet; de plus, l'action contractile du cœur est manifestement augmentée, la ligne du pouls est plus élevée et plus droite. On peut donc administrer le sulfate de quinine sans redouter de collapsus, conséquence fréquente du traitement par l'eau froide.

M. Germain Sée termine en préconisant également l'usage de l'alcool contre cette affection; car ce médicament, loin d'augmenter la température du corps, ne brûle pas; il empêche la dénutrition et abaisse ainsi la température générale du malade; c'est enfin un agent d'épargne qui s'oppose à la déperdition des forces et à l'amaigrissement. Il est très souvent utile d'associer ces deux médicaments.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

La syphilis chez le singe : M. Martineau. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur : M. C. Paul. — Rapports du tubercule et de l'inflammation : M. Kiener.

M. *Martineau* rappelle que, dans la séance du 12 janvier, il a fait savoir que le singe auquel il a réussi à inoculer la syphilis présentait à ce moment sur la verge quatre syphilides érosives apparues depuis trois à quatre jours, c'est-à-dire au cinquante-quatrième jour après l'inoculation. C'est là l'évolution habituelle de la syphilis chez l'homme, les plaques muqueuses se montrant vers la huitième semaine à compter de la contamination. Le lendemain et les jours suivants d'autres accidents analogues se sont produits, et sur le moulage en cire pratiqué par M. Jumelin, et que M. Martineau place sous les yeux de la Société, on peut voir neuf syphilides distinctes : les unes sont simplement érosives, d'autres ont pris la forme papulo-érosive et une seule se présente sous l'aspect assez rare de syphilide papulo-diphthéroïde; cette dernière variété, exceptionnelle chez l'homme, se rencontre quelquefois chez la femme. Au bout de sept à huit jours, la cicatrisation de ces lésions secondaires a commencé, et le 22 janvier, soixante-huit jours après l'inoculation, toutes les syphilides étaient guéries. L'animal en expérience ne présente pas actuellement de lésions nouvelles; il ne reste qu'un peu d'induration dans les points où se trouvaient les deux chancres infectants, avec une coloration brune pigmentaire de l'épiderme. De même que chez l'homme, lorsque le chancre n'est point irrité par un traitement topique intempestif, la lésion primitive a disparu sans laisser la moindre cicatrice. La température axillaire n'a pas dépassé 38 degrés ou 38°,2, mais, pour les raisons précédemment indiquées, elle n'est que très approximative et ne peut être prise en grande considération.

Depuis quelques jours, les poils de l'animal commencent à tomber; il a maigri d'une façon évidente et semble moins agile qu'auparavant; l'évolution de l'infection syphilitique paraît se poursuivre et peut-être de nouveaux accidents feront-ils leur apparition. M. Martineau se réserve de tenir la société au courant de cette curieuse expérimentation.

M. *Féréol* est d'avis qu'il serait utile de représenter par un nouveau moulage l'état actuel de guérison momentanée. Il semble en effet avoir existé un court laps de temps entre la cicatrisation complète des deux chancres initiaux reproduits sur le premier moulage, et l'apparition des syphilides que l'on peut voir sur le moulage actuel; il est regrettable qu'on n'ait pas une reproduction des organes pendant cette période d'intégrité momentanée. En effet, l'une des syphilides se présente avec un aspect et une disposition tels que l'on pourrait croire à la transformation du chancre en plaque muqueuse *in situ*. Une nouvelle épreuve de moulage faite actuellement préviendrait toute confusion analogue pour le cas où de nouvelles lésions surviendraient dans les mêmes points.

M. *Martineau* reconnaît qu'il n'y a pas eu d'intervalle nettement appréciable entre la cicatrisation complète des chancres et l'apparition des syphilides; celles-ci ont évolué en même temps que les chancres achevaient de se réparer. On ne peut cependant admettre la transformation en plaque muqueuse *in situ*, car, dans ce cas, la syphilide papulo-érosive aurait acquis un développement beaucoup plus considérable.

— M. *C. Paul* fait hommage à la Société d'un livre qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*. Cet ouvrage est le résumé des recherches qu'il a entreprises depuis quatorze ans sur ce sujet; il renferme une étude minutieuse de la topographie et de la mensuration du cœur, et des considérations nouvelles sur les résultats de l'auscultation au foyer de la valvule mitrale, et en particulier sur les erreurs d'interprétation de certains bruits morbides placés à tort au second temps. Un article spécial est consacré aux maladies congénitales du cœur étudiées pour chaque orifice, et une part très large a été accordée à la thérapeutique et à la matière médicale.

— M. *Kiener* donne lecture d'une note sur les *rapports du tubercule et de l'inflammation*. Il expose son opinion relative à cette intéressante question, en s'appuyant sur un travail récent qu'il a entrepris avec M. Poulet sur l'*ostéite tuberculeuse* ou carie des os. Il passe d'abord en revue les rapports anatomiques du tubercule osseux et de l'inflammation; dans la forme primitive et chronique, le tubercule ne provoque pas d'inflammation; les follicules tuberculeux, nettement circonscrits, évoluent isolément, et les tissus ambiants présentent seulement des lésions de nutrition lentes. Ils ne déterminent pas plus de réaction que les tubercules fibreux du sommet des poumons.

L'indifférence du tubercule est beaucoup moindre dans la forme secondaire, tardive et envahissante; les follicules tu-

berculeux sont bien moins circonscrits ; l'action du principe infectieux dépasse leurs limites, ainsi qu'en témoignent les nombreuses cellules géantes disséminées au pourtour, la suppuration, quoique partielle et chronique, est la règle. C'est surtout dans la forme que l'on peut appeler *ostéite tuberculeuse aiguë*, et qui rappelle par sa marche la phthisie galopante du poumon, que les rapports du tubercule et de l'inflammation sont les plus étroits. Dans cette forme grave, les follicules tuberculeux à peine ébauchés sont presque immédiatement détruits par la suppuration, avant la caséification ; dans ce cas, la réaction inflammatoire prédomine.

La seconde partie de la communication de M. Kiener est consacrée aux rapports étiologiques du tubercule et de l'inflammation ; les faits précédents démontrent que le tubercule primitif, malgré sa virulence, peut être longtemps toléré par un organisme sain ; l'inflammation n'est donc pas une conséquence directe de l'action du virus ; elle doit être rapportée soit à la diminution de résistance de l'économie ou des tissus résultant de la prédisposition héréditaire ou de toute cause débilitante, soit à une maladie étrangère au tubercule et agissant de concert avec lui. C'est à ce point de vue que M. Kiener envisage l'influence des traumatismes, des affections catarrhales et des suppurations.

— La Société se constitue en comité secret.

— A quatre heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. G. POUCHET, VICE-PRÉSIDENT.

Action physiologique des sels de thallium : M. Rabuteau. — Sur le retard du pouls et l'état de la pression dans l'insuffisance aortique : M. François-Franck. — Elimination du borax : M. Vigier. — Action épileptogène du froid sur le cerveau : M. Openchowski. — Effets des irritations auriculaires produites par le chloral : M. Brown-Séquard.

M. *Rabuteau* lit une réponse aux critiques qui lui ont été adressées par M. J. Blake, et communique le résultat de ses recherches sur l'action physiologique et les réactions des sels de thallium.

— M. *François-Franck*, dans ses recherches sur l'état de la circulation dans l'insuffisance aortique, avait constaté (Société de biologie, 1878) que le retard du pouls sur le cœur subit une diminution notable ; ce fait pouvait s'expliquer en partie par l'action immédiate de la systole ventriculaire dès son début sur le sang, la résistance des valvules sigmoïdes étant supprimée par le fait de l'insuffisance ellemême. Mais il subsistait une difficulté d'interprétation relative à l'état de la pression artérielle moyenne, qu'on considère comme notablement abaissée dans l'insuffisance aortique. On sait, en effet, que la transmission des ondes liquides s'opère avec une rapidité d'autant moindre que la pression est plus basse dans les conduits élastiques qu'elles parcourent. Par suite, on comprenait difficilement que le retard du pouls fût précisément diminué dans le cas d'une basse pression artérielle.

Des recherches nouvelles, cliniques et expérimentales ont montré que, contrairement à l'opinion reçue, la pression artérielle ne subit pas, dans l'insuffisance aortique bien tolérée, de chute de pression réelle ; des examens répétés faits sur l'homme avec un appareil à contre-pression employé par M. Potain, de nombreuses expériences sur les animaux auxquels M. François-Franck a pratiqué des insuffisances aortiques, ont établi que, tout en subissant de grandes variations, la pression moyenne est souvent égale, parfois supérieure à la normale. Ce fait de la restitution d'une pression voisine de la normale chez les animaux avait été indiqué, il y a quelque temps, par M. Rosenbach, dont M. Franck se propose de discuter prochainement l'interprétation.

On comprend mieux maintenant que le retard du pouls puisse présenter, dans l'insuffisance aortique, la réduction signalée par M. Franck, puisque la vitesse de transmission n'est nullement diminuée dans les artères, peut même y être augmentée, et que, d'autre part, le cœur agit dès le début de la systole sur le sang qu'il contient.

C'est seulement dans les cas d'insuffisance aortique mal tolérée, avec cœur dilaté et non hypertrophié, avec vaisseaux périphériques relâchés, que le retard du pouls ne subit pas la diminution dont il s'agit.

M. Franck fait remarquer enfin que le fait seul de l'insuffisance aortique n'empêchera pas telle ou telle autre lésion (anévrysme de l'aorte, lésion mitrale) de déterminer sur le pouls ses effets retardateurs ordinaires ; seulement ces effets seront moins accentués, l'insuffisance aortique concomitante tendant de son côté à atténuer ce retard du pouls, que les autres lésions tendent à augmenter.

— M. *Delaunay* continue l'exposé de ses recherches de biologie générale, montrant par une série d'exemples que les déterminations logiques des animaux sont aussi favorables que possible à la conservation de l'individu ; il cite particulièrement des faits de régime hygiénique et même de médications véritables observés chez des animaux variés.

— M. *Laborde* communique une note de M. Vigier qui contient un certain nombre de considérations relatives à l'emploi du borax pour la conservation des viandes et à l'élimination de cette substance par la salive. Cette dernière partie du travail est seule personnelle à l'auteur. Pour la première, il rapporte en les confirmant les résultats favorables obtenus déjà par Panum, Cyon, Jourdes dans leurs essais sur la valeur nutritive et l'innocuité des viandes conservées par le borate de soude.

S'inspirant des recherches de M. Laborde sur l'élimination du chlorate de potasse par la salive, M. Vigier a recherché à l'aide de divers réactifs chimiques la présence du borax dans la même sécrétion. Ses essais ne l'ayant pas suffisamment fixé, il a eu recours aux réactions spectroscopiques ; avec les tubes spectro-électriques de MM. Lachanal et Mermet, il a pu obtenir nettement les bandes d'absorption caractéristiques de l'acide borique. Le borax s'élimine donc, lentement toutefois, par la salive. Il s'élimine aussi, très lentement encore, par l'urine, de telle sorte que ce produit s'emmagasine longtemps dans l'économie, sans produire, du reste, aucun effet nuisible, même à doses assez fortes.

De là découle non seulement la possibilité de son emploi comme agent antiseptique pour la conservation de substances alimentaires, azotées, mais encore l'innocuité de son administration comme agent médicamenteux dans une foule de cas où il sera préférable au chlorate de potasse.

— M. *Openchowski* (de Kieff) présente les résultats d'expériences qu'il a faites à Strasbourg, dans le laboratoire de M. Goltz, sur l'action localisée du froid appliqué à la surface du cerveau. Il conclut que cette action ne pourrait être employée avec avantage dans l'étude des localisations cérébrales, parce que la mortification des tissus ne se fait ni avec l'intensité ni avec la rapidité nécessaires ; l'influence énergique du refroidissement cortical se manifeste par des accidents convulsifs successivement toniques et cloniques, à caractère épileptiforme.

— M. *Brown-Séquard* indique une série de nouveaux faits montrant que des irritations périphériques pratiquées en certains points du corps peuvent produire la perte du mouvement volontaire, la résolution complète, sans anesthésie. Ces effets s'observent particulièrement quand on verse du chloral dans le conduit auditif externe chez le cobaye ; l'animal cesse de se mouvoir volontairement, et cependant il a conservé toute sa connaissance et reste doué d'une vive sensibilité.

« Cet état de résolution générale est bientôt suivi du sommeil anesthésique, dans lequel il n'y a, sous l'influence des plus violentes irritations, que des mouvements réflexes de plus en plus faibles, les signes de douleur ayant absolument disparu. La température s'abaisse avec une rapidité prodigieuse; la respiration et la circulation diminuent graduellement en force et en vitesse, et l'animal meurt au bout d'un temps très variable, une, deux ou trois heures. »

L'irritation du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe n'est pas la seule qui donne naissance à cette succession de phénomènes; on les observe encore, mais ordinairement d'une façon moins nette, et pendant un temps plus court, après l'injection de chloral dans l'estomac ou dans le rectum.

Si maintenant on rapproche de ces faits ceux dans lesquels M. Brown-Séquard a déterminé l'anesthésie sans paralysie par l'irritation de la muqueuse laryngée (vapeurs de chloroforme, faradisation, courant d'hydrogène), on est amené à conclure que, suivant le lieu où elle est faite, une irritation périphérique peut déterminer de l'anesthésie sans paralysie, ou une paralysie complète sans anesthésie.

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence des organismes inférieurs sur la carie dentaire, par M. Miller.

L'intervention des parasites de la bouche dans la genèse de la carie des dents, déjà invoquée par Facinus, en 1846, a été admise depuis par un grand nombre d'auteurs, tels que Mark; Weil et Klebs. Schrott (de Mulhouse) avait décrit, en 1868, un organisme spécial pathogénique de la carie dentaire.

Le mémoire de Miller, quoique plus complet, ne nous paraît pas faire avancer sensiblement la solution de la question. Voici en effet ses conclusions :

1° Le premier stade de la carie dentaire, la décalcification du tissu dentaire, est le résultat de l'action des acides produits par les fermentations buccales.

2° L'émail disparaît complètement. Du tissu dentaire il ne reste qu'une masse poreuse bientôt envahie par un grand nombre de schyzomycètes (leptothrix, bacilles, micrococcus, etc.).

3° Les filaments de leptothrix n'existent qu'à la surface ou dans les couches les plus superficielles et les plus compromises et paraissent prendre une part minime à l'invasion parasitaire. Par contre, les bacilles pénètrent profondément, jusque dans les canalicules les plus ténus, mais ce sont les micrococcus qui pénètrent le plus loin.

4° Dans les canaux isolés, on peut constater un passage progressif des bâtonnets allongés aux bâtonnets courts et aux micrococcus. (Ce fait, très intéressant, est démontré par un certain nombre de dessins.)

5° Ces champignons (micrococcus et bacilles) provoquent des altérations pathologiques des couches profondes, encore vivantes, ils obstruent les canaux et détruisent les fibrilles, par quoi les couches externes privées de nourriture, périssent et se putréfient.

6° L'action des acides *précède toujours* l'invasion des champignons.

7° Les parasites n'ont pas le pouvoir de décalcifier ou de traverser le tissu solide de la dent, de sorte qu'il ne peut être question d'une infection véritable d'une dent par une autre dent malade.

8° En résumé, le premier stade de la carie dentaire est un processus *chimique* (extraction des sels calcaires); le second, un processus *pathologique* (mort du tissu par la destruction des fibrilles de la dentine); le troisième, un processus *putride* (destruction du tissu mort).

Le premier et le troisième stade peuvent être reproduits expérimentalement en dehors de la cavité buccale.

9° L'auteur a pu constater, en quelques cas, une participation de saccharomycètes à la carie dentaire. (*Archiv. für exp. Pathol.*, t. XVI, p. 291.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies de la peau, par Louis A. Duhring, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Traduit et annoté par MM. T. Barthélemy et A. Colson. — Paris, 1883. G. Masson. Prix : 15 fr.

Ainsi que le fait très justement observer M. le professeur Fournier, dans une préface où il résume les qualités maîtresses de cet excellent ouvrage, il s'agit moins d'un livre de science pure, de polémique doctrinale, que d'un traité classique destiné à initier l'étudiant à l'étude, parfois ardue au début, de la dermatologie et à servir de guide et de conseil au praticien instruit dans le traitement des affections cutanées. Bien que peu volumineux, comparé aux traités de dermatologie publiés jusqu'ici, tant en France qu'à l'étranger, il constitue cependant une œuvre très complète, conçue dans un esprit essentiellement pratique, et remarquable à coup sûr par la clarté et la minutieuse exactitude des descriptions cliniques.

Une large part est faite à la thérapeutique dans l'ouvrage de Duhring; il ne s'est pas contenté seulement de tracer, pour chaque affection cutanée, les principes généraux du traitement, d'indiquer les procédés les plus recommandables, d'énumérer les substances médicamenteuses dont l'action est la plus efficace, il s'est attaché à fournir au praticien des indications précises, à mettre à sa disposition un grand nombre de formules magistrales auxquelles il puisse recourir en toute sécurité, suivant les formes multiples ou les périodes des maladies qu'il aura à combattre. Les traducteurs, afin de permettre aux médecins français de suivre rigoureusement les préceptes du professeur américain, ont réuni, sous forme d'index thérapeutique, les différents médicaments indiqués au cours de l'ouvrage et dont la formule n'existe pas dans la pharmacopée de notre pays.

Ce n'est pas là d'ailleurs la seule addition utile qui ait été faite au texte déjà si complet de Duhring. M. Toussaint Barthélemy, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, a rédigé sous forme d'annotations nombreuses une série de commentaires intéressants destinés à rappeler certains points de l'histoire de la dermatologie, trop oubliés peut-être dans l'ouvrage américain. C'est dans ces notes que l'on trouve consignés les importants travaux et les recherches fructueuses de l'école française; elles font connaître également les théories actuelles professées en dermatologie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et permettent de comparer, chemin faisant, l'interprétation donnée aux faits cliniques par les auteurs des divers pays. Enfin, M. Barthélemy a eu l'heureuse pensée de signaler, à propos de chaque type morbide, le spécimen correspondant parmi les moulages qui composent le riche musée de l'hôpital Saint-Louis.

Le plan général de l'ouvrage ne présente rien d'absolument spécial, c'est celui qu'ont adopté jusqu'ici la plupart des auteurs étrangers qui ont décrit les maladies de la peau; c'est, à peu de chose près, le plan suivi par Moritz Kaposi, bien que le professeur viennois range les fièvres éruptives dans les dermatoses, tandis que Duhring les considère, à plus juste titre, comme du ressort de la pathologie interne. Avant d'aborder l'étude des affections de la peau elles-mêmes,

l'auteur s'attache à résumer en quelques pages les notions anatomiques et physiologiques relatives au tégument cutané, aux glandes qu'il renferme, ainsi qu'au tissu cellulo-adipeux sous-jacent. On trouve dans ce chapitre d'intéressants documents propres à faciliter l'intelligence des diverses lésions pathologiques dont les éléments de la peau peuvent être le siège. Passant ensuite à la symptomatologie générale, il décrit les signes objectifs qui caractérisent les altérations *primitives* ou *secondaires* de la peau : il range parmi les premières les macules, les papules, vésicules, bulles, pustules, élevures (*wheal*) de la peau, tubercules et tumeurs; parmi les dernières, les croûtes, squames, excoriations, fissures, ulcères, cicatrices. Ces lésions élémentaires peuvent d'ailleurs se grouper, se localiser en divers points, s'étendre à tout le tégument et former des éruptions agglomérées, disséminées ou généralisées; elles fournissent d'ailleurs un certain nombre de symptômes subjectifs et parfois des symptômes généraux comme dans l'eczéma rubrum.

L'étiologie générale des affections cutanées semblera à tous les partisans de l'école française, bien incomplète et réduite à une nomenclature de causes directes un peu banales peut-être. Le professeur Duhring, en effet, adoptant les idées allemandes, supprime presque entièrement la part importante qui revient aux diathèses, à l'arthritisme par exemple, dans l'étiologie des maladies de la peau; les conceptions élevées et les théories de Bazin sur la cause interne, inhérente à l'organisme, qui préside au développement de certaines éruptions cutanées, sont trop délaissées au profit des dénégations d'Hébra, qui n'admet que les influences extérieures. Les mêmes tendances se montrent clairement dans la classification adoptée par l'auteur; elle est basée sur les caractères anatomo-pathologiques seuls des lésions : c'est, avec quelques modifications, la classification proposée par Hébra. Elle comprend neuf classes distinctes : les désordres de sécrétion, renfermant les affections des glandes sébacées et des glandes sudoripares; les hyperhémies; les exsudations et inflammations; les hémorrhagies; les hypertrophies et les atrophies portant sur le pigment, l'épiderme, le chorion, les poils ou les ongles; les néoplasmes; les troubles de la sensibilité ; enfin les dermatoses parasitaires.

Nous n'avons pas la prétention de résumer ici les divers chapitres qui composent l'ouvrage de Duhring, mais nous signalerons cependant comme particulièrement intéressants ceux qui traitent de l'eczéma, du lupus, des néoplasmes cutanés et des dermatoses parasitaires ; ces dernières, soigneusement annotées par M. Barthélemy, ont reçu un développement en rapport avec leur importance chaque jour croissante par suite des remarquables travaux de Vidal, de E. Besnier et d'un grand nombre d'histologistes. Quelques chapitres sont nouveaux dans la seconde édition de Duhring, par exemple l'uridrose, l'urticaire pigmentée, la dermatite circonscrite herpétiforme, le podelcoma, l'ainhum, le mal perforant.

Tel est cet ouvrage dont on ne peut contester la grande valeur scientifique et la réelle utilité au point de vue de l'étude et de la pratique de la dermatologie; nous sommes convaincu qu'il contribuera puissamment à vulgariser les connaissances indispensables à tout médecin relatives à l'étiologie, à l'évolution et à la thérapeutique rationnelle des maladies cutanées.

André Petit.

VARIÉTÉS

La partie du Feuilleton de M. de Wecker, qui concernait M. Fieuzal, telle qu'elle a paru dans la *Gazette hebdomadaire*, n'étant, comme nous l'avons déjà dit, nullement injurieuse pour ce dernier, nous n'aurions pas admis la réponse qu'on a lue si ce feuilleton n'eût paru dans le *Figaro*, comme étant extrait de la *Gazette hebdomadaire*, avec la restitution d'un passage modifié par nous et qui pouvait paraître blessant pour M. Fieuzal. Aujourd'hui la réponse de M. Fieuzal, qui avait subi également de notre part et avec son consentement, diverses modifications importantes, ayant été publiée dans son texte primitif par le *Figaro*, nous devons reconnaître à M. de Wecker le droit d'une réplique.

Or, après avoir vu la note dont nous avions fait suivre la lettre que nous avons insérée, la seule dont nous acceptions la responsabilité, M. de Wecker nous écrit pour affirmer que c'est à son insu et sans sa participation que le *Figaro* a reçu communication d'un placard de la *Gazette hebdomadaire* non corrigé et amendé par nous. Nous lui donnons acte de cette rectification en déclarant nous-même que l'insertion dans le *Temps* du feuilleton de M. de Wecker n'a été nullement suggérée par la rédaction de la *Gazette*.

M. de Wecker nous demande de plus de bien préciser la nature des services qu'il a pu rendre à M. Fieuzal. Dans ce but, il nous prie d'insérer la lettre suivante qu'il a reçue de ce confrère, le 7 mai 1879 : « Je viens, dit M. Fieuzal, de lire le très élogieux compte rendu que vous avez fait de ma publication et je me hâte de vous dire que rien ne pouvait m'être plus agréable que votre appréciation qui donne à mon livre une valeur dont je m'estime très heureux en même temps que très honoré d'être l'objet. Le peu que je suis en oculistique, je l'ai puisé à votre enseignement clinique et croyez-bien, mon cher maître et ami, que je ne l'oublierai jamais et que je serai heureux de saisir la première occasion pour vous manifester ma reconnaissance. »

« Mon châtiment à moi, ajoute M. de Wecker, pour m'être expatrié, est de voir le plus souvent les services rendus méconnus et d'être, en dépit de mon amour pour ma patrie d'adoption, toujours traité en étranger. »

Ceci dit, nous considérons l'incident comme définitivement clos.

A. D.

NÉCROLOGIE. — SÉDILLOT.

Le nom du savant illustre, qui vient de succomber (le 29 janvier) aux suites d'une longue maladie, restera l'un des plus honorés de la chirurgie française. Praticien, professeur, écrivain scientifique, Sédillot a marqué toutes ses œuvres d'un cachet indélébile. Il a touché à toutes les branches de la médecine, il a concouru à tous les progrès que, depuis un demi-siècle, a pu réaliser l'art de guérir. En 1829, sa thèse inaugurale sur le *nerf pneumogastrique et ses fonctions* était consacrée à la physiologie; quelques années plus tard, il publiait un *manuel de médecine légale* dont la deuxième édition parut en 1836. A l'Ecole du Val-de-Grâce, de 1831 à 1834, il avait professé successivement l'anatomie comparée, l'anatomie pathologique, la pathologie externe, la médecine opératoire, enfin la clinique chirurgicale. Mais c'est comme chirurgien surtout qu'il s'est affirmé dès 1832, date de son premier concours pour l'agrégation de la Faculté de Paris. Agrégé de chirurgie et professeur au Val-de-Grâce, puis, en 1841, après un brillant concours, professeur de pathologie externe, médecine opératoire et clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg; chargé, comme médecin militaire, d'un service hospitalier qu'il savait diriger en même temps que son service clinique ; chirurgien consultant très occupé, Sédillot, grâce à un labeur infatigable et à une puissance de travail vraiment surprenante, a, pendant un demi-siècle, enrichi la science d'une prodigieuse quantité de mémoires originaux dont l'énumération seule remplirait plusieurs colonnes de ce journal.

Nous ne pouvons que signaler ici son *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*, dont la première édition parut en 1839 et qui eut depuis un si légitime succès; son *Traité de l'évidement des os* (1858, 2e édition, 1867), couronné par l'Académie des sciences; ses travaux sur le mécanisme des *luxations* et sur l'application des moufles et du dynamomètre pour leur réduction; ses nouvelles méthodes d'*amputation* à lambeau, d'*amputation* médio-tarsienne, de *résections* tibio-calcanéenne et coxo-fémorale; ses études sur la *gastrostomie*, ses recherches, qui sont des premières publiées en France, sur les *anesthésiques* et en particulier sur les avantages du chloroforme et ses effets physiologiques; ses expériences sur l'action de la *cautérisation ignée;* les divers mémoires qu'il a écrits sur la *pyoémie*. Dans ses *Contributions à la chirurgie* (2 vol. grand in-8°, Paris, 1868), Sédillot a réuni le plus grand nombre de ces travaux si importants. Membre de la Société de biologie, de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine (1857), de l'Institut (correspondant le 16 mars 1846, titulaire le 24 juin 1872); ancien médecin inspecteur des armées et directeur de l'Ecole de Strasbourg, Sédillot a obtenu, sans jamais les avoir sollicités, tous les honneurs que peut ambitionner un savant. Et lorsque après les cruels événements de 1870, qui l'obligèrent à quitter sa ville d'adoption, lorsque, déjà atteint d'une infirmité qui, sans affaiblir son intelligence, lui rendait plus pénible la vie publique, il revint à Paris, c'est aux études de philosophie et de sociologie qu'il consacra ses derniers jours. Son livre sur le *Relèvement de la France*, que l'auteur de ces lignes a lu en épreuves avec son illustre maître, était encore dicté par le plus ardent, par le plus sincère patriotisme. Une vie aussi bien remplie, une carrière aussi utile peut servir d'exemple à tous les hommes de bien. Ils s'associeront au deuil de tous les amis, de tous les anciens élèves du professeur Sédillot.

L. Lereboullet.

Société protectrice de l'enfance. — *Bal annuel d'enfants, paré et costumé, donné par la Société.* — La Société protectrice de l'enfance, dont le but est de venir en aide aux pauvres mères nourrices et à leurs petits enfants, donnera le dimanche gras, 4 février, à une heure de l'après-midi, dans les magnifiques salons de l'Hôtel Continental, son bal annuel d'enfants, paré et costumé, au profit de l'Œuvre. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs de conduire leur jeune famille à cette charmante fête de bienfaisance. L'orchestre sera dirigé par son excellent chef M. Desgranges et les danses par l'habile professeur M. Denot. Prix du billet, 3 francs. — On en trouve à l'Hôtel Continental et au siège de la Société, rue des Beaux-Arts, 44.

Certamen de médecine mentale. — Une réunion aura lieu les 25, 26, 27 et 28 septembre prochain à *Nueva-Belen* (Saint-Gervais, près Barcelone), dans le but de discuter un certain nombre de questions relatives à la médecine mentale. Le nom de *Certamen* a été substitué à celui de *Congrès*, parce qu'il ne s'agit pas d'une assemblée internationale ouverte à tous, mais d'une réunion restreinte, à laquelle sont invités, par lettre de MM. les organisateurs du congrès, un certain nombre de médecins étrangers.

Faculté de médecine de Paris. — Les récompenses suivantes sont accordées aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour leur thèse subie pendant l'année scolaire 1881-1882 :

1° *Médailles d'argent.* — MM. Chauffard, Desnos, Ferré, Guilliers, Labbé (Ch.), Lejemble, Leloir, Manouvrier et Servoles.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Bénard, Brondel, Cavalcanti, Colovitch, d'Albuquerque, d'Antin, Faisans, Gaucher, Guitter, Haranger, Havage, Masseron, Méricamp, Pruvot, Osorio, Savard, Vallon, Variot, Wuillamier.

3° *Mentions honorables.* — MM. Béchard, Bertheux, Bonnans, Bounot, Boussac, Branly, de Bricon, Brumauld de Montgazon, Castex, Castinel, Castagnéda, Cavagé, Comby, Gauchas, Gauthier, Gergaud, Girard, Lacaze-Dori, Meunier, Moizard, Piogey, Reyne, Tisné, Touaille, de Larabrie, Vimont.

Prix Lacaze. — Ce prix n'a pas été décerné par insuffisance des travaux présentés. La question, la fièvre typhoïde, est remise au concours pour l'année 1883.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Steinmetz (Léon) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bernardy, démissionnaire.

M. Chatelain (Charles-Hippolyte) est nommé, pour deux ans, aide d'histologie, en remplacement de M. Aubry, dont le temps d'exercice est expiré.

Académie de médecine de Turin. — Dans sa dernière séance, l'Académie royale de médecine de Turin a élu correspondants MM. Arloing, Chauveau, François-Franck et Ranvier.

Hôpitaux français de Londres. — Hier soir a eu lieu à Londres, à Willis's Rooms, le quinzième banquet anniversaire de l'hôpital français de Londres.

M. Tissot, ambassadeur de France, devait présider; mais, très souffrant en ce moment, il n'a pu prendre le fauteuil.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes sera ouvert le 6 août 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Mortalité a Paris (4e semaine, du vendredi 19 au jeudi 25 janvier 1883). — Population d'après le recensement de 1881: 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1112, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 56. — Variole, 14. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 41.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 24; au sein et mixte, 20; inconnu, 6 — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 128; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 4e semaine. — Il a été notifié cette semaine au service de la statistique : 1258 naissances et 1112 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1116, 1099, 1122 et 1135. Le chiffre de 1112 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une légère aggravation pour la diphthérie (42 décès au lieu de 37), et pour l'érysipèle (8 au lieu de 5); une atténuation pour la fièvre typhoïde (56 décès au lieu de 68), la rougeole (11 au lieu de 14), la scarlatine (2 au lieu de 4).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse une aggravation pour la fièvre typhoïde (146 admissions pendant la semaine du 15 au 21 janvier, au lieu de 135 pendant les sept jours précédents), et une atténuation pour la variole (15 au lieu de 19), et la diphthérie (16 au lieu de 29).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 8 février 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA VACCINATION CHARBONNEUSE : KOCH ET PASTEUR.

Académie de médecine.

Avec la loyauté et la courtoisie qu'il apporte à toutes ses communications académiques, M. L. Colin est venu lire mardi dernier la lettre de M. Glénard dont nous publions plus loin la partie principale, et clore ainsi un débat qui avait, on ne l'a point oublié, donné naissance à de vives discussions. M. L. Colin a reconnu une fois de plus que M. F. Glénard ne pouvait citer d'autres chiffres que ceux qu'il a reproduits dans son mémoire; mais il a persisté à affirmer que ces chiffres n'avaient pas la signification qu'on veut leur donner. L'erreur involontaire commise par M. F. Glénard est tout entière imputable à la statistique médicale de l'armée. Ce qu'en a dit M. L. Colin nous permet d'espérer que, dans un avenir prochain, les documents fournis par le ministère de la guerre seront plus exacts et plus précis. Nous n'insisterons point dès lors sur les considérations développées dans le nouveau travail dont l'Académie a entendu lecture. La question paraît jugée.

Le défaut de place nous empêche d'apprécier le discours de M. Jaccoud. Nous nous plaisons à constater que cet éloquent et chaleureux plaidoyer en faveur d'une médication rationnelle de la fièvre typhoïde a été écouté avec une faveur marquée et accueilli par de nombreux applaudissements. La plupart des médecins qui ne se laissent point entraîner à des innovations thérapeutiques justement critiquées par M. Jaccoud, traitent à peu près comme lui les malades qui leur sont confiés. Ils reconnaissent tous que des soins attentifs continus et une médication tonique, quelques lotions froides, au besoin des antipyrétiques contribuent à sauver le plus grand nombre des typhoïdiques. Ils se rangeront donc aux préceptes si bien rappelés par M. Jaccoud. Quant à la discussion spéciale des arguments produits au sujet du traitement de la fièvre typhoïde, de cette maladie à l'étude de laquelle nous avons déjà consacré tant d'espace, nous nous réservons d'y revenir quand la série des discours sera terminée.

FEUILLETON

Lettres médicales.

Encore les ruines de Sanxay. — Le « transformisme » dans la nuit des temps. — La réquisition médicale, à Épinal. — M. Niemeyer et les médecins français. — La circonférence thoracique du soldat. — Un mode de traitement avantageux... pour le médecin.

Il y a des rustauds qui, en labourant un champ ou en creusant des fondations, découvrent des objets précieux, comme médailles, pièces de monnaie, heaumes, morions, salades, flamberges, espadons, etc., et enrichissent ainsi le trésor archéologique de leur pays. J'ai été un de ces rustauds, cher confrère, en vous parlant l'autre jour de la découverte de la station balnéaire gallo-romaine de Sanxay. M Delaunay, qui venait de la décrire savamment dans le journal *le Temps*, l'appelait, à cause du groupement en un même lieu de thermes, d'un temple, d'un théâtre et d'hôtelleries, le *Vichy du Poitou*. Bah! ai-je dit, et pourquoi pas le *Divonne du Poitou*, puisqu'à Divonne, département de l'Ain, l'eau est froide, non minéralisée, comme elle était à Sanxay, et que Divonne ne manque ni de temple, ni de théâtre, ni d'hôtelleries? Or il se trouve que les ruines de Sanxay sont situées sur les bords d'un petit ruisseau appelé la *Vonne;* qu'au dire de Sidoine Apollinaire, il existait près de Bordeaux une fontaine froide, célèbre par ses cures, et portant le nom de *Divona;* que plus d'un ruisseau, à commencer par celui que nous buvons ou croyons boire à Paris, porte le nom de *Vaune*, cousin germain de celui de Vonne; que plusieurs noms celtiques de fleuves et de rivières ont pour finale *runa* ou *ronna* (*Ga-ronna*, Garonne; *Mat-rona*, Marne), faciles à transformer en *rona* ou *vouna;* qu'une des divinités thermales a nom *Bor-vou* (Bourbonne-les-Bains). Je m'en tiens à ces petits traits d'onomastique de peur de faire encore quelque découverte; mais M. Delaunay vous en dira plus

Koch et Pasteur.

Dans le recueil des travaux de l'*Office sanitaire impérial allemand* de 1881, les recherches et les découvertes de Pasteur avaient été vivement attaquées par Koch et ses élèves. Profitant de l'occasion qui lui était offerte par le Congrès international de Genève, le savant français répondit à la plupart de ces attaques dans une communication faite au Congrès le 5 septembre, et engagea Koch, qui était présent à la séance, à répondre à ses arguments. Celui-ci se déroba à cette invitation et promit de faire cette réponse par la voie de la presse. Il a tenu cette promesse par la publication d'une brochure intitulée : *Sur la vaccination charbonneuse, réponse au discours tenu à Genève par Pasteur*, brochure qui a été traduite à peu près intégralement dans la *Semaine médicale* par M. Ricklin. La *Revue scientifique* du 20 janvier 1883 a reproduit cette traduction et l'a fait suivre de la réponse de Pasteur.

L'importance de cette polémique et des questions qu'elle soulève, nous engage à en résumer les points principaux pour les lecteurs de la *Gazette*.

Ce qui frappe d'abord et péniblement, à la lecture de la brochure de Koch, c'est le ton agressif et hautain qui y domine.

Il contraste étrangement avec le langage de M. Pasteur dans sa communication de Genève : « Permettez-moi, disait-il, de choisir parmi mes contradicteurs celui dont le mérite personnel a le plus de droits à notre attention : je veux parler du docteur Koch de Berlin. » Et plus loin : « Si les congrès sont un terrain de rapprochement, de conciliation, ils sont au même degré un terrain de discussion courtoise. Nous sommes tous animés d'une passion supérieure, la passion du progrès et de la vérité. » Cet appel à la courtoisie a été, il faut le reconnaître, fort peu entendu ; mais laissons la forme et arrivons aux faits.

Koch s'attaque d'abord à la *méthode* générale d'étude suivie par Pasteur et dont les défauts, dit-il, se manifestent d'une façon éclatante : « Lors de ses recherches sur la maladie charbonneuse, M. Pasteur trouva le chemin tout aplani. On connaissait déjà le bacillus du charbon et la preuve que ce microbe est la cause de la maladie charbonneuse n'était plus à fournir. » De ces deux points, le premier seul est vrai ; on connaissait la bactéridie charbonneuse, oui ; mais la *preuve* rigoureuse, scientifique, qu'elle est *cause* et non pas *effet* de la maladie, était tout entière à faire. Qu'on relise les comptes rendus de l'Académie de médecine et l'on se convaincra aisément que lorsque Pasteur y apporta cette preuve, non seulement elle n'avait pas été faite jusqu'alors, mais que les esprits étaient peu préparés à l'accepter. Combien n'a-t-il pas fallu à Pasteur d'efforts pour établir la valeur de la méthode des cultures successives *in vitro* en dehors de l'économie ; pour faire comprendre à ses adversaires que cette vingtième ou trentième culture, avec laquelle il donnait le charbon, ne contenait plus *rien* d'un *virus* qui eût été introduit dans la première et qu'elle ne *pouvait* au contraire contenir que la bactéridie, se reproduisant elle-même indéfiniment et, par conséquent aussi, *seule cause* de la maladie ?

Passant aux travaux de Pasteur sur la salive rabique, Koch adresse au savant français deux reproches : le premier, c'est d'avoir *ignoré* que le microbe qu'il a trouvé dans la salive de l'enfant mort à Sainte-Eugénie peut se trouver également dans la salive de personnes bien portantes ; le second, c'est d'avoir cru qu'il donnait aux lapins inoculés avec ce microbe une *maladie nouvelle*, alors qu'il leur donnait tout simplement la septicémie étudiée par Coze et Feltz, puis par Davaine. Plus loin il lui reproche encore d'avoir cru développer une maladie nouvelle avec le microbe trouvé par lui dans le mucus nasal d'un cheval mort de la *fièvre typhoïde des chevaux*, alors qu'il n'avait encore affaire qu'à cette même septicémie.

En ce qui concerne le second point, il s'agit d'un fait facile à contrôler. Pasteur affirme que le microbe en question développe chez le lapin une maladie *nouvelle*, différente de la septicémie, différente aussi de la maladie développée par le microbe trouvé dans le mucus nasal du cheval mort de fièvre typhoïde. Il offre à Koch de l'édifier sur ce point, comme sur tous ceux qui sont en discussion, devant une commission dont il laisse même les membres à son choix.

Koch acceptera-t-il ? Peut-être auparavant fera-t-il réflexion que, jusqu'ici, du moins, les commissions n'ont guère réussi aux adversaires de Pasteur.

Sur le premier point, nous avons déjà établi dans un autre travail (1), en recourant au texte des Comptes rendus de l'Académie des sciences, que non seulement Pasteur n'*ignorait* pas que le microbe en question pouvait se trouver dans la salive d'une personne bien portante, mais qu'il a été le premier à l'annoncer à la savante assemblée, avant Vulpian par conséquent, et, à plus forte raison, avant Sternberg.

(1) Du Cazal et Zuber, *Du rôle pathogénique des microbes* (*Rev. des sc. méd.*, 1881).

---

long là-dessus, si vous voulez bien lire le nouveau mémoire qu'il vient de publier dans l'*Encyclopédie d'architecture* (numéro de janvier).

Je donnais tout à l'heure le nom de Thermes à l'établissement de Sanxay. Ce n'est exact qu'à moitié. L'eau était chauffée dans les piscines au moyen de ces calorifères souterrains que les uns appellent *hypocauses*, les autres plus exactement peut-être *hypocuustes*, ὑπόκαυσις signifiant bien un fourneau à chauffer des bains, mais ὑπόκαυστον désignant plus commanément un fourneau situé au-dessous de la pièce à chauffer. Mais, d'une part, le balnéaire contenait une vaste pièce pour la natation à froid, et la chaleur communiquée à l'eau par les hypocaustes allait décroissant de piscine en piscine, jusqu'à une salle enduite de ciment, située en contrebas, dans laquelle on descendait par un escalier encore subsistant ; cette salle paraît bien avoir été destinée à administrer des douches, car un canal conduit de la dernière piscine à ce réduit. En somme, la disposition des ruines du balnéaire est telle que M. Delaunay a pu en déduire, avec la plus grande vraisemblance, les appropriations suivantes : trois salles, celles du sud, appartenant à la construction primitive, et communes à tous les balnéaires grecs ou romains, représentent le *caldarium*, le *tepidarium* et le *frigidarium*. Dans les constructions ultérieures se trouvent : 1° une vaste *natatio*, recevant directement l'eau des sources, et servant conséquemment aux bains froids ; 2° trois piscines chauffées à température décroissante ; 3° une salle de douches, peut-être en pluie, fournies par la dernière piscine.

Cet ensemble serait, je crois, unique en archéologie architecturale.

Dans le périmètre de l'établissement se trouvaient, vous ai-je dit, un temple et un cirque. Un mot seulement sur le temple. Il offre deux particularités un peu inattendues ; il a la forme d'une croix grecque, et il est précédé d'une sorte de cour quadrilatérale, entourée d'un portique à deux rangées de colonnes, où s'élève une rotonde.

« En admettant, continue Koch, que l'inoculation du mucus nasal du cheval eût développé chez le lapin une maladie infectieuse différente des formes connues de maladies infectieuses développées par voie expérimentale, je considérerais ce résultat comme une découverte de signification trop secondaire pour être communiquée comme un fait important à un congrès international. »

Libre à lui de professer un tel dédain à l'égard de ces maladies artificielles. Mais si Pasteur en a fait mention au Congrès de Genève, c'est à *propos* de sa *méthode générale* d'atténuation des virus et il n'a parlé du microbe de la salive et de celui du mucus nasal que comme des *exemples* de l'application de cette méthode à leur atténuation.

C'est à tort encore que Koch reproche à Pasteur d'avoir cherché à assimiler la fièvre typhoïde du cheval à celle de l'homme; il dit bien que ce microbe tue le lapin de *fièvre typhoïde*, et avouons que si l'expression est hardie, la hardiesse est du moins bien légitimée par l'analogie des lésions anatomiques. Mais de là à dire que cette fièvre typhoïde est semblable à celle de l'homme, il y a un abîme que Koch fait très gratuitement franchir à son adversaire. N'est-ce pas lui au contraire qui fait une hypothèse quand il dit que cette maladie, qui tue le lapin en vingt-quatre heures, ne peut pas être une fièvre typhoïde parce qu'on ne connaît pas de fièvre typhoïde qui tue en vingt-quatre heures! L'homme, nien; mais le lapin? Qu'en savons-nous et qu'en sait-il?

Plus loin, Koch revient sur la revendication qu'il a déjà faite de la découverte des spores de la bactéridie charbonneuse. Koch est incontestablement le premier qui ait observé la transformation de la bactéridie charbonneuse en spores et cette belle découverte a éclairci bien des points restés jusque-là obscurs de l'étiologie du charbon. Mais il est non moins incontestable que, sept ans auparavant, dans ses études sur la flacherie des vers à soie, Pasteur avait indiqué et *figuré* la formation de spores dans les filaments pathogènes et avait démontré que ces spores peuvent se régénérer plusieurs années après leur formation. Ce précédent rendait bien plus facile la découverte de Koch, sans du reste diminuer en rien son importance.

Comment Koch peut-il revenir sur la fameuse expérience de la poule refroidie et qui contracte le charbon? Le fait en lui-même n'est pas nié, il ne peut plus l'être! Mais son interprétation est contestée et, pour le savant médecin berlinois, ce n'est pas parce qu'elle est refroidie que la poule devient apte à prendre le charbon; « le fait de clouer des poules sur une planche et de les plonger dans l'eau froide constitue une atteinte tellement grave aux conditions de vitalité de ces animaux que ce n'est pas la seule réfrigération, mais, comme il est à présumer, d'autres perturbations plus intenses qui interviennent et développent, chez les poules ainsi clouées, la réceptivité pour le virus charbonneux. »

Mais pourquoi ces perturbations *présumées?* Clouées ou non, les poules ne prennent le charbon que lorsqu'elles sont refroidies. Et d'ailleurs Koch n'a donc pas continué la lecture de l'expérience en question? Il y eût vu que, si la poule étant déjà malade et envahie par les micro-organismes, on la sort de l'eau et on lui permet de se réchauffer, si, toutes choses restant les mêmes, on ne modifie qu'*un* élément : la température de l'animal, du milieu dans lequel s'étaient développées les bactéridies, celles-ci disparaissent et l'animal guérit. Quelle preuve faut-il donc pour faire la conviction si celle-ci n'y suffit pas? Comme le dit Pasteur, « il serait à désirer même que tous les faits physiologiques fussent établis sur des preuves aussi solides. »

Est-il besoin aussi que nous revenions sur la question des vers de terre auxquels Koch dénie le rôle que leur attribue Pasteur dans le transport des germes charbonneux de la profondeur à la surface de la terre? Nous en sommes dispensé par le souvenir trop récent de la discussion qu'elle a soulevée à l'Académie de médecine et qui a été close par le rapport d'une commission confirmant de tous points les faits avancés par Pasteur. Discussion et rapport semblent nuls et non avenus pour Koch, dont les objections, du reste, ne nous paraîtraient prouver qu'une chose, c'est que les vers de terre ne suffisent pas à tout expliquer.

Koch arrive enfin à la grande question de l'atténuation du virus charbonneux et il essaye de contester à Pasteur le mérite de la découverte première dont il reporte l'honneur à M. Toussaint. Et cependant, il accorde qu'antérieurement à l'atténuation charbonneuse M. Pasteur avait pratiqué l'atténuation artificielle, sous l'influence de l'oxygène, du virus du choléra des poules, et que déjà, à la suite de ces premières recherches sur le choléra des poules atténué, « il s'était livré aux plus vastes expériences ».

Il est certain que, en ce qui concerne le charbon, M. Toussaint a fait connaître, avant M. Pasteur, un moyen d'atténuer le virus charbonneux en exposant du sang charbonneux à une certaine température (55 degrés) pendant dix minutes. Mais ce moyen n'avait rien de précis; c'était, dirai-je volontiers, un accident de préparation. En voici la preuve : Tous-

---

Le supplice de la croix est assez antique et a été assez répandu pour qu'on eût pu, sans surprise, reconnaître dans certains édifices d'Egypte, de Perse, de Grèce, de Rome, l'image de l'instrument; mais, quoique la forme de croix ne soit pas inconnue dans la disposition intérieure des temples égyptiens, il est bien vrai qu'elle ne rappelle intentionnellement nulle part le supplice du crucifiement, et qu'il n'est pas d'ailleurs d'exemple d'une telle disposition, que je sache, dans l'architecture religieuse gréco-romaine. Et pourtant, c'est bien là un temple, comme paraissent l'attester une pierre du fronton portant ce reste d'inscription... POL... (*Apolloni sacrum*), et un fragment de stèle votive, l'un et l'autre ramassés dans les décombres. Ce temple est nécessairement païen, s'il est du même temps que le cirque. Ajoutez que, d'après certaines données, un peu faibles du reste, le *P. de La Croix* (un nom prédestiné, comme vous voyez), penche à fixer la date de la construction au temps d'Adrien.

D'un autre côté, cette sorte de préau qui précède le temple de Sanxay diffère du *pronaos* des temples païens et du vestibule ou *narthex* des temples byzantins; il se rapproche beaucoup, ce semble, de l'*atrium* que les premiers chrétiens bâtissaient en avant de leurs églises, et même en avant des anciennes basiliques païennes livrées au nouveau culte, afin de défendre le lieu de prières contre le bruit de la rue. L'atrium avait quelquefois de grandes dimensions; il était alors entouré de portiques comme le préau de Sanxay, et précédé d'un porche. Certaines églises étaient même enfermées tout entières dans une cour bordée de portiques ou de galeries, auxquelles étaient adossés les logements des prêtres. Toujours est-il qu'on est porté à se demander si une partie des ruines ne serait pas postérieure à Adrien; si l'architecture chrétienne n'aurait pas déjà passé par là; si la pierre qui porte quelques lettres du mot *Apollon*, ainsi que la stèle votive, ne seraient pas des débris rejetés par les nouveaux occupants, si cela n'expliquerait pas l'absence complète d'*ex voto* dans le temple (à part la stèle indiquée plus haut)....;

saint, par son opération, pensait détruire toutes les bactéridies contenues dans le sang charbonneux; c'était une erreur. Ces bactéridies ne sont même pas toujours détruites quand on les soumet à cette température pendant trente minutes. Aussi le savant toulousain perdait-il par ses vaccinations un nombre très variable d'animaux. En revanche, il est très vrai que ceux qui ne succombaient pas étaient devenus réfractaires à l'inoculation virulente.

La découverte de Pasteur, comme M. Koch lui-même le reconnaît du reste pleinement, a une toute autre portée. Pasteur, appliquant au charbon ses recherches sur l'atténuation du choléra des poules, a fait connaître une *méthode* d'atténuation et une méthode qui, comme nous l'avons déjà dit, paraît pouvoir être généralisée, en soumettant les virus à l'action de l'oxygène. Par cette méthode on peut obtenir, non seulement des virus atténués à tous les degrés, mais l'expérience prouve, et c'est le point capital, que chacun de ces états de virulence atténuée peut, en se conservant à son degré d'atténuation, être reproduit et fixé par la culture.

Ce procédé, nous le répétons, a cet avantage immense d'être une *méthode* certaine, rigoureusement scientifique, qui donne toujours les mêmes résultats à la condition de se placer dans des conditions identiques.

Cette dernière règle, règle absolue cependant en matière d'expérience, que pour obtenir le même résultat il faut se placer dans des conditions identiques, paraît absolument négligée par le savant berlinois. Que dire du procédé qui consiste à vacciner des souris et des cobayes avec du vaccin charbonneux atténué pour vacciner des moutons? Koch s'étonne qu'ils meurent tous du charbon; mais ce serait le contraire qui serait étonnant! Procéder ainsi c'est méconnaître le principe même de la méthode de l'atténuation des virus qui permet précisément de proportionner le degré d'atténuation à la résistance de l'animal.

Koch insiste enfin longuement sur le peu de valeur que possède à ses yeux le chiffre des animaux vaccinés; ce qu'il lui faut pour juger la méthode, « ce n'est pas de savoir qu'un nombre relativement considérable d'animaux ont subi l'inoculation préventive sans inconvénients, mais bien de savoir si le but de l'inoculation préventive a été atteint et si ces animaux ont réellement acquis l'immunité. Sur quoi Pasteur ne nous apprend rien. »

Et de fait, ce n'est pas à Pasteur à donner satisfaction à Koch sur cette question. S'il le faisait, on l'accuserait d'être juge et partie. Aussi, dans sa réponse, passe-t-il la main à ceux qui ont pu constater les résultats sur place: à M. Boutet, par exemple, qui, dans son rapport à la Société vétérinaire et agricole de Chartres, constate que dans le département d'Eure-et-Loir, dans les troupeaux de moutons qui ont été vaccinés en partie, la perte sur les vaccinés a été pendant l'année de 0,8 pour 100 et sur les non-vaccinés de 3,9 pour 100. Voilà les preuves réclamées et elles abondent aujourd'hui.

Nous n'avons pas pu, ici, suivre Koch pas à pas dans son réquisitoire, non plus que Pasteur dans sa réponse, où il fait justice de chacune des objections qui lui sont adressées. Mais, notre travail n'eût-il d'autre résultat que de montrer à nos lecteurs le puissant intérêt de cette polémique, notre but serait largement atteint.

Le passage suivant de la réponse de M. Pasteur, nous paraît le mieux caractériser la position étrange prise par M. Koch dans toute cette polémique : « Permettez-moi, écrit M. Pasteur, une courte digression. Quand je me reporte, comme je le fais en ce moment, aux études qui m'ont occupé de 1856 à 1876, long espace de vie pendant lequel vous n'étiez pas né à la science, puisque votre premier travail date de 1876, et où mon unique préoccupation était d'isoler et de faire vivre des microbes à l'état de pureté dans des milieux appropriés, n'est-il pas plaisant en vérité que vous ayez la légèreté de m'accuser de ne point savoir faire des cultures pures? »

Étrange spectacle, en effet, et qui implique un singulier oubli de l'histoire même de la science, que ce reproche « de ne pas savoir faire des cultures pures », adressé par un savant de la compétence spéciale de M. Koch à l'inventeur même de cette méthode des cultures pures, que notre illustre compatriote a le premier imaginée et utilisée dans la longue et glorieuse série de ses découvertes.

L. Du Cazal.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie.

De la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques, Mémoire lu a l'Académie de médecine dans la séance du 26 décembre 1882, par le docteur Onimus.

On s'est beaucoup occupé récemment dans différents mémoires et dans les discussions des Sociétés savantes, de la

---

toute une série de questions saugrenues, devant tomber peut-être d'elles-mêmes à la vue seule des lieux, mais ayant un peu l'air de mériter l'examen de quelque archéologue expert, qui ne serait pas moi, mais qui pourrait être M. Delaunay lui-même.

— Le *transformisme*, l'homme fils du singe, le singe fils de n'importe quel animal inférieur, et celui-ci d'un animal plus bas placé dans l'échelle des êtres, en descendant jusqu'au polype, la belle nouveauté! Quand on pense que Diderot a été loué récemment pour l'avoir entrevu, et qu'on fait honneur à Darwin de l'avoir découvert! Entrez donc, cher confrère, à l'*Académie des inscriptions et belles-lettres*, et écoutez M. Halévy. Un auteur, que les savants font vivre très précisément entre le *quatrième* et le *vingtième* siècle avant Jésus-Christ, le nommé *Sanchoniathon*, a écrit une histoire phénicienne, dont Philon de Byblos, deux siècles après Jésus-Christ, a fait la traduction. Original et traduction sont perdus; mais Eusèbe a conservé quelques fragments de Philon. Or M. Halévy, à grand renfort de textes assyriens, phéniciens, hébreux ou grecs, arrive à corriger le sens attribué par Philon à un passage de Sanchoniathon, et voici le dernier paragraphe de ce passage : « [Puis] il y eut [sur la terre] des êtres vivants privés d'intelligence, desquels sortirent des êtres doués d'intelligence qu'on nomma *Zophasamin*, contemplateur du ciel. »

Os homini sublime dedit, cœlumque tueri
Jussit, etc.

— La question de jurisprudence médico-légale, que soulève la réquisition des médecins par l'autorité administrative ou judiciaire, vient d'être une fois de plus tranchée par la cour d'Épinal dans un sens conforme au texte comme à l'esprit de la loi, et déjà consacré par des arrêts de la Cour de cassation. Un individu est blessé dans une rixe. M. le docteur Lardier (de Rambervilliers), appelé à la hâte, lui donne ses soins;

contractilité de la matrice sous l'influence de l'électrisation. Au point de vue de la thérapeutique, et même au point de vue de la médecine légale, cette question est d'ailleurs des plus importantes. Les opinions les plus contradictoires ont été énoncées; nous essaierons de les concilier; ce qui peut être fait surtout en s'appuyant sur les principes de physiologie générale.

La matrice, comme on le sait, est constituée par des fibres musculaires lisses; seulement ces fibres lisses ont une fonction physiologique intermittente et qui ne s'exerce que dans des conditions spéciales. Or, ce qui caractérise essentiellement la contractilité des fibres lisses, *c'est qu'elle se modifie selon les fonctions des organes.*

Ainsi, il y a plusieurs années, nous avons les premiers enregistré graphiquement la contraction des muscles lisses, et nous avons pu démontrer, par les tracés ainsi obtenus, les différences qui existent non seulement entre la contraction des fibres striées et celle des fibres lisses, mais encore celles qui existent entre les fibres lisses des différents organes.

On sait que la contraction des fibres striées est identique pour tous les muscles, tandis que *pour les fibres lisses il y a des différences très prononcées.* C'est ainsi que les tracés obtenus par les fibres lisses des organes creux ont une forme allongée et typique, tandis que les fibres lisses des canaux, surtout de ceux ayant une grande activité, donnent un tracé dont la courbe est plus accentuée et qui se rapproche de celle des fibres striées.

Mais la particularité qui nous a le plus frappé, c'est qu'il est nécessaire, pour qu'il y ait contraction, que *l'organe renferme un contenu.* Rien n'est plus difficile par exemple que de provoquer la contraction d'une anse intestinale affaissée sur elle-même, et nous restions quelquefois des heures entières, avant de voir apparaître des mouvements vermiculaires, tandis qu'il suffit souvent d'insuffler un peu d'air pour provoquer des contractions. Pour la vessie, ce phénomène est encore plus prononcé.

On pourrait presque dire que certains organes à fibres lisses sont essentiellement capricieux, qu'ils ne se contractent que quand il leur plaît et non quand on les sollicite par des excitants artificiels de quelque intensité que soient ceux-ci. C'est là une particularité qui déconcerte d'autant plus que la fibre musculaire striée se contracte toujours et que, d'un autre côté, l'on conçoit difficilement qu'un organe musculaire puisse ne pas se contracter dans ces conditions d'excitation.

Ce sont ces caprices de contractilité, qui correspondent précisément aux conditions physiologiques des organes à fibres lisses et parmi ceux-ci la matrice est celui dont les alternatives d'impressionnabilité sont les plus remarquables.

Les réactions utérines, bien plus que celles de l'intestin ou de la vessie, sont des plus légères ou même nulles, lorsque la matrice est vide, et malgré la contradiction qu'il y a d'admettre qu'un organe composé de fibres musculaires puisse ne point se contracter sous l'influence de l'excitant typique des muscles, on conçoit, lorsqu'on a répété ces répressions, que quelques auteurs soient allés jusqu'à nier que la contraction utérine puisse être provoquée par des courants électriques. Lorsque la matrice, par suite de la grossesse, a pris un développement musculaire plus considérable et surtout une fonction physiologique plus grande, les contractions seront plus faciles à provoquer. Il y a donc une première différence à établir entre l'état de vacuité et l'état de plénitude de l'organe.

La considération la plus importante n'est pourtant pas l'état de vacuité ou de plénitude de la matrice, mais bien l'état de repos ou l'état d'activité si légère que soit celle-ci. De même que pour l'intestin, les contractions sont plus faciles à modifier et à provoquer, lorsque physiologiquement des mouvements vermiculaires existent; de même pour la matrice, l'électrisation agira d'une manière bien plus active lorsque, pour une cause quelconque, la contractilité aura déjà été sollicitée.

Dans ces conditions, les détails pour ainsi dire d'excitation sont les mêmes que pour les autres organes à fibres lisses. C'est ainsi que, plus heureux que d'autres médecins, nous avons pu non seulement enregistrer graphiquement la contraction utérine, ayant eu l'occasion bien rare de nous trouver présent au moment même de la parturition d'une chienne, mais que nous avons pu observer à ce moment, une différence très nette selon la direction du courant.

Comme pour les intestins, comme pour les vaisseaux sanguins, le courant descendant amène momentanément une dilatation et un relâchement des fibres lisses, tandis qu'en mettant le pôle positif dans le vagin et le pôle négatif dans la gueule, on déterminait comme une contracture de la matrice.

N'est-ce pas une des preuves les plus saisissantes de l'identité d'action des fibres musculaires de la matrice et de celle des autres organes pourvus de fibres musculaires lisses, mais en ayant soin de les comparer dans les mêmes conditions d'activité physiologique?

Il faut encore tenir compte d'autres détails qui ont aussi leur importance pour l'observation et la constatation exactes de la contractilité utérine.

C'est ainsi que chez des animaux jeunes et de race féconde cette contractilité sera plus facilement provoquée. Le plus ou moins d'éloignement de la gestation a également une influence considérable.

Enfin, dans les expériences faites sur les animaux, il faut se rappeler qu'aussitôt après la mort il arrive deux états différents pour les organes à fibres lisses, selon qu'ils sont à l'état de vacuité ou à l'état de réplétion. Dans le premier cas,

---

trois jours après, la gendarmerie lui demande une constatation de l'état du malade, il s'y refuse : le docteur Pernet, d'abord, le docteur Fournié ensuite, requis à leur tour, agissent de même. Tous trois ayant été condamnés par le juge de paix pour refus de mandat, les deux premiers en ont appelé devant la Cour d'Epinal, qui a cassé le jugement en la forme et au fond. En effet, la condition essentielle qui, dans l'article 475, n° 12 du Code pénal, détermine l'obligation légale d'obéir, à savoir celle du *flagrant délit*, cette condition est tellement étroite, qu'un médecin requis, le lendemain de l'autopsie d'un nouveau-né, de visiter la mère présumée de cet enfant, et qui s'y était refusé, a été acquitté par la Cour de cassation.

— Vous avez toujours pensé comme moi que la confraternité médicale n'était point un vain mot et que, à quelque nationalité qu'ils appartinssent, les médecins vraiment honnêtes et consciencieux avaient droit à nos égards. Ce respect des devoirs professionnels a même souvent engagé les journaux français à ouvrir leurs colonnes aux commentaires les plus élogieux d'ouvrages allemands qu'ils étaient loin de priser autant que leurs panégyristes. Les Français, pas toujours malins mais jamais méchants, n'ont jamais manqué d'accueillir des traductions d'œuvres parfois médiocres, et les plus savants des collaborateurs de la *Gazette*, anciens et récents, n'ont pas dédaigné d'offrir à ces ouvrages d'outre-Rhin une hospitalité dont on ne leur savait d'ailleurs que peu de gré. L'un des écrivains allemands qui, en raison du nom qu'il porte et de la manière dont on a accueilli son manuel, aurait le plus de motifs de se louer de la bienveillance du public français, le docteur P. Niemeyer, vient de nous fournir une preuve bizarre de sa reconnaissance. On annonce, en effet, qu'il a cru devoir réunir dans les salles de l'hôtel de ville de Berlin un public assez nombreux pour y entendre une conférence sur la maladie et la mort de Gambetta. Il n'a pas craint d'y affirmer que l'illustre patriote français avait été,

ils entrent aussitôt en contracture et alors les excitants, même directs, paraissent ne rien produire; dans le second cas, les mouvements deviennent spontanément très énergiques, et cela est vrai pour tous les organes de ce genre pourvus de ganglions intra-pariétaux. On sait combien les contractions intestinales augmentent immédiatement après une mort rapide, et pour la matrice gravide et à terme il en est de même, puisqu'on a vu des enfants expulsés *post mortem.*

Ajoutons encore que, comme pour la plupart des organes à fibres lisses l'excitation avec des courants continus a plus d'action que celle par les courants induits, non pas toujours instantanément, mais souvent après la cessation de l'excitation. C'est ainsi que les courants d'une pile quelconque peuvent provoquer des avortements bien plus facilement que les courants induits; aussi en Amérique où l'on cherche souvent et d'une façon criminelle à produire des avortements, on emploie presque exclusivement des courants continus énergiques provenant d'un grand nombre d'éléments.

En résumé, à l'état ordinaire il est difficile de déterminer des contractions utérines, aussi bien par les courants électriques que par d'autres excitants. Cela se conçoit aisément, car l'organe n'a alors qu'une nutrition restreinte étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation. Lorsqu'au contraire la matrice est gravide, il est plus aisé de provoquer des contractions, *mais cela n'est réellement facile que lorsque pour une cause quelconque les contractions physiologiques existent.* Dans ce cas, on peut même, comme nous l'avons observé, les modifier et peut-être même les régulariser.

Les contradictions que l'on trouve dans les auteurs tiennent uniquement à ce que l'on a confondu ces différents états de la matrice qui sont tellement tranchés au point de vue des réactions qu'ils en font pour ainsi dire des organes différents. Dans les études physiologiques, comme dans les applications thérapeutiques et dans les questions de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences d'activité autonome, que l'on pouvait soupçonner a priori, et que nous avons observées expérimentalement.

CORRESPONDANCE

Fongus bénin du testicule.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RECLUS, PROFESSEUR AGRÉGÉ.

Mon cher ami,

Voici une observation recueillie par M. Esmieu, interne de mon service. Ce fait, en raison même de son extrême rareté, intéressera, je l'espère, les lecteurs de votre dernier article *sur le fongus bénin du testicule* (*Gaz. hebd.*, 1883, n° 2).

Obs. — Donati (Jean-Baptiste) entre à l'hôpital de la Conception le 10 mai 1879. Il est atteint de chaudepisse et de phimosis, mais il vient surtout pour être guéri de deux tumeurs qu'il porte dans le testicule gauche.

La blennorrhagie est traitée par les moyens ordinaires, et le phimosis par la dilatation avec une pince à pansement.

Le 13 mai, M. Villeneuve examine les deux tumeurs scrotales : la plus grosse, du volume d'un œuf de pigeon, est fluctuante et située sur le trajet du cordon, immédiatement au-dessus de l'épididyme; la seconde, qui atteint seulement les dimensions d'une amande, se trouve au-dessous et en arrière de la première. Ces deux tumeurs, nettement fluctuantes, paraissent distinctes l'une de l'autre. En tout cas, elles le sont du testicule et de la vaginale.

Le cordon est normal, sans douleur à la pression. Rien à la prostate, ni aux vésicules séminales. Le testicule est légèrement douloureux à la pression.

M. Villeneuve porte le diagnostic de kystes spermatiques, et ponctionne immédiatement, avec un trocart mince, la plus volumineuse des deux tumeurs. Il s'écoule un liquide lactescent, qui, au microscope, a laissé voir de nombreux spermatozoïdes immobiles. Les deux tumeurs se vident par cette unique ponction, preuve évidente qu'elles communiquent entre elles. — Pansement avec des compresses imbibées d'une solution à 10 pour 100 de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le 14, aucune réaction sur la partie opérée. La nuit a été bonne, mais le malade a eu de la fièvre, 96 pulsations, sans qu'on puisse en trouver la cause.

Du 15 au 23, le malade est atteint d'une pneumonie traitée par la décoction d'ipéca et l'alcool.

Au cours de cette affection intercurrente, le 17 au soir, la bourse gauche s'enfle et s'échauffe.

Le lendemain 18, on trouve la bourse considérablement tuméfiée, la peau rouge et adhérente, très douloureuse à la pression. Le cordon est douloureux et très volumineux. — Huit sangsues sur le trajet du cordon; cataplasme; onguent mercuriel belladoné.

Le 19, la douleur est un peu moindre, mais la tumeur est plus volumineuse; la bourse droite est œdématiée; la bourse gauche, siège des kystes opérés, est rouge, indurée, pâteuse, et ne forme qu'une masse où le testicule et l'épididyme sont confondus avec les enveloppes, et d'où émerge le cordon, de la grosseur du petit doigt.

Le 21, nouvelle application de six sangsues sur le cordon. Etat local stationnaire.

Le 23, la pneumonie est en pleine résolution; l'œdème de la bourse droite a disparu; la bourse gauche est beaucoup moins douloureuse, mais la tumeur n'a pas diminué.

Etat stationnaire jusqu'à aujourd'hui 27. La peau est adhérente à la tumeur dans toute la partie antérieure; en haut et en avant, on sent un point fluctuant.

Le 28, le point fluctuant est incisé et laisse écouler une petite quantité de pus sanguinolent. — Pansement avec le coton phéniqué.

Le 30, les bords de la plaie se sont écartés et arrondis en laissant saillir un petit champignon formé superficiellement de tissu cellulaire sphacélé, au-dessous duquel la pince rencontre un amas grisâtre, filamenteux, manifestement formé de canalicules spermatiques. — 1 gramme d'iodure de potassium.

---

comme M. Garfied, la victime de ses médecins et qu'il était mort, non pas de sa blessure, mais du traitement qu'on lui a fait subir. Le malade, dit-il, était gros, engorgé, échauffé. On l'a laissé trop manger et trop boire. On l'a couché trop chaudement; on l'a privé d'eau et d'air. Un régime plus frugal, des aliments plus légers, le grand air, des bains fréquents auraient guéri Gambetta. On l'a tué en le confinant chez lui. Déjà, nous avions trouvé dans divers journaux politiques des assertions de même valeur évidemment inspirées par des médecins; mais on ne citait aucun nom propre, aucun nom connu en France et nous nous étions abstenus de relever ces racontars. Aujourd'hui, s'il est vrai, comme on l'affirme, que M. le docteur P. Niemeyer ait cru devoir, sans autres renseignements que ceux fournis par des journaux extra-médicaux et sans avoir vu le malade, déclarer imperturbablement qu'on avait traité Gambetta comme un buveur de bière et un mangeur de choucroute, qu'on avait encouragé ces appétits formidables que connaissent surtout les auditeurs du médecin berlinois; s'il est vrai que M. P. Niemeyer a soutenu qu'il aurait été capable de sauver Gambetta avec des bains, une aération suffisante ou des tisanes lénitives et émollientes, nous n'avons qu'à le renvoyer au récit que nous avons récemment publié et à lui rappeler qu'un médecin qui se respecte commence par respecter la vérité, et que les règles les plus élémentaires de la profession médicale interdisent à tout médecin de juger ses confrères sur des récits incomplets ou inexacts. Nous n'aurions pas écrit ces lignes si nous ne trouvions dans le *Deutsche mediz. Wochenschufft* la confirmation des nouvelles publiées dans divers journaux et si l'on ne pouvait lire entre les lignes de cet article une condamnation assez sévère du jeune médecin de Berlin.

— Vous savez, cher confrère, que les médecins militaires Français se préoccupent d'améliorer les règles qui ont été adoptées par la plupart des conseils de revision. Il n'y a pas

Le 3 juin, à chaque pansement, une petite portion du parenchyme adhérente au coton phéniqué est enlevée.

Du 3 jusqu'au 9 juin, nouvelle poussée congestive vers les poumons, avec crachats légèrement rouillés. — Potion à l'ipéca et à la digitale; alcool.

Le 10, le pouls et les phénomènes pulmonaires sont redevenus normaux; il ne sort plus de filaments de la plaie scrotale; mais une suppuration crémeuse assez abondante, accompagnée de l'issue d'un nouveau champignon, forme des bourgeons charnus.

Le 14, voici quel est l'état du scrotum : la peau est épaissie et froncée, très peu mobile au-dessus d'une masse pâteuse où l'on ne distingue pas le testicule de l'épididyme; le cordon est encore très volumineux; la plaie est arrondie, de la dimension d'une pièce de 2 francs, limitée par des bords frangés et décollés jusqu'à 1 centimètre environ, tout autour; au-dessous, on aperçoit une surface grise résistante, qui est l'albuginée; celle-ci est perforée à la partie inférieure, et laisse échapper un bourgeon rouge pâle, saignant, de la grosseur d'une fève; ce bourgeon charnu est cautérisé tous les jours avec le crayon de nitrate.

Le malade, interrogé avec soin, nie tout antécédent syphilitique; il ne porte, du reste, aucune lésion ou cicatrice révélatrice. — M. Villeneuve prescrit néanmoins 1gr,50 d'iodure de potassium, avec augmentation de 50 centigrammes tous les jours.

Le 22, le bourgeon a beaucoup diminué, et la plaie tend à se fermer. — 4 grammes d'iodure chaque jour.

Le 30, la plaie est presque fermée et présente seulement un pertuis fistuleux, autour duquel la peau est rouge et adhérente sur une surface large comme une pièce de 5 francs; la tumeur est encore grosse comme un gros œuf et se continue insensiblement avec le cordon épaissi; la suppuration continue par le petit pertuis.

Le 2 juillet, la fistule scrotale est cautérisée avec la pointe du poquelin. — Iodure de potassium, 3 grammes.

Le 12, la tumeur a encore diminué, mais la fistulette donne toujours. Le malade demande à sortir.

En résumé, un blennorrhagique porteur d'un phimosis et de kystes spermatiques est opéré par la dilatation et la ponction. Sous l'influence de ces traumatismes légers et indirects, mais au cours d'une phlegmasie pulmonaire, les bourses s'enflent, s'échauffent, suppurent; le parenchyme testiculaire s'ouvre et se vide, la charpente fibreuse bourgeonne, et un fongus bénin s'établit, bientôt réprimé par le nitrate et l'iodure.

Comment interpréter ce processus?

Écartons d'abord le tubercule. Rien ne peut nous autoriser à penser qu'il y avait, même réduit à son expression la plus simple, un noyau tuberculeux en voie de formation dans le testicule de cet homme de soixante-dix ans, fort et vigoureux, sur lequel est survenue, à deux reprises, une phlegmasie pulmonaire dont il a guéri.

Notre malade était-il syphilitique, et une gomme échappée à mon premier examen constituait-elle le vrai corps du délit? Il niait résolument avoir jamais eu la vérole. Ce n'est pas une raison absolument convaincante, je le sais bien, surtout venant d'un vieux marin, et je me suis assez peu fié à son dire, puisque, dès que mon attention a été attirée de ce côté, je l'ai soumis à des doses croissantes d'iodure de potassium, estimant qu'en tout état de cause ce traitement ne pouvait que favoriser la résolution testiculaire. Mais je rappelle qu'après un examen préalable attentif du testicule, pour établir le diagnostic de kystes spermatiques, je n'ai rien perçu d'anormal, ni dans la glande, ni dans les enveloppes, en dehors de ces kystes. Un nouvel examen minutieux du malade tout entier ne m'a non plus rien appris au sujet de ces antécédents syphilitiques soupçonnés. Je suis donc obligé de mettre la vérole hors de cause.

Je n'ai eu affaire, dans ce cas intéressant, qu'à un processus purement inflammatoire, et cette observation de *fongus bénin parenchymateux* doit être classée, je pense, à côté de ces variétés rares signalées par MM. Moutier et Hennequin, et que vous avez citées dans votre dernier article de la *Gazette hebdomadaire*.

Dr L. Villeneuve,
Chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille,
professeur de médecine opératoire à l'École de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sédillot. — *M. le Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Ch.-E. Sédillot*, membre de la section de médecine et de chirurgie, décédé à Sainte-Menehould, ce matin même, 29 janvier.

Sur les phénomènes morbides qui se manifestent chez les lapins, sous l'influence de l'introduction du chloral hydraté dans l'oreille. Note de M. *Vulpian*. — Le phénomène le plus saillant, parmi ceux qui se manifestent à la suite de cette sorte d'expériences, lorsque le chloral hydraté a été introduit dans une seule oreille, consiste en un mouvement impétueux de rotation de l'animal sur son axe longitudinal: le lapin se déplace, en roulant ainsi sur lui-même, du côté sain vers le côté opéré, le train postérieur étant dirigé vers l'observateur.

« J'ignorais, dit l'auteur, les expériences du même genre que M. Brown-Séquard avait faites et publiées en 1880. Cet éminent physiologiste avait vu apparaître du tournoiement et plus tard du roulement chez des cobayes dans le conduit auditif externe des-

---

longtemps encore, en analysant ici même un travail de ce genre, nous faisions remarquer qu'il est très difficile, dans une courte séance, de toiser, de peser, de mesurer, d'ausculter, de laryngoscopiser, d'ophthalmoscopiser, ou même d'endoscopiser — on l'a proposé — les malheureux conscrits. La mesure de la circonférence thoracique, que l'on peut se procurer aisément, n'est pas encore un criterium absolu de la valeur physique d'un soldat. En France, on en tient peu de compte. En Russie, on a voulu imposer aux jeunes conscrits une circonférence thoracique égale à la moitié de la hauteur de la taille. Mais — et c'est pourquoi cette réforme très scientifique appartient au feuilleton, toujours disposé à s'égayer, — mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que les conscrits russes seraient en très grande partie exemptés par la nouvelle loi. Qu'a-t-on décidé dès lors? On a déclaré que les classes privilégiées : les nobles, les bourgeois notables par hérédité, les négociants — et les *Israélites !!* — ne seraient pas astreints à posséder cette circonférence thoracique égale à la moitié de la taille, mais que tous les autres conscrits devraient être toisés et thoraciquement mesurés avec la plus extrême rigueur. Dans un pays où la rage antisémitique a fait récemment tant de victimes, l'accolement du mot *Israélite* à celui de nobles et de bourgeois notables par hérédité nous a fait rêver. Un journal politique cherche à expliquer la chose en insinuant que l'on a voulu se débarrasser des Juifs en démontrant qu'ils possèdent tous un thorax insuffisant (Il n'y a que leur coffre qui ait de la rotondité). Mais les nobles et les bourgeois héréditaires seraient-ils dans le même cas? N'essayons pas d'approfondir ce mystère. Bornons-nous à signaler ce fait que le recrutement est devenu impossible et que la loi va être rapportée. Il en sera de même le jour où l'on voudra régler mathématiquement tous les problèmes médicaux. Pourquoi donc, dans les examens des conseils de revision, comme dans les examens que font subir les Compagnies d'assurances, voudrait-on imposer des règles absolues? Choisissez de bons

quels il avait versé du chloroforme deux ou trois fois en quelques minutes. Il compare le roulement ainsi produit à celui que l'on provoque en piquant le pédoncule cérébral moyen; ce roulement a lieu du côté correspondant à l'oreille dans laquelle on a versé le chloroforme. M. Brown-Séquard a constaté que ces phénomènes rotatoires diminuent d'intensité au bout de quelques heures et qu'ils cessent le lendemain ou le surlendemain, mais qu'on peut les faire reparaître en excitant fortement l'animal. Enfin, sur sept cobayes ainsi opérés par M. Brown-Séquard, il en est deux qui sont morts de méningo-encéphalite à la suite de l'expérience.

» Quelques-uns des lapins dans l'oreille desquels j'ai introduit de la solution de chloral hydraté sont morts au bout de peu de jours. La cause de la mort a été, dans tous les cas, très différente de celle que M. Brown-Séquard a observée. Chez aucun de ces lapins je n'ai trouvé la moindre trace de méningite ou d'encéphalite. Les diverses régions de l'encéphale et des méninges étaient dans l'état le plus normal. Tous les lapins qui sont morts ont succombé par suite d'une vive inflammation des voies aériennes, compliquée le plus ordinairement de broncho-pneumonie plus ou moins étendue... Pour provoquer à coup sûr l'apparition de phénomènes de rotation, on est obligé de pousser un peu vers les profondeurs de l'oreille externe la solution de chloral qui a été versée: pour cela on presse sur le pavillon de l'oreille de haut en bas, vers le conduit auditif externe. Il se produit peut-être, par suite de cette manœuvre, une rupture de la membrane du tympan, qui hâte beaucoup l'arrivée du chloral hydraté dans le pharynx... On trouve à l'autopsie, la partie supérieure nasale du pharynx, pleine de muco-pus; le larynx et la trachée-artère en sont également remplis: la trachée, au lieu de muco-pus, peut contenir une sorte de fausse membrane épaisse, diphthéroïde, qui en tapisse toute la membrane muqueuse. Les poumons, comme je l'ai dit plus haut, offrent un ou plusieurs foyers de broncho-pneumonie... Des lapins ainsi opérés depuis un mois tournent encore aujourd'hui sur eux-mêmes avec impétuosité dès qu'on les excite et qu'ils cherchent à fuir. De plus, ils ont constamment la tête tournée sur l'axe du cou, de telle sorte que le côté de la face correspondant à l'oreille mise en expérience est dirigé vers le sol, l'autre côté étant dirigé en haut. Malgré les difficultés que cette attitude apporte à la préhension des aliments, ces animaux arrivent à les saisir et à se nourrir suffisamment. Ils ne paraissent avoir aucun trouble encéphalique en dehors des impulsions rotatoires. Leurs yeux sont déviés; la cornée de l'œil du côté opéré est dirigé en bas et un peu en avant; celle du côté opposé, en haut et un peu en arrière: cette déviation s'exagère, lorsqu'on provoque des mouvements de locomotion.

» Il me paraît absolument démontré que les troubles particuliers du mouvement constatés dans ces sortes d'expériences sont bien dus à une action directe du chloral hydraté sur les parties contenues dans l'oreille interne. En effet, j'ai toujours trouvé des indices d'inflammation dans les cavités de cette partie de l'oreille. D'autre part, la solution de chloral hydraté versée dans l'oreille externe, lorsque celle-ci contient beaucoup de cérumen, ne produit point d'effets de ce genre. Enfin tous les liquides irritants, même lorsqu'ils pénètrent dans l'oreille moyenne, ne déterminent pas ces accidents morbides, et il est difficile de ne pas attribuer cette dissemblance à une différence dans la facilité avec laquelle ces diverses sortes de liquides pénètrent dans les profondeurs de l'appareil auditif. C'est ainsi que j'ai vu, chez un lapin qui a été opéré il y a trois semaines et qui vit encore actuellement, l'introduction d'une petite quantité d'essence de térébenthine dans l'oreille externe produire une paralysie faciale très complète, sans qu'il y ait eu, à aucun moment, le moindre indice de tendance à la rotation, soit en manège, soit en rouleau. »

Observations, a l'occasion d'un rapport de M. *Léon Colin*, sur la mortalité produite par la fièvre typhoïde dans l'armée française. Note de M. *Vulpian*. — M. Vulpian analyse le rapport de M. Léon Colin; il rappelle que, suivant M. Glénard, la mortalité de la fièvre typhoïde à Lyon, où la méthode Brand est employée, est de 9 pour 100; puis il ajoute que les statistiques ici ne peuvent avoir qu'une valeur très discutable, parce qu'il est impossible d'y tenir compte de l'énergie de l'agent typhogène et de la réceptivité des individus exposés à l'influence de cet agent, conditions qui peuvent varier suivant les épidémies, suivant les pays, les lieux, les saisons, les habitats, les âges, etc.

Sur les effets de la respiration d'un air chargé de vapeurs de pétrole. Note de M. *Poincaré*.

« J'ai fait vivre des animaux de diverses espèces (chiens, lapins, cobayes) dans des atmosphères analogues à celles que respirent les personnes appelées à manier fréquemment le pétrole. J'ai observé, chez ces animaux, une plus grande fréquence et une plus grande amplitude des mouvements respiratoires, un ralentissement des révolutions cardiaques, avec une plus grande intensité du choc du cœur; démangeaisons cutanées, parfois assez vives; une tendance au sommeil et de l'inappétence. Les cobayes seuls ont succombé, après un séjour d'un à deux ans dans le milieu. Les autres ont paru devoir résister indéfiniment. Les lésions constatées à l'autopsie ont été: une congestion plus ou moins intense et plus ou moins générale des poumons, des méninges, de la substance grise et des reins; des raptus sanguins miliaires dans les poumons, les méninges et même entre les faisceaux musculaires du cœur; une hyperplasie considérable des cellules épithéliales des vésicules pulmonaires.

» Quoique les ouvriers employés à la distillation du pétrole se plaignent uniquement d'éprouver de la pesanteur de tête et une vive irritation de la muqueuse des fosses nasales, il y a néanmoins lieu de tenir un certain compte de ce faible facteur parmi les causes de trouble de la santé publique, et de recommander aux personnes qui emploient le pétrole, comme moyen de chauffage ou d'éclairage, d'en restreindre les émanations, en se servant de récipients bien clos, et aux industriels d'établir des cheminées d'évacuation dans les entrepôts, et d'exécuter sous des hottes les opérations de distillation et d'épuration. »

---

médecins, donnez-leur des instructions suffisantes; fiez-vous à leur intelligence et à leur zèle, mais ne les enfermez pas dans une réglementation si précise qu'elle en devient inapplicable — et tout ira mieux.

— L'art de doser les médicaments n'est pas assez cultivé par les médecins; et c'est de quoi profite de plus en plus la *médecine dosimétrique*. Mais ce que les praticiens ignorent tout à fait, c'est l'art de doser les traitements. Un traitement à dose massive, et d'une durée déterminée, mais toujours longue, a des avantages que vous comprendrez quand je vous aurai dit comment on doit le pratiquer. Premièrement, le dosage des substances médicamenteuses au lieu d'être perfectionné, doit être totalement supprimé sur l'ordonnance : *Pilules selon ma formule; sirop selon ma formule; lavement anodin selon ma formule;* voilà tout l'art de *formuler* dans la méthode des dosages du traitement. Conséquence bien juste, d'ailleurs forcée : la préparation ne peut être prise que chez un pharmacien désigné. Secondement, il importe que le pharmacien soit muni de tous les médicaments spéciaux que vous avez coutume d'employer, afin de ne pas obliger un pauvre malade à courir de la place de la Concorde à la place de la Bastille, et de La Villette à Montrouge; mais le mieux est encore qu'il ait assez d'imagination pour inventer lui-même des spécialités à votre usage. Troisièmement, il faut être versé dans la polypharmacie et être toujours prêt à aligner un grand nombre de prescriptions. Quatrièmement enfin, on prescrit de chaque médicament la quantité la plus forte que puisse supporter l'infirmité humaine. — Mais, dites-vous, je connais cela, et je sais un des confrères de ma ville qui le connaît encore mieux : c'est vieux comme l'apothicairerie ! — Attendez, voici le trait caractéristique de la méthode. On a soin d'inscrire en tête de son ordonnance ces simple mots : *Traitement de deux, de trois, de quatre mois*. Le patient docile s'en va présenter son papier chez le pharmacien : il faut du temps pour apprê-

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Cadet de Gassicourt* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Hélot* (de Rouen) adresse un *Pli cacheté*, en son nom et au nom de *M. G. Trouvé*.

M. le docteur *Renaut* envoie un *Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en* 1882 *au* 78e *d'infanterie à Guéret. (Commission de vaccine.)*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Redier* (de Lille), une brochure intitulée : *Contribution à l'étude des anomalies dentaires, anomalies de nombre.*

M. *Chéreau* présente, de la part de MM. les docteurs *Trossat* et *Grand*, une brochure ayant pour titre : *Recherches sur le rôle étiologique de l'ankylostome duodénal dans l'anémie des mineurs de Saint-Étienne.*

M. *H. Guéneau de Mussy* offre, au nom de M. le docteur *Léeuyer* (de Beaurieux, Aisne), une brochure intitulée : *Nouvelles recherches sur l'étiologie et la transmission de la fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)*

M. *Polaillon* présente, de la part de M. le docteur *Pouillet*, un ouvrage ayant pour titre : *Étude médico-psychologique sur l'onanisme chez l'homme.*

M. *Jules Guérin* dépose, au nom de M. le docteur *Ch. Brame*, un mémoire manuscrit, intitulé : *Sur le traitement du prolapsus utérin.*

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage, de la part de M. le docteur *Desnos*, de son *Compte rendu des travaux de la Société médicale des hôpitaux de Paris pour* 1882.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un nouveau *scarificateur du col utérin*, construit par M. *Galante* sur les indications de M. le docteur *Ortille* (de Lille).

Décès de M. Sédillot. — M. *le Président* rappelle les titres scientifiques de M. le professeur Sédillot, qui appartenait à l'Académie de médecine comme associé national depuis 1857; il exprime les vifs regrets ressentis dans le monde médical par la perte d'un homme qui a tant honoré sa profession par ses travaux et son caractère. Il invite M. Larrey a donner lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques.

M. *Larrey* lit le discours, cordial et ému, dans lequel il a retracé la vie de son illustre confrère et ami; ce discours est accueilli par de vifs applaudissements.

Désarticulation de l'épaule. — M. le docteur *Paquet*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, donne lecture d'une observation de désarticulation de l'épaule, suivie de guérison, dans un cas de plaie du coude par arrachement, s'étant compliquée de septicémie aiguë à forme gangreneuse. Dans les plaies de ce genre, il est des cas où l'étendue des lésions et la marche rapide des accidents font de l'amputation l'indication opératoire la plus rationnelle; les chirurgiens cependant tendent, en général, à la rejeter comme inutile, prétextant que le résultat a toujours été mauvais. M. Paquet estime, quant à lui, que cette proposition est trop absolue, alors surtout qu'il s'agit du membre supérieur; en effet, M. M. Maisonneuve, par l'amputation du bras, M. Le Dentu par la désarticulation de l'épaule, ont eu des succès remarquables et sa communication a pour but de faire connaître qu'il vient d'en obtenir un troisième.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, chicoretier, très fort et très robuste, dont l'avant-bras droit fut saisi un peu au-dessus du coude par une courroie de machine en mouvement; l'articulation du coude fut largement déchirée en arrière ainsi que les tégnments par le cubitus luxé, pendant que les chairs de la région antérieure étaient violemment meurtries et broyées par l'extrémité inférieure de l'humérus. Une septicémie aiguë à forme gangreneuse foudroyante, occupant tout le membre, ne tarda pas à se produire et, quarante heures après l'accident, il fallut se résoudre à pratiquer la désarticulation de l'épaule, suivant le procédé de Larrey, modifié par Malgaigne. Un pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur, avec douze points de suture entrecoupée, un gros drain dans la profondeur et à la partie inférieure un espace libre de 5 centimètres. Les suites de l'opération furent des plus heureuses et la cicatrisation fut complète au bout d'un mois à peu près; le blessé était d'ailleurs placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables. M. Paquet insiste sur deux points : 1° la présence de petits caillots dans l'artère et la veine axillaires, fait qu'il dit ne trouver mentionné dans aucune observation de septicémie aiguë à forme gangreneuse; 2° la modification heureuse qui s'est produite dans la partie interne du lambeau là où l'incision avait portée sur des tissus déjà malades; comme M. Le Dentu dans son observation, M. Paquet dut, lui aussi, empiéter de 2 ou 3 centimètres sur la zone bronzée. — Le mémoire de M. Paquet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Gosselin*, *Maurice Perrin* et *Polaillon*.

Mortalité des soldats français par la fièvre typhoïde. — M. *Léon Colin*, désirant rendre justice, dit-il, à la forme très académique de la lettre de M. le docteur Glénard, en donne lecture complète à l'Académie; voici les passages principaux de cette lettre :

Après avoir rappelé l'origine du débat et les objections adressées à sa statistique, en ce qui concerne l'armée, M. Glénard dit qu'il a eu recours pour cette statistique au *Recueil des mémoires de médecine militaire pour* 1882, et particulièrement à une page de ce recueil, reproduite *intégralement* et signée par le même auteur, dans la *Revue scientifique* du 1er avril 1882, c'est-à-dire il y a tout au plus dix mois (3e série, 2e année, n° 13, p. 398); puis il continue :

« Je me permets, dit-il, de placer sous les yeux de l'Académie le passage de M. L. Collin, auquel je fais allusion, le seul qui ait trait à cette question dans son travail :

« Le tableau suivant indique les chiffres des atteintes et des décès pendant ces deux dernières années 1875-1876 d'une part, et, d'autre part, durant les trois années suivantes que nous pourrons ainsi plus facilement leur comparer :

---

ter tout cela, et puis des flacons, des boîtes, des caisses, des paniers d'osier. On expédiera demain. Les colis arrivent ; vous devinez avec quelle facture. L'œuvre est consommée. Le traitement doit être de quatre mois; en voilà pour quatre mois. Ce n'est la faute ni du médecin, ni du pharmacien s'il faut le cesser au bout de huit jours ; cela regarde le malade, qui peut d'ailleurs recommencer.

J'ai sous les yeux une ordonnance modèle de ce genre, où un élixir figure pour une cinquantaine de francs, un vin *hématogène* pour 180 fr., une *essence ferrugineuse* pour 80 fr., un sel minéral pour 125 fr., une *cutéine* pour 60 fr., des pilules non formulées d'arsenic pour 60 fr. Somme toute, le total frise les 700 francs. Croyez-vous que cette ordonnance émane de quelqu'un de ces chevaliers d'industrie à visière haute qui rient à la barbe des consciences délicales? Non, je ne vous en parle que parce qu'elle porte la signature d'un confrère bien connu, occupant une position officielle des plus honorables comme des plus enviées, gagnée au concours, et qui, je veux le croire, inconsidérément engagé dans une voie mal fréquentée, n'a pas réfléchi aux fâcheuses compromissions dont on pourrait lui demander compte, notamment dans une importante société savante dont il fait partie.

Fièvre jaune. — Les dernières nouvelles du Sénégal sont tout à fait satisfaisantes. La fièvre jaune y a complètement cessé. — Dakar est en libre pratique depuis le 25 janvier. — L'état sanitaire de la *Pallas* est excellent. — La mort de l'amiral Grivel est un fait isolé; il a succombé à la fièvre rémittente qui règne en tout temps à la côte d'Afrique et qui n'a rien de commun avec la fièvre jaune. (*Journal officiel.*)

École de médecine de Rennes.— Le concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 6 août 1883, à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Rennes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Morbidité et mortalité de l'armée française par fièvre typhoïde.

Années.	Entrées à l'hôpital.	Décès.	Proportion des décès pour 1000 présents.
1875..........	4637	1619	3,74
1876..........	4130	1673	3,72
1877..........	3978	1521	3,24
1878..........	3780	1422	3,20
1879..........	3543	1273	2,9

» En somme, la morbidité tend à descendre au-dessous du chiffre de 1 *sur 100 soldats présents, chiffre qui était normal* pour ainsi dire depuis cinq ans; et la mortalité, *pour la première fois depuis* 1875, s'abaisse en 1879 à une proportion inférieure à 3 sur 1000. En cette dernière année, il y a 400 décès de moins, par fièvre typhoïde, qu'en 1876.....

» On remarquera, d'après les passages soulignés par moi dans la page que j'ai transcrite, que *M. Colin* donne très explicitement, comme moyenne de morbidité et de mortalité de l'armée française par fièvre typhoïde, les chiffres de 10 entrées et 3 décès de fièvre typhoïde pour 1000 présents, ce qui met bien à 30 pour 100 le taux de mortalité par fièvre typhoïde dans notre armée.

» Ces moyennes, du reste, se retrouvent exprimées dans toutes les œuvres de *M. Colin* sur la fièvre typhoïde dans l'armée; elles sont encore confirmées par la remarque du professeur *Sormani*, de Pavie, signalant, au congrès de Genève, « d'un côté, la grande mortalité de nos soldats comparés à ceux de plusieurs États d'Europe, et de l'autre, ce fait que c'est notre armée qui présente la plus forte mortalité typhoïdique: 3,3 pour 1000 présents ». (Cité par *M. C. Lagneau*, à l'Académie de médecine, *Bull. acad. méd.*, 1882, n° 44, p. 1299.)

» Ajoutons que le mouvement d'amélioration espéré par *M. Colin* ne s'est malheureusement pas réalisé, puisque l'année suivante, en 1880, il y a eu, dans notre armée, 6014 cas de fièvre typhoïde (4,75 sur 1000 présents), et 2087 morts de cette maladie seule (34,7 pour 100).

» Les *coefficients obituaires* que j'ai calculés, et celui de 1876 (40,5 pour 100) comme les autres, d'après les chiffres du tableau précédent reconnus exacts et publiés, il y a dix mois, par *M. Colin*, sans le moindre commentaire qui en pût atténuer la rigueur, conservent donc toute leur grave signification et tout l'enseignement que j'en ai tiré.

» *Dans l'armée française, d'après les chiffres commentés par M. Colin, on perd en moyenne, par an, 36 fièvres typhoïdes sur* 100.

» Proportion notablement supérieure à celles de l'armée anglaise où l'on perd 28 pour 100 des typhiques (40 pour 100 dans les colonies), d'après *Cailey;* de l'armée autrichienne, où, dans le mois de juillet 1882, il y eut 71 morts sur 252 typhiques (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 9 septembre 1882, n° 36); des armées russe et italienne qui présentent des chiffres analogues.

» Je puis enfin, — tout au moins jusqu'à la séance du 23 janvier dernier, dans laquelle *M. Colin* a lu son rapport sur mon mémoire, — me couvrir absolument de l'incontestable autorité de cet éminent inspecteur du service de santé des armées.

» Veuillez agréer,

» Dr Frantz Glénard (de Lyon). »

M. L. Colin rappelle que dès le début des travaux de la commission à laquelle la communication de M. Glénard fut renvoyée, il s'empressa de déclarer l'exactitude des chiffres que celui-ci avait produits, tout en révoquant en doute la légitimité de leur interprétation. Les chiffres de mortalité indiqués par M. Glénard sont bien ceux des publications officielles de statistique et ceux que M. Colin a reproduits dans ses mémoires, mais il n'en avait pas moins prévenu contre l'erreur qu'on pouvait commettre en les prenant comme des chiffres répondant à la réalité des faits; aussi, afin d'éviter à l'avenir toute méprise semblable, il s'engage, si une telle tâche lui incombe encore, à introduire à côté des chiffres précédents une colonne pour le pronostic, indiquant la proportion des décès aux atteintes enregistrées et la donnant dans toute sa gravité, à la condition toutefois d'être autorisé à y annexer un renvoi indiquant les divers passages dans lesquels il a plus particulièrement étudié cette question. M. Colin, mettant en effet sous les yeux de ses collègues divers passages extraits de ses livres et des rapports de médecins de l'armée, montre que les coefficients mortuaires de M. Glénard ont beau être la déduction rigoureusement exacte de certains nombres authentiques fournis par la statistique militaire, l'analyse des faits démontre que, lors même qu'on n'additionnerait pas la fièvre typhoïde à la fièvre continue, il faut les réduire dans une large mesure, si bien que la proportion de 14 pour 100 à laquelle la commission s'est arrêtée est parfaitement justifiée dans l'espèce. En terminant, M. Colin fait remarquer que, loin de vouloir faire la guerre à la méthode de Brand, il y a fait appel dans son rapport, comme il en a approuvé et encouragé l'emploi au Val-de-Grâce; un grand nombre de médecins militaires la mettent aussi en application. Mais accepter comme point de départ cette situation désespérante et anomale, exceptionnelle de 40,5 sur 100 malades que M. Glénard invoque, c'est préparer le triomphe de tous les systèmes thérapeutiques présents et à venir, c'est opposer aux succès inévitables de la méthode de Brand les succès non moins inévitables, avec de telles comparaisons, de n'importe quelle médication.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. *Jaccoud* vient, à son tour, faire connaître le traitement auquel il soumet uniformément, dit-il, les typhiques depuis seize ans. Ce traitement répond à ces deux indications également constantes: épargner et soutenir dès le début les forces du malade, soustraire une portion de la chaleur produite et en restreindre la formation. Aussi, l'orateur, dès qu'il est certain du diagnostic, alimente le malade à l'aide de bouillon, de vin et surtout de lait à doses fractionnées, s'élevant à 1 ou 2 litres jour; le lait, toujours bien toléré, a aussi l'avantage de maintenir la diurèse à un taux suffisant pour prévenir les accidents spéciaux si souvent déterminés par les rétentions excrémentitielles. Il administre en même temps 30 à 80 grammes d'alcool par jour, suivant les indications avec 3 à 4 grammes d'extrait de quinquina; cette médication est maintenue jusqu'à la cessation définitive de la fièvre. Dès le début aussi, sont faites des lotions froides avec le vinaigre aromatique, quatre en vingt-quatre heures lorsque la température ne dépasse pas 39 degrés centigrades, six lorsque celle-ci atteint 39°,4, huit et dix lorsqu'elle est à 40 degrés centigrades et au delà. Si la fièvre est grave, ce que M. Jaccoud dit reconnaître: 1° à la continuité et à la faiblesse de la rémission matinale normale; 2° à la persistance d'une température vespérale dépassant 40 degrés centigrades; 3° au défaut d'abaissement de la courbe thermique après trois jours consécutifs et 4° à une certaine défaillance du cœur jugée par le pouls et l'examen direct de l'organe, alors il associe au traitement « fondamental » précédent des médicaments antifébriles, en s'efforçant toujours d'obtenir « le maximum prudent d'effet antipyrétique avec le minimum possible de dose »; à cet effet, il donne soit du bromhydrate de quinine, soit de l'acide salicylique, par série de deux jours consécutifs, rarement de trois et s'il est nécessaire d'y revenir, après une attente de deux jours au moins; le premier jour, le malade prend 1gr,50 à 2 grammes de l'un de ces médicaments, le second jour, 50 centigrammes de moins et autant ou même encore 50 centigrammes de moins le troisième jour, s'il y a lieu; ces doses sont toujours prises en totalité en trente minutes, le matin de dix heures à dix heures et demie, si l'on veut agir sur la température du soir; le soir de neuf heures et demie à dix heures, si l'on a en vue celle du matin. M. Jaccoud estime qu'à ces doses ces deux médicaments ont une action antipyrétique sensiblement égale; l'acide salicylique, d'autre part, a l'avantage d'être éliminé par l'urine, de telle sorte qu'il puisse entraîner avec lui les produits azotés retenus pendant les périodes d'ascension de la maladie; il est aussi un antiseptique puissant, mais l'alcoolisme, le développement d'accidents céré-

braux, une faiblesse marquée des pulsations cardiaques, les déterminations rénales de la fièvre, l'intensité des symptômes thoraciques doivent lui faire préférer le sulfate de quinine, lorsqu'on vient à constater ces contre-indications à son emploi. Enfin, dans le cas où se produisent des congestions ou stases sanguines pulmonaires, il est utile d'appliquer 40 à 50 ventouses sèches matin et soir sur les membres inférieurs et à la base de la poitrine. Les résultats que M. Jaccoud a obtenus à l'aide de ce mode de traitement se chiffrent ainsi : depuis seize ans, sur 655 malades traités de cette manière, il n'en a perdu que 71, soit 10,83 décès sur 100; il considère ce résultat comme favorable, car les statistiques qu'il a dressées à diverses époques sur un très grand nombre (jusqu'à 80 149 cas) de fièvres typhoïdes uniquement abandonnées au traitement évacuant, symptomatique et au traitement dit indifférent, lui ont constamment donné un chiffre de 19 pour 100, qu'il regarde en conséquence comme représentant la mortalité naturelle par la fièvre typhoïde.

Ces renseignements une fois donnés sur sa méthode thérapeutique, M. Jaccoud croit de son devoir de protester, comme il l'a déjà fait dans son enseignement à la Faculté de médecine, contre les excès thérapeutiques auxquels on se livre, suivant lui, depuis quelques années, dans le traitement de la fièvre typhoïde. On a d'abord voulu soutenir que la fièvre était toute la maladie et qu'il n'y avait qu'à la combattre sans relâche, sans se préoccuper autrement du malade; c'est là ce qu'il appelle la phase antipyrétique, pendant laquelle on a exagéré les doses de sulfate de quinine jusqu'à en administrer 4 et 5 grammes dans les vingt-quatre heures, dans le but de faire évoluer la fièvre typhoïde sans fièvre. Est ensuite venue la phase parasitaire; sous l'influence des doctrines microbiennes, on n'a plus pensé qu'à la destruction des microbes et on accumule les antiparasitaires concurremment avec les antipyrétiques; que l'on songe à l'action que des agents tels que le sulfate de quinine, l'acide salicylique, l'acide phénique, seuls ou combinés, peuvent avoir sur le cœur, les reins, le cerveau; on vise le microbe, mais on risque de tuer le patient. Ces égarements ne sont d'ailleurs pas nouveaux; ils procèdent de l'esprit de système et rappellent l'époque où, avec Rasori, on sidérait les pneumonies et les pneumoniques avec le tartre stibié et celle où, à la voix de Broussais, on voulait, par les saignées, enlever l'irritation, mais l'on emportait le malade avec elle. Que les médecins se gardent donc bien de suivre avec aveuglement toute application non justifiée de la pathologie animale à la thérapeutique humaine; qu'ils réfléchissent qu'on ne peut atteindre le microbe que par l'intermédiaire de l'organisme qui le porte et que la tolérance de ce dernier est la seule mesure de l'intervention médicale. C'est en s'appuyant sur ces principes qu'ils pourront soustraire les malades aux dangers imprévus de la bourrasque thérapeutique actuelle. (Ces paroles sont accueillies par de très vifs applaudissements.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Correspondance. — Rapports. — Extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel. — Élongation du nerf dentaire inférieur droit par la voie buccale.

La correspondance comprend : 1° *Traité des maladies du rectum*, de Curling, traduit sur la 4e édition par le docteur Henri Bergeron;

2° *Traitement du goitre vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire*, par Henry Henrot;

3° *Observation de myxœdème avec autopsie; hypertrophie des cordons du grand sympathique*, par Henry Henrot.

— M. *Terrier* lit un rapport sur un travail de M. Chavernac (d'Aix) : extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de M. Longuet : élongation du nerf dentaire inférieur droit par la voie buccale pour un cas de névralgie rebelle : amélioration.

Un homme de quarante et un ans entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges pour une névralgie du nerf dentaire inférieur droit datant de quatre ans. Tous les traitements avaient été impuissants. Le malade ne dormait plus. Le 4 juillet 1882, M. Longuet fit l'élongation par la voie buccale; section de la muqueuse et des fibres du muscle buccinateur; l'épine de Spix est reconnue. Le nerf est chargé sur des ciseaux fermés, et on exerce des tractions; le malade déclare ne plus souffrir. La muqueuse de la gencive et du plancher buccal, à droite, est privée de sensibilité. Mais la guérison fut de courte durée; au bout d'un mois, la névralgie avait reparu.

L'élongation a-t-elle été pratiquée? La seule preuve de l'élongation, c'est l'anesthésie après l'opération au niveau de la muqueuse et du plancher buccal à droite. Mais il eût mieux valu mettre le nerf à nu et le charger sur un crochet. La méthode buccale est difficile; M. Polaillon préfère trépaner la face externe du maxillaire inférieur. M. Chauvel conseille d'inciser sur le bord postérieur de la branche montante pour arriver sur le nerf.

M. *Berger*. En incisant sur le bord postérieur de la mâchoire, on s'expose à des fistules parotidiennes et à blesser les branches nerveuses cervico-faciales; à priori, ce procédé est dangereux.

M. *Polaillon* a communiqué l'an dernier un fait d'élongation par le procédé de Warren (trépanation du maxillaire inférieur). Le malade guérit, mais trois mois après les douleurs avaient reparu. Aussi, chez un autre individu, M. Polaillon fit d'abord l'élongation et ensuite la section, avec arrachement du bout périphérique. Le malade fut soulagé, mais pas complètement débarrassé de ses douleurs.

Quelques mois après, M. Polaillon opéra dans le service de M. Labbé une femme qui souffrait beaucoup; le trépan appliqué sur la branche montante du maxillaire, coupa le nerf, ce qui rendit l'opération difficile.

M. *Théophile Anger* a fait, il y a deux ans, l'élongation du nerf dentaire inférieur droit chez un malade qui mourut plus tard d'un cancer. Le nerf dentaire était le siège d'une vascularisation anormale, il était atteint de névrite, et une opération, en pareil cas, ne peut donner un bon résultat.

M. *Léon Labbé*. La malade opérée par M. Polaillon avait une névralgie insupportable; elle a été opérée en mai 1882, et le résultat est encore satisfaisant.

M. *Charles Monod* a fait une fois l'opération de Warren; le malade a été soulagé immédiatement. Il avait pratiqué une forte élongation.

M. Monod a assisté M. Terrillon dans une opération par la voie buccale; l'artère dentaire inférieure déchirée donna une hémorrhagie grave, et il fallut lier l'artère carotide externe. M. Monod donne la préférence à l'opération de Warren.

M. *Marc Sée* préfère le procédé de Sonnenburg, c'est-à-dire l'incision le long du bord postérieur du maxillaire. Il préfère l'élongation à la section ou à l'excision du nerf.

M. *Farabeuf*. Il est prudent d'enlever peu à peu, avec le trépan, la rondelle osseuse pour ne pas couper le nerf. Si l'on emploie le procédé de Sonnenburg, on doit être gêné par le ligament sphéno-maxillaire, qui s'étend sur la face interne de la branche du maxillaire. En outre, on rencontre de nombreuses veines, et on s'expose à blesser les circonvolutions de l'artère maxillaire interne. Enfin, que deviennent les muscles dans cette opération?

M. *Polaillon*. Le masséter n'est pas coupé transversale-

ment, il est décollé en partie. On nourrit le malade, pendant quelque temps, avec des aliments liquides ou demi-solides.

M. *Chauvel* est partisan de l'élongation. Avec le petit nombre de faits que nous possédons, on ne peut pas juger définitivement les procédés opératoires; mais le procédé de Warren, dès maintenant, paraît plus facile, et permet de mieux atteindre le nerf.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Correspondance. — Sur la taille hypogastrique. — Sur la réduction des luxations irréductibles de la hanche par la méthode sanglante.

M. *Gayet* (de Lyon) offre à la Société une collection de photographies représentant des maladies oculaires.

— M. *le Président* annonce la mort du professeur Sédillot, membre correspondant de la Société de chirurgie depuis 1852.

— M. *Charles Monod* fait une communication sur la taille hypogastrique. Les observations récentes sont peu nombreuses encore, aussi M. Monod va en analyser trois qui lui sont personnelles; il a renoncé à la suture de la vessie, et a employé le ballonnement rectal. Un des trois opérés a succombé.

Le premier malade, âgé de cinquante-six ans, avait subi la lithotritie à dix-sept ans, et jusqu'à quarante ans il n'avait plus souffert. Il entra dans le service de M. Guyon en 1882, avec tous les signes d'un calcul volumineux dans la vessie. La taille sus-pubienne fut décidée, avec dilatation préalable du rectum par le ballon de caoutchouc. La pierre était enclavée dans une loge. M. Monod dilata l'orifice de cette loge avec le doigt, et essaya sans succès d'extraire la pierre; il dut la broyer sur place et extraire péniblement les fragments. Toute la surface interne de la vessie était incrustée d'une boue calcaire; lavages avec une solution d'acide borique. L'opération dura une heure. Les suites furent simples. Guérison au bout de deux mois.

La lithotritie était impossible à cause de l'enchatonnement de la pierre; avec la taille périnéale l'opération eût été plus pénible. Avec la taille hypogastrique, les explorations et les extractions ont pu être renouvelées sans danger pour le patient.

M. Monod fut appelé à Sainte-Périne près d'un homme de soixante et un ans qui avait les signes fonctionnels de la pierre depuis un an. Il existait un rétrécissement de l'urèthre; la dilatation progressive du canal fut mal supportée. M. Monod décida la taille hypogastrique. Réplétion de la vessie; ballonnement rectal. Extraction d'un calcul de moyenne grosseur. Tout se passa simplement. Cependant le malade s'affaiblit peu à peu; les urines devinrent rares, et l'opéré mourut le soir du quatrième jour après l'opération.

L'autopsie montra que les reins étaient atteints de néphrite interstitielle. Pas d'infiltration d'urine. L'opération n'a été pour rien dans cette fin rapide.

Le troisième malade avait vingt-huit ans; la pierre, très dure, datait de l'enfance. La taille hypogastrique étant décidée, le malade fut endormi; une sonde est passée dans l'urèthre, et on injecte une solution d'acide borique à 4 pour 100; aussitôt injecté, le liquide était repoussé au dehors; pendant une injection, la saillie viscérale disparut tout à coup; la vessie était rompue. M. Monod commença cependant l'opération; le péritoine descendait jusqu'au pubis; la vessie était bien rompue. Le péritoine fut décollé et refoulé; la vessie fut ponctionnée sur le bec de la sonde, et le liquide s'écoula. Le calcul (4 centimètres sur 3 centimètres) fut enlevé facilement; il était formé d'oxalate de chaux.

Le soir de l'opération, pas de fièvre; le dixième jour, on supprima les drains dans la vessie, laissant une sonde dans l'urèthre. Le malade quitta l'hôpital guéri au bout de trois mois. Certaines vessies supportent mal la distension; il ne faut pas injecter plus de 350 grammes.

En résumé, la taille hypogastrique est une bonne opération. Depuis que le procédé de Peterson a été introduit en France, M. Périer a eu 3 guérisons sur 4 opérations; M. Le Dentu, 1 opéré, 1 guérison; M. Guyon, 8 opérations, 3 morts; M. Monod, 3 opérations, 1 mort.

M. *Verneuil* ajoute un fait à cette statistique. Avec M. Théophile Anger, il a pratiqué une opération qui a été suivie de succès. Le malade avait eu une double hernie inguinale très volumineuse. M. Broussin pensait qu'en pareil cas le cul-de-sac péritonéal était maintenant plus bas et qu'il était plus difficile de le relever; ici, cela fut facile.

Le malade avait soixante ans, et il était atteint de néphrite. Vessie très irritable; chaque exploration était suivie d'un accès de fièvre. Le volume du calcul n'était pas très considérable; cependant M. Verneuil décida la taille. La prostate était haute et volumineuse, d'où la probabilité d'une hémorrhagie ou d'une prostatite si l'on faisait la taille périnéale. M. Verneuil songea donc à la taille hypogastrique, et avec l'aide de M. Anger il opéra avec le thermo-cautère. Le malade guérit.

M. *Théophile Anger* a fait trois fois la taille hypogastrique au moyen du thermo-cautère. Un homme de soixante-quinze ans entre à l'hôpital Tenon avec une pierre que le lithotriteur ne peut briser. Pour soulever la vessie et l'appliquer contre la paroi antérieure de l'abdomen, M. Anger employa un instrument spécial, un cathéter à chaînons se recourbant pour faire saillir la paroi antérieure de la vessie.

Une autre opération fut faite à Cochin sur un homme qui avait la pierre depuis son enfance. M. Anger choisit la taille hypogastrique, parce que la prostate était très volumineuse Quand la prostate est petite, il y a avantage à faire la taille périnéale. L'opéré avait trente-six ans; les urines étaient purulentes, la vessie très petite et très irritable. Il mourut de péritonite cinq jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva un abcès des reins qui s'était ouvert dans le péritoine.

M. Anger avait eu un insuccès dans la taille périnéale avec le thermo-cautère; le malade avait une grosse prostate. Malgré l'emploi du thermo-cautère, il s'était déclaré une hémorrhagie considérable au moment de l'extraction des trois calculs. Quelques jours après, le malade était mort d'épuisement.

M. *Tillaux* a fait des expériences sur le cadavre à propos de la rupture de la vessie; il injectait le liquide par l'uretère. Quand le trop plein ne s'écoulait pas par l'urèthre, la vessie se rompait. La rupture se produit sur les parties latérales en dehors du péritoine.

M. *Verneuil*. Dans une lithotritie, chez un malade qui avait une vessie peu spacieuse, et qui avait déjà subi deux séances, M. Verneuil injecta 125 grammes de liquide; à la fin de l'injection, le liquide entrait trop facilement; la seringue fut retirée; il ne sortit ni liquide ni sang par la sonde. Le malade mourut trois jours après avec les signes de péritonite pelvienne. Si pareil accident arrivait encore dans la lithotritie, y aurait-il lieu de faire immédiatement la taille? C'est une question à étudier.

M *Charles Monod* dit que, chez son malade, la rupture de la vessie était, en effet, extra-péritonéale. En injectant 300 à 350 grammes de liquide dans la vessie, et en employant le ballon rectal, on peut faire en toute sécurité la taille hypogastrique. Il faut éviter de décoller le tissu cellulaire situé derrière le pubis pour éviter les phlegmons suppurés et gangreneux qui entraînent la mort. Le ballon rectal poussant la vessie en avant dispense de disséquer ce tissu cellulaire.

Les grosses prostates sont le danger des tailles périnéales; presque toujours, à un âge avancé, on trouvera une grosse prostate. M. Guyon est en voie d'abandonner la taille périnéale pour la taille hypogastrique, qui lui donne de meil-

leurs résultats, et qui permet d'explorer la vessie sans causer de dégâts.

M. *Marc Sée* fait une réserve pour les enfants; chez eux la taille périnéale doit être préférée.

M. *Chauvel* voudrait une statistique comparative des tailles hypogastrique et périnéale, faites dans les mêmes conditions.

M. *Charles Monod* fera cette statistique; mais vu le petit nombre d'opérations sus-pubiennes, il vaut mieux attendre pour avoir une statistique convenable.

— M. *Polaillon* lit un travail sur la réduction des luxations irréductibles de la hanche par la méthode sanglante.

Avant M. Polaillon, Volkmann et Mac Cormack ont tenté des opérations pour la réduction de ces luxations. Le malade de Volkmann, âgé de cinquante et un ans, fut blessé dans un éboulement de terrain; porté chez lui, il resta couché pendant quatre semaines. Deux mois après l'accident, on le porta à la clinique où on fit des tentatives de réduction avec chloroforme. La luxation qui était périnéale devenait iliaque, et réciproquement. L'extension continue ne donna rien. Opération le 15 mars 1876. Incision des parties molles sur la tête fémorale située dans la fosse iliaque; section des muscles trochantériens; impossibilité de réduire. Une couche musculaire très adhérente masquait la cavité cotyloïde. Résection de la tête du fémur, pansement de Lister, guérison. Le 5 février 1877, le malade marchait, raccourcissement de 4 centimètres.

L'opération de Mac Cormack est de 1878; homme de dix-neuf ans, qui tomba en 1876 sur le pont d'un navire. Luxation de la hanche qu'on ne put réduire même avec le secours du chloroforme. La ténotomie des muscles ne donna rien non plus.

Mac Cormack diagnostiqua une luxation ovalaire, et le 5 juin 1878, il fit l'opération. Incision en Y : une des branches partant de l'épine iliaque antérieure, l'autre de l'épine postérieure, la grande branche étant dirigée vers la tête fémorale. La cavité cotyloïde était presque oblitérée; résection de la tête fémorale, guérison.

Voici le fait de M. Polaillon. Un homme de quarante-six ans entra le 1er novembre 1882 à la Pitié, salle Broca, n° 2. Constitution débile. La veille, il était tombé de voiture sur la hanche gauche; il avait pu se relever. La cuisse est dans l'adduction et la rotation en dedans. La fesse gauche est large et saillante, c'est une luxation iliaque. Le 2 novembre, le malade est endormi; dans les tentatives de réduction, la luxation est transformée en ovalaire et réciproquement, mais elle demeure irréductible. La luxation fut laissée en variété ovalaire.

Le 7 novembre, nouvelle chloroformisation; application de l'appareil de Jarvis. La traction est portée à 180 kilogrammes sans résultat. Le 12, M. Hennequin appliqua son procédé le malade étant endormi, il n'obtint rien. Le chloroforme ne put en ces diverses séances amener la résolution musculaire complète; le sujet était alcoolique. Traitement par le bromure de potassium. Le 20 novembre, on fit encore une tentative infructueuse. La luxation fut laissée en variété ovalaire.

Le 16 décembre, opération avec toutes les précautions antiseptiques. On arrive sur l'articulation coxo-fémorale; section de la couche fibreuse représentant la partie antérieure de la capsule. Section des muscles qui s'insèrent au grand trochanter. La tête et le col sont isolés des parties molles. On fait rentrer la tête dans la cavité cotyloïde. Section métallique; pansement de Lister.

Le 18 décembre on change le pansement, des gaz s'échappent de la plaie, les tissus ont un aspect grisâtre et une odeur fétide, lotions phéniquées. Le malade meurt le 20 décembre.

A l'autopsie, foie et cœur gras; dans la plaie les tissus sont gangrenés et infiltrés de gaz. Le grand trochanter est presque détaché du fémur. Le bourrelet cotyloïdien est intact, la capsule est complètement déchirée ou sectionnée.

Quelle était la cause de l'irréductibilité par les procédés ordinaires? Ce n'est pas la contraction musculaire seule qui en est cause, car les muscles étaient affaiblis et la luxation pouvait se transformer. L'obstacle résidait dans l'intégrité du ligament de Bertin, de la partie antérieure de la capsule.

Pourquoi le malade est-il mort? Il a succombé à une gangrène gazeuse, complication qu'on observe souvent chez les alcooliques.

Dans un cas analogue, que faut-il faire? M. Polaillon conseille d'arriver directement sur l'articulation par une incision allant de l'épine iliaque antérieure et inférieure vers l'axe de la cuisse; on arrivera sur la partie supérieure et antérieure de la capsule pour détruire le ligament de Bertin.

M. *Tillaux* dit que les luxations qui se transforment en ovalaires sont les luxations ischiatiques et réciproquement. Pour réduire, il faut exercer une traction sur la cuisse. M. Tillaux met en doute l'irréductibilité d'une luxation récente de la hanche.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Etat du plexus solaire dans la fièvre typhoïde : M. Leven. — Source électrique par différence de pression des liquides : M. d'Arsonval. — Effets de l'élongation des nerfs sur la température : M. Redard. — Action excitante de l'alcool sur le cerveau : M. Couty. — Effets de l'électricité sur l'utérus : M. Onimus. — Cerveau des balénoptères : M. Beauregard. — Anus de Rusconi chez les batraciens : M. Mathias Duval.

M. *Leven* se propose de montrer par des faits tirés de sa pratique que « la fièvre typhoïde a moins de gravité si l'on n'excite pas le système nerveux abdominal par des purgatifs, — que les symptômes abdominaux (diarrhée, etc.) sont le fait de la thérapeutique plus que de la maladie, — et que la douleur de la fosse iliaque, que l'on a signalée comme caractéristique, semble avoir été confondue avec l'hyperesthésie des parois abdominales, suscitée par l'excitation du ganglion nerveux droit (plexus solaire).

— M. *d'Arsonval* a été amené, par la théorie de la réversibilité des phénomènes électriques, à rechercher si l'écoulement d'un liquide dans un tube n'entraînerait pas la production d'une force électro-motrice par le fait seul des différences de pression en des points successifs. Il a obtenu la démonstration galvanométrique ou mieux électrométrique de la force électro-motrice soupçonnée, en établissant un courant de liquide d'un vase poreux dans un réservoir extérieur sous des pressions variables. La valeur de la différence des potentiels indiquée par l'électromètre correspond, dans ce cas, à la différence des pressions intérieure et extérieure au vase poreux. L'auteur pense, sans avoir fait d'expériences directes, que cette source d'électricité se rencontre chez les animaux.

— M. *Redard*, étudiant avec ses appareils thermo-électriques les effets de l'élongation des nerfs sur la température périphérique, est arrivé aux conclusions suivantes : immédiatement après l'élongation du sciatique, la température du membre opéré s'abaisse assez notablement (1 à 2 degrés); du côté opposé sain, la température s'abaisse aussi, quoique à un moindre degré. L'abaissement de la température du côté opéré est persistant (deux, trois mois); il disparaît du côté sain au bout de deux à trois jours. Cet abaissement dans le côté opéré peut s'exagérer quand il survient des troubles trophiques et de l'atrophie dans le membre; au contraire, une élévation de température apparaît quand la plaie faite pour l'opération s'enflamme et suppure.

— M. *Laborde* répond à une note de M. Bochefontaine qui n'a pas été insérée dans le compte rendu de la précédente séance, et qui est relative à la discussion actuellement pendante sur l'action de la quinine. Il s'agit ici surtout d'une question de personnes. Nous renvoyons donc pour les détails aux comptes rendus de la Société, en attendant que M. Laborde présente les résultats de ses nouvelles recherches, ce qu'il doit faire prochainement.

— M. *Conty* adresse de Rio-Janeiro une note relative à l'action de l'alcool sur l'excitabilité du cerveau: l'auteur a pour but d'opposer les faits qu'il a constatés aux conclusions émises récemment par M. Danillo. La conclusion des expériences qu'il a commencées et qu'il déclare devoir poursuivre avec plus de précision, est que « l'alcool aux doses où l'homme le consomme augmente légèrement les phénomènes d'excitabilité corticale », fait assez généralement admis, du reste.

— M. *Onimus*, à propos des communications de M. Dembô, insiste sur les conclusions qu'il a présentées déjà à l'Académie de médecine, et qui sont les suivantes : chez la femme, l'utérus, en dehors de la gestation, n'est guère contractile sous l'influence des courants électriques ou d'autres agents; à l'état gravide, il peut devenir plus excitable, mais bien difficilement; les courants électriques n'ont guère d'action que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques ont commencé. L'exposé détaillé des recherches de M. Onimus devant être prochainement inséré dans la *Gazette*, nous nous contentons ici de cette simple mention.

— M. *Beauregard* a eu l'occasion d'étudier des cerveaux de balénoptères (*Balænoptera Sibbaldi*), rapportés de Laponie par M. Pouchet. Ses recherches ont porté surtout sur l'appareil central de l'olfaction et sur les circonvolutions. Sur les balénoptères, le grand lobe limbique en forme de raquette décrit par Broca, apparaît avec une netteté remarquable : le lobe du corps calleux, le lobe de l'hippocampe et le lobe olfactif sont en continuité parfaite, et la relation est clairement établie par les racines du pédoncule olfactif entre les parties inférieure et supérieure de ce lobe. La grande scissure limbique qui contourne et limite toute cette partie centrale est continue dans toute la région fronto-pariétale. Quant aux circonvolutions du manteau, elles sont remarquables par leur trajet presque rectiligne; elles ne présentent que quelques plis d'anastomoses, mais pas de plis transverses. Seul, le lobe frontal est limité en avant par une scissure oblique profonde (scissure de Rolando), limitée par deux circonvolutions à direction transversale répondant aux plis pré- et post-rolandiques des autres mammifères.

— M. *Mathias Duval* a pu suivre sur des œufs d'axolotl les diverses phases d'évolution qui permettent d'établir une homologie complète entre l'anus de Rusconi des batraciens et la ligne primitive des oiseaux. Il faut noter, en outre, ce phénomène essentiel au point de vue de l'embryologie comparée des vertébrés et des invertébrés, que l'anus de Rusconi représente, par une de ses parties, l'anus définitif des vertébrés, et qu'il est formé, bien avant qu'il n'existe aucun orifice ni même aucune dépression buccale à l'autre extrémité de l'embryon.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Méthode calorimétrique: M. d'Arsonval. — Action du champ magnétique sur les phénomènes chimiques : M. d'Arsonval. — Effets inhibitoires sur le cerveau et dynamogéniques sur la moelle de la piqûre du bulbe : M. Brown-Séquard. — Modifications des fibromes utérins par la grossesse: M. Doléris. — Monstres otocéphaliens; origine embryonnaire de la langue: MM. Duval et Hervé.— Action des sels de soude: M. Bochefontaine.

M. *d'Arsonval* expose un nouveau procédé pour la détermination des quantités de chaleur dégagées soit par une action chimique organique, soit par un phénomène de combustion inorganique.

Le principe de cette méthode est le suivant : la volatilisation d'une certaine quantité d'eau produite par l'échauffement de cette eau quand un phénomène de combustion se manifeste dans le vase qui la renferme, entraîne une perte de poids déterminé; cette perte de poids est proportionnelle, d'autre part, à la quantité de chaleur dégagée par le corps en combustion; d'où l'on peut tirer indirectement la notion des calories dégagées par ce corps. — Quant au dispositif de l'expérience, il suffit de dire ici que le vase qui renferme l'eau soumise à la volatilisation est maintenu dans un milieu à 100 degrés, saturé de vapeur d'eau, et qu'il est suspendu à l'extrémité du fléau d'une balance exactement équilibrée.

M. d'Arsonval indique une disposition qui pourrait permettre de mesurer la chaleur dégagée par une surface quelconque du corps et qui est fondée sur le principe de la volatilisation de l'éther avec condensation des vapeurs: la quantité de vapeur condensée correspondrait, sous certaines condition de pression et de température ambiante, à la quantité de calories dégagées.

— M. *d'Arsonval* fait une seconde communication sur l'influence qu'exerce le champ magnétique sur un certain nombre de phénomènes chimiques organiques.

Il avait vu que l'écoulement d'un liquide dans un tube est retardé par l'action du champ magnétique; la même influence a été constatée pour du sang défibriné s'écoulant sous pression constante par un tube de verre. De même la fermentation provoquée par la levure de bière se fait beaucoup moins activement entre les pôles d'un aimant puissant qu'à l'air libre.

Il en est encore ainsi des phénomènes de putréfaction d'un liquide comme l'urine, le lait. L'influence retardatrice du champ magnétique se retrouve quand on place entre les pôles de l'aimant une solution de cyanoferrure de potassium dans laquelle on verse du lactate de fer : la réaction bleue, n'apparaît pas tant que les courants magnétiques enveloppent la solution; dès qu'on fait cesser l'action magnétique en ouvrant le courant qui agit sur le fer doux, la coloration de bleu de Prusse se produit.

M. *Dastre* rappelle, à propos de cette expérience, les tentatives du même genre déjà faites depuis longtemps et signale spécialement les recherches qu'il poursuit avec M. P. Bert sur les modifications fonctionnelles qui surviennent dans un tissu vivant, nerf, muscle, etc., quand on le soumet à l'action du champ magnétique.

— M. *Doléris* lit une note sur les modifications que subit le tissu des fibromes utérins pendant la grossesse et insiste particulièrement sur l'augmentation numérique des faisceaux musculaires qui se produit alors dans les fibro-myomes.

— M. *Brown-Séquard* revient aujourd'hui sur les phénomènes de la « *mort sans agonie* » qu'il a étudiés autrefois et qui résultent de la piqûre du bec du *calamus scriptorius*, faite dans certaines conditions. Il désigne aujourd'hui ce genre de mort sous le nom de « *mort par arrêt des échanges entre les tissus et le sang* ». Le sang devient rouge dans les veines, le cœur continue un certain temps ses mouvements, la respiration étant suspendue : ce n'est évidemment pas de phénomènes asphyxiques qu'il s'agit. On constate une opposition remarquable entre l'état du cerveau fonctionnellement supprimé, et celui de la moelle et des tissus dont l'activité est considérablement accrue. M. Brown-Séquard s'était demandé si la suppression de l'activité cérébrale résulte d'un spasme vasculaire réflexe entraînant, avec l'anémie encéphalique, la perte des fonctions nerveuses. Mais les effets persistant malgré la double section préalable du sympathique cervical et ne se produisant pas quand on excite le segment cé-

phalique de ces deux conducteurs nerveux, il fallait renoncer à cette hypothèse. Le fait dont il s'agit rentre dans la série des actions inhibitoires, produites à distance par une lésion nerveuse.

Par opposition à cet état du cerveau inhibé, on voit se produire dans la moelle les phénomènes étudiés par l'auteur sous le nom d'actes *dynamogéniques*. La même lésion, la piqûre du bec du calamus, produit donc deux effets inverses, cérébral et médullaire, l'inhibition d'une part, la dynamogénie de l'autre. C'est du reste à des influences inhibitoires du même ordre que se rattache la perte de connaissance dans un grand nombre d'affections cérébrales qu'on considère en général comme produisant la syncope par l'augmentation de la pression intracrânienne qu'elles déterminent.

— MM. *Mathias Duval* et *Hervé*, ayant eu l'occasion d'étudier deux monstres *otocéphaliens*, ont pu tirer de cet examen plusieurs notions embryologiques importantes. Nous signalerons les suivantes: 1° l'arrière-cavité des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx proviennent de deux formations bien différentes chez l'embryon : tout ce qui est en arrière d'un plan vertical passant par les pavillons tubaires provient de l'intestin antérieur; tout ce qui est en avant de ce plan provient de la fosse buccale ; 2° la langue sur l'origine de laquelle discutent les embryologistes (Reichert, Dursy) provient des arcs branchiaux par un bourgeon impair, ce qui confirme la manière de voir de Dursy.

— M. *Bochefontaine* adresse une note sur les effets physiologiques de la soude et de ses sels. (Ce travail n'a pas été lu à la Société; il sera inséré dans les *Comptes rendus*.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Le passé, le présent et l'avenir du magnétisme animal, par le docteur H. Desplats, professeur à la Faculté catholique de Lille. Broch. in-8°. (Extrait de la *Revue des questions scientifiques*, juillet 1882.)

Sans partager de tous points les opinions de l'auteur, et tout en maintenant que, pour nombre de faits allégués aujourd'hui en faveur du magnétisme et du somnambulisme, l'observation n'a pas été dirigée par un esprit de critique suffisamment sévère, — et l'on est en droit, en pareille matière, d'ajouter : suffisamment défiant — nous rendrons justice à l'impartialité de l'historique que nous avons sous les yeux. L'auteur admet que certains sujets, malades ou en pleine santé, peuvent être, par divers procédés, plongés dans la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme, et que la sensibilité peut être rendue « si exquise qu'elle lui donne l'apparence et *peut-être la réalité* de ce que les magnétiseurs appellent la lucidité ».

Travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde pendant l'année 1881. — Bordeaux, imprimerie Lanefranque.

M. Martin-Barbet, secrétaire général du Conseil, a raison de le dire dans son rapport au préfet, le Conseil d'hygiène de la Gironde est de ceux qui remplissent leur mission avec activité et dévouement; et le rapporteur de la commission du Comité consultatif d'hygiène de France sur les travaux des conseils départementaux lui a rendu, à cet égard, un précieux témoignage. Quatre-vingt-deux affaires lui ont été soumises pendant l'année 1881, dont 10 concernent les établissements de première classe, 34 ceux de deuxième classe, 24 ceux de troisième classe; et 15 les questions générales d'hygiène. Tous ces rapports, faits avec soin, sont reproduits dans le présent volume, qui comprend près de 350 pages in-8°.

VARIÉTÉS

Les obsèques du professeur Sédillot.

Vendredi dernier ont eu lieu au cimetière Montparnasse les obsèques de l'illustre savant dont nous avons annoncé la mort. Des députations de l'Institut, de l'Académie de médecine et de l'École du Val-de-Grâce; le doyen de la Faculté de Nancy et M. le docteur Gross, professeur de la même Faculté, étaient venus rendre un dernier hommage à la mémoire de Sédillot. Au bord de sa tombe, M. Gosselin a dit, au nom de l'Institut, tous les regrets qu'inspire la mort de son éminent collègue. Cet adieu si éloquent et si autorisé adressé à l'un des savants les plus dignes du respect de tous, par celui qui représente si dignement à l'Institut la chirurgie française, a été écouté avec la plus vive émotion par tous les assistants. M. le baron Larrey, ami personnel du défunt, est venu ensuite, en l'absence d'un délégué officiel de l'Académie de médecine, retracer la vie si laborieuse et si bien remplie de son ancien camarade. Puis, on a écouté, avec la plus respectueuse déférence, le beau discours prononcé au nom de la Faculté de Nancy, par son vénérable doyen, M. Tourdes, qui, pendant près de trente années, avait été le collègue, l'ami, l'émule de Sédillot et à qui il appartenait de rendre hommage à ses travaux scientifiques et de rappeler ses services universitaires. Enfin, au nom des anciens élèves de l'École de médecine militaire de Strasbourg, M. le docteur Lereboullet a exprimé à son cher et vénéré maître tous les sentiments de reconnaissance et de respect que gardent à sa mémoire ceux qui l'ont connu. On n'a pas été peu surpris du silence gardé devant cette tombe par les membres du Comité de santé, absents d'ailleurs pour la plupart, ainsi que par les représentants officiels de la médecine militaire. Il en est cependant parmi eux qui doivent beaucoup à Sédillot. On eût été heureux de les voir honorer à leur tour l'un des plus illustres médecins de l'armée, le revendiquer hautement comme un des leurs, et, en s'associant aux délégués de l'Institut et de l'Université pour louer sa mémoire, rehausser ainsi le prestige du corps auquel ils appartiennent.

Distinction honorifique. — Nous avons le plaisir d'annoncer que notre éminent ami et ancien collaborateur, M. le professeur Charcot, vient d'être nommé membre honoraire de l'Académie royale de Dublin, *the Royal Irish Academy* (qui correspond en Irlande à la *Royal Society* de Londres), sur la proposition de M. Sigerson. Il occupera le fauteuil vacant par la mort de Darwin.

Concours de l'agrégation. — Le dépôt des thèses a été fait le lundi 5 février. L'argumentation a commencé le 8 et sera terminée le 16 février.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchardat est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, dans le service des examens, par M. Proust, agrégé libre. M. Vassaux, ancien moniteur d'histologie, est nommé chef-adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Desfosses, démissionnaire.

École de médecine et de pharmacie d'Arras. — Par décret rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, la section permanente du conseil supérieur entendu, le droit de délivrer des inscriptions et de faire subir des examens est provisoirement retiré à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. Les examens seront subis devant la Faculté de médecine de Lille ou devant l'École préparatoire d'Amiens.

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras étant actuellement « hors d'état de donner l'enseignement, tel qu'il est déterminé par les décrets et règlements, » vient d'être supprimée.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour le majorat de l'Antiquaille (de Lyon) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Augagneur.

Société centrale des médecins. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu dimanche 11 février, à 2 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Fallot (Etienne-Louis-Arthur), docteur en médecine, est institué, pour une période de dix ans, suppléant des chaires de médecine, en remplacement de M. Laget, appelé à d'autres fonctions.

L'inspectorat des eaux minérales devant le Sénat. — Le Sénat, dans un moment où les bancs étaient vides, a mis en délibération, comme une sorte de hors-d'œuvre, le projet de loi sur l'inspectorat des eaux minérales.

Sur l'article 1er, qui supprime le droit du médecin inspecteur à des émoluments quelconques, M. Camparan a proposé la suppression des médecins inspecteurs eux-mêmes, ce qui lui semblait une conséquence logique de l'article 1er de la loi; de plus, il a soutenu que les fonctions d'inspecteur constituaient un privilège et ne rendaient aucun service. Le rapporteur de la Commission, M. Parent, s'est placé, pour combattre l'amendement de M. Camparan, sur le terrain purement financier et administratif. M. Dupré, sénateur des Hautes-Pyrénées, est intervenu dans le débat pour demander au ministre du commerce s'il tiendrait l'engagement pris par son prédécesseur d'apporter une loi de réforme d'ensemble pour les eaux thermales.

M. Pierre Legrand a promis de présenter bientôt un projet de loi qui changera la législation actuelle. En attendant il a prié le Sénat de repousser l'amendement de M. Camparan.

L'amendement a été rejeté et le projet de loi est adopté en première délibération. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Service de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 8 janvier 1883, et par assimilation par ce qui est fait pour MM. les intendants militaires de corps d'armée (circulaire ministérielle du 24 mars 1881, p. 7), deux plantons à pied seront mis à la disposition de MM. les médecins principaux, directeurs du service de santé des régions militaires, pour le service de leurs bureaux. Ces plantons seront pris dans les villes où se trouvent des détachements d'infirmiers militaires, parmi ces militaires; et, dans les villes n'ayant pas d'hôpitaux militaires, ils seront fournis par les sections d'ouvriers d'administration. Ces plantons seront relevés dans les conditions déterminées par la circulaire précitée du 24 mars 1881.

Service de santé militaire. — *Témoignages de satisfaction.* — Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871, et sur la proposition du comité consultatif de santé, le ministre de la guerre a arrêté que les noms des médecins et pharmaciens militaires, ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques manuscrits en 1882, seront insérés, à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Journal officiel* de la République française. Voici les noms des auteurs désignés par des travaux dont l'indication serait trop longue: MM. Amat (Léon-Charles), Amat (Louis-Eugène), Annequin, Beltz, Bernard (Désiré), Boucher (Léon-Jean-Baptiste), Bouillard, Bouvier, Calmette, Chavasse, Cuignet, Delmas (Louis-Basile), Derazey, Dorez, Doubre, Dubujadoux, Eude, Forgues, Fournié, Geschwind, Hublé, Jacob, Longet, Maratray, Morer, Moty, Paoli, Pineau, Poché, Pommay, Rizet, Roullay, Scoutetten, Sifflet, Soulbieu, Tachard, Tarneau, Tibal, Van Merris, Weber.

Hospice des enfants assistés. — Le dimanche 25 février à dix heures, M. le professeur Parrot commencera à l'hospice des enfants assistés, une série de leçons sur l'*alimentation des enfants du premier âge*, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Nécrologie. — M. Montes de Oca, professeur de clinique chirurgicale et membre de l'Académie des sciences médicales, vient de mourir à l'âge de cinquante ans à Buenos-Ayres; il avait été ministre des affaires étrangères de la république Argentine, et avait d'abord occupé les chaires d'anatomie et de physiologie. Il fut un des organisateurs de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, y introduisit la méthode antiseptique de Lister et fit connaître quelques procédés opératoires nouveaux.

On annonce la mort de M. le docteur Gardelle, de Montauban, de MM. Luigi Concato, Guiseppe Lazaretti, auteur d'un traité de médecine légale, Ziliotto Pietro, M. le docteur Léonce Klotz (de Bordeaux, et de M. le docteur Rolland (de Sens), praticien distingué, qui a succombé à l'âge de soixante-treize ans, entouré de l'estime générale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fusier (de Millhau) et Marty (de Revel).

Mortalité a Paris (5e semaine, du vendredi 26 janvier au jeudi 1er février 1883). — Population d'après le recensement de 1881: 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1149, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 15. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 239. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 18; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 104; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 11. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 5e semaine. — Il a été notifié cette semaine au service de la statistique, 1253 naissances et 1149 décès. Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne des décès relevés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1117. Mais il reste bien inférieur à la moyenne des naissances, laquelle s'élève, pour la même période, à 1282. A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une légère aggravation pour la variole (15 décès au lieu de 14), la rougeole (17 au lieu de 11), la scarlatine (3 au lieu de 2), et la coqueluche (8 au lieu de 7); une sensible atténuation pour la fièvre typhoïde (45 décès au lieu de 56), la diphthérie (38 au lieu de 42), l'érysipèle (3 au lieu de 8). L'infection puerpérale n'a fait cette semaine aucune victime. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse une aggravation pour la diphtérie (31 admissions pendant la semaine du 22 au 28 janvier, au lieu de 16 pendant les sept jours précédents), et pour la variole (33 au lieu de 15). Mais nous sommes heureux d'avoir à constater que l'épidémie de fièvre typhoïde semble décidément terminée. On a vu plus haut que le nombre des décès typhiques, 45, est en décroissance notable sur celui de la dernière semaine; il ne dépasse pas la mortalité moyenne observée à Paris, du chef de la fièvre typhoïde, en temps de non-épidémie. Ajoutons que les hôpitaux de Paris n'ont reçu, pendant la période sus-indiquée, que 67 personnes atteintes de cette affection: ils en avaient admis 116 pendant la période précédente.

Le moment nous paraît donc venu de dresser le bilan de l'épidémie de fièvre typhoïde. Elle a commencé vers le 4 août 1882. Depuis ce jour jusqu'au 31 janvier dernier, elle n'a pas fait moins de 2137 victimes. Les quartiers les plus éprouvés, au point de vue des nombres absolus des décès, sont les suivants: La Villette, 112 décès; Clignancourt, 91 ; Quinze-Vingts, 91; La Roquette, 85; Porte Saint-Martin, 80; Goutte-d'Or, 68; Saint-Gervais, 67; Ecole Militaire, 61; Combat, 61 ; Grandes Carrières, 54. Les quartiers les moins frappés (en ne considérant toujours que les nombres absolus des décès) se classent de la manière suivante: La Santé, 2 décès; Bel-Air, 3; Gaillon, 4. Petit-Montrouge, Saint-Lambert, Auteuil, Porte Dauphine, chacun 7; Saint-Germain-l'Auxerrois, Vivienne, Champs-Elysées, chacun 8.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TRENTIÈME ANNÉE N° 7 16 FÉVRIER 1883

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 15 février 1883.

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — DES RAPPORTS DE L'INFLAMMATION AVEC LA TUBERCULOSE.—CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Le traitement de la fièvre typhoïde.

La discussion animée qui se continue devant l'Académie sur le traitement de la fièvre typhoïde sera-t-elle fructueuse? On n'en pourrait douter à voir l'empressement des orateurs les plus autorisés à venir faire connaître les résultats de leur pratique. Faut-il s'étonner des divergences d'opinions qui se produisent. Les chances si diverses de la clinique les expliquent jusqu'à un certain point, mais ne tiennent-elles pas, pour une part, à la différence des théories physiologiques que l'on a si souvent produites dans les dernières séances. Et cependant, la physiologie, franchement entrée dans la voie expérimentale, n'a-t-elle pas posé certains principes sur lesquels la clinique pourrait s'appuyer sans trop de contestation? Nous faisons donc appel aux physiologistes de profession, à ceux qui siègent à l'Académie et qui sont les juges tout indiqués en pareille circonstance, pour qu'ils viennent apporter le secours de leur expérience dans cette partie du débat; qu'ils nous disent, par exemple, leur opinion, scientifiquement motivée, sur l'action, comburante ou non, de l'alcool dans l'économie, sur les effets de la chaleur et du refroidissement, par suite sur l'importance de l'hyperthermie, enfin sur le bain froid, systématiquement ou éventuellemet employé. Nous nous réservons, ainsi qu'il a déjà été dit ici, de revenir à la fin de cette discussion sur les divers points traités, et d'en dégager les conclusions, nous pourrions presque dire la morale, qu'elle comportera.

Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose.

La tuberculose est une maladie trop chirurgicale pour qu'aucun de ses problèmes puisse nous rester étranger. M. Hanot vient de présenter, au concours d'agrégation, une thèse remarquable sur « les rapports de l'inflammation avec la tuberculose » et, bien que ce travail soit plutôt du domaine de la médecine, nous allons l'analyser ici, en nous réservant toutefois de choisir, autant que possible, nos exemples dans le champ de la pathologie externe.

I

Ce n'est pas d'hier que le problème est posé. Il y a longtemps déjà qu'on s'est demandé « si la tuberculisation n'est pas une manière de suppurer de certains individus ». Mais c'est au commencement du siècle que la question se précise, comme l'attestent les recherches de Bayle et la discussion célèbre qui s'éleva entre Laënnec et Broussais.

Laënnec tenait pour l'indépendance absolue de la tuberculose qui, pour lui « n'est jamais un produit de l'inflammation ». Il laisse de côté les raisonnements métaphysiques et, se plaçant sur le terrain qui lui est le plus familier, il se demande si, dans le poumon, la pneumonie aiguë ou chronique, le catarrhe des bronches et la pleurésie peuvent engendrer les infiltrations ou les dépôts caséeux. Sur tous ces points la réponse du grand clinicien est négative. N'est-il pas exceptionnel de trouver des tubercules chez les individus qui ont succombé à une fluxion de poitrine? Et si ces tubercules existent, n'est-il pas aisé de constater qu'ils sont antérieurs à l'inflammation qu'ils ont pu provoquer, mais qui, elle, a été sans influence sur leur développement?

Même réponse pour la pleurésie et pour le catarrhe bronchique : un « rhume négligé » pas plus qu'une pleurésie ne dégénère en phthisie. D'abord beaucoup sont tuberculeux sans pleurésie ou catarrhe antérieurs; ensuite beaucoup s'enrhument ou prennent une pleurésie à la moindre variation de l'atmosphère sans devenir tuberculeux; enfin lorsque le catarrhe et la pleurésie d'une part, la tuberculose de l'autre coexistent, pleurésie et catarrhe « sont les premiers symptômes apparents d'une phthisie latente jusqu'alors ».

Les affirmations contraires de Broussais ne sont pas moins catégoriques: mais les preuves qu'il fournit sont peu abondantes. Aussi l'opinion reste perplexe et si la grande autorité de Laënnec semble rallier la masse, surtout après le naufrage de la doc-

trine générale de Broussais, beaucoup hésitent à dénier à « l'irritation » toute influence sur le développement du tubercule. Andral même pense que, dans certains cas, l'inflammation prélude à la tuberculose. Cruveilhier est plus explicite encore et pour lui le nodule « est le produit d'un mode tout particulier d'inflammation ».

Hors de France, l'opinion de Broussais suscite de nouveaux défenseurs. Graves s'élève contre la doctrine absolue de Laënnec : le catarrhe, la pneumonie *a frigore* « ont une influence directe et puissante sur la genèse de la tuberculose... une bronchite commune devient, chez un scrofuleux, le point de départ d'une phthisie ». En 1850, Reinhart essaie de démontrer, dans des recherches restées célèbres, que la tuberculose n'est qu'une inflammation, une véritable pneumonie chronique.

C'est alors que Virchow restreint tout à coup le domaine de la tuberculose. Il rejette la tuberculose en nappe, la tuberculose « infiltrée » de Laënnec. Ces masses dégénérées ne sont, pour lui, que les vestiges d'une inflammation. Le vrai tubercule est la granulation grise qui n'a rien de commun avec les hépatisations caséeuses. Niemeyer accentue encore le dogme de la double origine de la phthisie, l'une de nature inflammatoire, la pneumonie caséeuse, l'autre d'essence tuberculeuse et consécutive à l'ulcération des granulations grises. Une sorte de jugement de Salomon vidait la vieille querelle de Laënnec et de Broussais; il attribuait à l'un la granulation, vierge de toute cause inflammatoire, à l'autre la pneumonie caséeuse, fille légitime de l'ancienne « irritation ».

Cette doctrine fut éphémère. Les travaux de Grancher, de Thaon et de Charcot lui portèrent un coup mortel et, en 1876, il n'en restait plus trace. On tient désormais pour acquis que les infiltrations caséeuses, la granulation grise, le tubercule miliaire ne sont que les formes dérivées d'un même processus, le groupement différent du tissu embryonnaire tuberculeux. Le siège, l'origine et la nature de ce tissu sont identiques dans la tuberculose infiltrée et dans la granulation grise.

Puis on semble, d'autre part, se mettre d'accord pour considérer comme très étroits les rapports de la tuberculose et de l'inflammation. La tuberculose devient une inflammation spécifique qui emprunte ses caractères particuliers tant au terrain sur lequel elle se développe — scrofuleux, cachectiques ou surmenés — qu'à la cause première de son évolution, un parasite dont l'histoire naturelle commence à s'ébaucher. Telle est la voie nouvelle; elle est fort séduisante, mais n'oublions pas que le sol y est encore mobile par place, et que la plus grande prudence est nécessaire.

II

L'histologie nous montre que le développement d'une granulation reproduit les pricipaux phénomènes de l'inflammation expérimentale. On observe d'abord une accumulation de petites cellules rondes, qui provient des leucocytes émigrés et de la prolifération des cellules fixes du tissu; puis des vaisseaux apparaissent dans cet amas embryonnaire par bourgeonnement des capillaires adjacents ou par évolution des éléments vaso-formateurs. Le nodule avec ses cellules jeunes, ses vaisseaux et sa substance intercellulaire ne ressemble-t-il pas alors à un bourgeon charnu vulgaire, dérivé de quelque inflammation banale ?

Là cessent, il est vrai, les ressemblances avec l'inflammation ordinaire et notre inflammation spécifique se particularise d'habitude par sa forme nodulaire, par sa tendance à la caséification, les rapports étroits qu'elle affecte avec les conduits glandulaires et les vaisseaux, enfin, ajoute-t-on, par sa cause qui pourrait bien être la présence d'un microbe. Mais quoique à peu près constants, aucun de ces caractères n'est invariable, sauf toutefois le dernier, malheureusement encore hypothétique, et on peut suivre et noter entre les néoformations tuberculeuses et le tissu embryonnaire de l'inflammation banale tous les intermédiaires et tous les degrés.

Voyons d'abord la forme nodulaire. Elle existe d'habitude, mais ne trouve-t-on pas aussi une zone de jeunes cellules qui s'insinuent dans les tissus voisins? Que cette zone s'étende outre mesure, qu'elle envahisse une région tout entière et nous aurons la tuberculose « infiltrée » confondue par les Allemands avec l'inflammation. En tout cas, il est souvent fort difficile de déterminer où finit la granulation proprement dite et où commence l'irritation périphérique. D'ailleurs n'avons-nous pas souvent des masses plus volumineuses étudiées par Grancher et Charcot et qui présentent, quelle que soit leur grosseur, « les caractères fondamentaux de la granulation isolée, un centre caséeux et une zone périphérique embryonnaire » ?

La tendance à la caséification n'est pas non plus un caractère absolument distinctif. MM. Cornil et Ranvier affirment encore la dégénérescence caséeuse des produits inflammatoires ordinaires. En tout cas on l'observe très nettement dans la syphilis et, ici, la ressemblance est telle entre la gomme et le nodule que certains histologistes proclament l'identité des deux néoplasmes. Quant au groupement des cellules embryonnaires autour des vaisseaux et des conduits des glandes, il est certainement fort remarquable, mais il n'y a là encore rien de décisif puisque le nodule morveux du poumon est aussi péribronchique et périvasculaire.

Donc aucun de ces caractères ne peut, s'il est isolé, entraîner la conviction. Mais dès qu'ils sont réunis, ils imposent le diagnostic. On ne pourrait hésiter qu'entre la tuberculose et la gomme syphilitique. Et encore croyons-nous avoir démontré dans notre *syphilis du testicule*, en nous appuyant sur les recherches de M. Malassez, que l'évolution clinique, le siège exact des amas cellulaires, leurs connexions particulières avec les divers éléments du tissu, permettent, dans la plupart des cas, un diagnostic fort rigoureux.

Cependant l'existence d'un microbe spécial, susceptible de culture hors de l'organisme, et dont les générations successives seraient capables de reproduire la maladie première, devienait le caractère essentiel si la démonstration absolue en était faite. On sait les étapes qu'a parcourues la question : en 1865, Villemin inocule des substances caséeuses à des animaux qui deviennent tuberculeux ; Chauveau reprend les mêmes expériences, mais sur des espèces chez lesquelles la granulation ne se développe pas spontanément. Et comme les adversaires de la nature infectieuse de la tuberculose incriminent le traumatisme pour expliquer le développement des granulations chez les animaux inoculés, le physiologiste lyonnais provoque l'infection par l'absorption intestinale des matières tuberculeuses.

Plus tard, H. Martin, dans ses remarquables recherches, nous montre la différence qui sépare les amas embryonnaires tuberculeux des accumulations analogues que détermine l'inflammation banale. Les uns et les autres provoquent bien, par leur inoculation, l'apparition de nodules identiques en apparence. Seulement les uns, ceux qui dérivent d'une inoculation non tuberculeuse, perdent bientôt toute activité et, inoculés à leur tour, ils ne provoquent dans les tissus qu'une

prolifération presque nulle; les autres, au contraire, ceux qui proviennent d'une inoculation tuberculeuse, conservent indéfiniment leur puissance première. La deuxième, comme la dixième inoculation, reproduira le nodule; le virus infectieux se revivifie intégralement dans chacun des organismes où on le dépose. Il y fait souche. La maladie est spécifique.

Koch est allé plus loin : il a tenté, pour la tuberculose, ce que Pasteur a fait pour le charbon et le choléra des poules, et Bouchard pour la morve. Il a d'abord démontré l'existence d'un élément spécial, d'un bacillus qui foisonne dans les nodules caséeux du poumon, de la rate et du foie des phthisiques. Il l'a isolé par des cultures successives et son inoculation a créé, de toutes pièces, la tuberculose chez des animaux indemnes jusque-là.

De cette rapide étude il résulte donc que la tuberculose est une maladie inflammatoire. D'ailleurs la clinique confirme cette notion et vient ajouter ses preuves aux preuves histologiques. Andral, Grisolle, plus tard M. Charcot, ont vu la fièvre survenir comme premier signe de la tuberculose. Wunderlich généralise ce fait et il déclare nettement « que la tuberculose donne toujours lieu à des modifications de température permettant d'établir le diagnostic alors même qu'il n'existerait pas encore d'autre signe ».

III

Le nodule ou les nodules agglomérés, résultat d'une inflammation spécifique, deviennent eux-mêmes, d'ordinaire, le point de départ et comme le centre d'une inflammation nouvelle. Le dépôt caséeux agit comme épine; il provoque une irritation d'intensité variable; les tissus voisins réagissent et les cellules embryonnaires apparaissent. A côté de l'inflammation tuberculeuse, il faut donc étudier l'inflammation périttuberculeuse qui joue, en clinique, un rôle d'une grande importance.

En chirurgie, cette inflammation périttuberculeuse a perdu cependant du terrain. La plupart des abcès froids, la classe importante des abcès ossifluents et des abcès circonvoisins semblait autrefois lui appartenir sans conteste. A cette heure, depuis les travaux de Lannelongue, on admet que ces collections puriformes ne sont que la liquéfaction définitive d'un dépôt tuberculeux. Les foyers osseux et articulaires ont gagné de proche en proche en suivant d'ordinaire le trajet des vaisseaux, puis ils se sont ramollis en une région souvent fort éloignée du point de départ primitif. L'inflammation, dans ces cas, est donc tuberculeuse et non périttuberculeuse.

Il faut tenir grand compte de ces faits. Mais il n'en reste pas moins établi que les noyaux tuberculeux provoquent, dans les tissus environnants, des inflammations aiguës ou chroniques. Nous avons étudié ce point de fort près dans l'appareil génital de l'homme qui peut nous fournir des exemples très probants. L'épididyme renferme parfois une bosselure caséeuse dont le clinicien a bien déterminé les limites. Tout à coup se déclarent des phénomènes inflammatoires intenses et la glande tout entière y participe; puis peu à peu les symptômes s'amendent, la tumeur s'affaisse et, si l'on examine à nouveau l'organe, on trouve la vaginale libre, le testicule sain, l'épididyme souple, sauf, bien entendu, au niveau du foyer primitif qui persiste évidemment. Ne s'agissait-il pas là d'une inflammation périttuberculeuse franche, puisqu'elle a disparu sans laisser après elle de nodules tuberculeux?

Même remarque pour la tuberculose linguale. Nous avons observé un fait, classique d'ailleurs et publié, depuis 1872, par notre maître Féréol. Il existait sur les bords de la langue un ulcère profond et large; mais combien les lésions reconnues à l'autopsie étaient moindres que ne semblaient l'indiquer avant la mort la tuméfaction énorme de l'organe, sa congestion, sa rougeur vineuse et les douleurs intenses qu'éprouvait le malade. A certains moments et sous l'influence de certaines irritations, on se trouvait en présence d'une véritable hémiglossite dont les symptômes s'apaisaient parfois pour s'accentuer à nouveau.

Et les abcès tuberculeux de la région anale? Certainement on voit des fistules se former sournoisement, sans réaction bien vive! Nous avons observé, en ville, un malade chez qui, après une première opération d'un trajet long et ramifié, de petites fistules secondaires se sont creusées jusqu'à cinq fois sous nos yeux. Une ulcération se faisait, à froid, à la base d'un poil, elle s'allongeait rapidement sous la peau pour rejoindre une galerie semblable forée par un mécanisme analogue. Mais d'habitude il n'en est point ainsi; le dépôt tuberculeux s'évacue, après avoir provoqué dans la fosse ischio-rectale de la suppuration et de larges décollements.

L'inflammation péritturberculeuse peut prendre une allure chronique. Nous avons autrefois beaucoup insisté sur la périorchite et la périépididymite tuberculeuses. « Le tissu conjonctif de formation nouvelle entre pour une très large part dans l'augmentation de volume que l'épididyme subit et, dans tous nos examens nécroscopiques, nous trouvons signalée l'existence d'une coque fibreuse de 4 à 6 millimètres d'épaisseur, dure, résistante, surtout au niveau de la queue que l'on ne dégage qu'avec les difficultés les plus grandes. Dans ses parties les plus excentriques, cette coque est nettement fibreuse, mais sur les confins des cavernes qu'elle limite, elle devient lardacée et rappelle les tissus des vieilles tumeurs blanches. »

Nous voulons insister sur cette périépididymite trop mal connue des cliniciens. Il nous est arrivé récemment encore d'examiner un malade que nous envoyait un confrère pour une tuberculose génitale absolument guérie d'après nous. Des lésions primitives il ne restait que cette coque fibreuse, indolore et stationnaire depuis plus de cinq ans. Nous avons fait l'autopsie d'un individu mort d'un cancer du foie et qui, trente ans auparavant, avait eu une fistule scrotale d'origine tuberculeuse. L'épididyme contenait un petit foyer crayeux entouré d'une couche épaisse d'un tissu sclérosé qui avait fait croire à un gros noyau caséeux en activité.

Ces inflammations aiguës et chroniques ne rappellent-elles pas celles qu'on trouve dans les poumons et que M. Hanot nous décrit avec tant de soin? Les pneumonies aiguës de toutes variétés, les pneumonies chroniques et leurs productions fibreuses. Nous pourrions pousser plus loin le parallèle. L'orchite tuberculeuse provoque du côté de la vaginale les mêmes lésions que les foyers caséeux pulmonaires sur la plèvre. Comme des pleurésies nous avons des vaginalites plastiques, comme des vaginalites nous avons des pleurésies avec épanchements.

Il faut dire cependant, que, dans la vaginale, ces deux formes extrêmes sont assez rares, surtout la seconde. On observe le plus souvent des cas mixtes, la séreuse est adhérente en certains points, soulevée en d'autres par le liquide; des néomembranes cloisonnent des cavités secondaires traversées par des cordons fibreux semblables aux tendons des muscles papillaires du cœur. Souvent la surface de la séreuse est recouverte d'une incrustation de matière colorante, vestige de quelque ancienne hémorrhagie. Sur

les néomembranes et sur la vaginale se dessinent de nombreuses arborisations vasculaires. Les altérations de la plèvre ne sont-elles pas identiques?

IV

La tuberculose, qui est une inflammation, peut donc devenir elle-même la cause d'une inflammation de voisinage. Ce n'est pas tout, et la clinique nous montre qu'une inflammation précède souvent la tuberculose et la provoque. De sorte qu'il est des cas où le processus se résumerait en ces termes et nous aurions d'abord : une inflammation prétuberculeuse, ensuite une inflammation tuberculeuse, enfin une inflammation prituberculeuse ou post-tuberculeuse.

Nous séparerons ici les faits des théories. Les faits sont incontestables et les inflammations prétuberculeuses, niées par Laënnec, ne sont plus à démontrer. Les théories demeurent encore obscures. Pour les uns, « la tuberculose serait une manière de suppurer des scrofuleux »; une irritation banale, exercée sur les tissus affaiblis des cachectiques et des surmenés, provoquerait tout d'abord les phénomènes ordinaires de segmentation de cellules ou de migration de leucocytes. Mais ces éléments ne pourraient s'élever jusqu'à complète organisation et leur masse avortée est vouée à la dégénérescence caséeuse. Voilà pourquoi les vérolés, qui sont des cachectiques, produiraient, eux aussi, les gommes dont le tissu est presque identique à celui du nodule tuberculeux.

Pour les autres, les microbes inertes que charrie le sang seraient, lors d'un traumatisme ou à la suite d'une inflammation, versés au milieu des tissus et là, si l'organisme, en état de déchéance, ne peut se défendre, une colonie va se former plus ou moins prospère, plus ou moins envahissante, et la tumeur tuberculeuse sera constituée. Cette théorie, que M. Verneuil nous a parfois exposée dans ses conversations, nous semble d'autant plus séduisante qu'il l'applique aux kystes hydatiques dont l'origine traumatique est admise sans conteste. Les germes roulent avec le sang; une rupture des parois a lieu et les échinocoques, hors des vaisseaux, se fixent dans les tissus avoisinants.

Les expériences récentes de Max Schuller confirment l'opinion de M. Verneuil. Schuller injecte dans les bronches de chiens et de lapins des crachats tuberculeux et des détritus de poumons dégénérés. Il contusionne en même temps le genou de ces animaux. Or, l'arthrite qui se développe est caractérisée « par la présence, dans la synoviale, de cellules fusiformes et étoilées au centre desquelles on trouve une cellule géante, à noyaux multiples. Rien de pareil ne se manifeste dans les cas de traumatisme simple plusieurs fois répétés. »

Schuller croit aussi à l'issue, hors du vaisseau ouvert par le traumatisme, de corpuscules infectieux. Des bacilli déposés directement dans la jointure, produisent des lésions tuberculeuses absolument semblables à celles de ses premières expériences; tandis que des injections de substances diverses déterminent bien une arthrite simple ou suppurée, mais jamais tuberculeuse. L'inflammation simple, sans rupture des vaisseaux, peut aussi provoquer chez les individus qui roulent des bacilli, des nodules spécifiques. « La dilatation de vaisseaux due à la phlegmasie attire, dans le point enflammé, un plus grand nombre des agents infectieux qui séjournent aussi plus longtemps et les chances d'infection locale s'en trouvent augmentées. »

Quel que soit le sort réservé à ces théories, le fait, avons-nous dit, demeure, et la clinique multiplie les exemples de tuberculose d'origine inflammatoire ou traumatique. Tous les appareils, tous les organes nous en fournissent des preuves. Pour l'intestin, Cruveilhier nous raconte l'histoire d'un individu porteur de deux hernies inguinales chez qui « le sac et les portions déplacées du mésentère étaient seules couvertes de granulations transparentes ». Brissaud a observé un fait semblable chez un opéré de hernie étranglée. L'anse intestinale et le collet du sac étaient le siège d'une infiltration tuberculeuse abondante. Hors ces points, la cavité péritonéale était saine.

Des péritonites tuberculeuses succèdent à de violents traumatismes. Broussais cite un cas où l'inflammation spécifique de la séreuse fut provoquée par un coup de pied de cheval ; il existe une observation analogue publiée par G. Marchand. A la langue, l'ulcération tuberculeuse a souvent, pour point de départ, l'irritation produite par une dent ; récemment Brissaud en a vu un cas remarquable. Nous avons observé une fistule anale de nature tuberculeuse et provoquée par l'inflammation d'une hémorrhoïde. Enfin, sans entrer dans une discussion obscurcie par trop de controverses, n'admet-on pas maintenant que les catarrhes bronchiques répétés, les diarrhées rebelles, les uréthrites négligées sont souvent la cause de phthisies pulmonaires, intestinales et génitales ?

Pour les organes génitaux, l'influence du traumatisme et de l'inflammation est hors de conteste. Après Fossard, Béraud et Desprès, nous avons publié des observations péremptoires. Entre autres celle d'une orchite survenue chez un individu de robuste apparence et provoquée par un coup violent dans les bourses. Douleur intense, gonflement immédiat qui ne se résout point, puis commence la série des abcès. Au bout d'un an, la castration est pratiquée et nous trouvons toutes les lésions de la tuberculose génitale. Nous renverrions d'ailleurs quiconque pourrait douter encore au mémoire publié sur ce sujet par M. Verneuil dans le premier numéro de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*.

Et les articulations ? Nous avons vu les expériences de Schuller. Mais la clinique est loin d'être avare de tels faits. A l'hôpital Sainte-Eugénie nous avons vu plusieurs ostéo-arthrites tuberculeuses d'origine traumatique. Brissaud en a publié un cas très remarquable. M. Verneuil et son élève Charles Leroux ont signalé des synovites tuberculeuses consécutives à des entorses. Enfin Kiener, dans un travail récent, confirme cette opinion et, pour lui, « la tuberculose du tissu osseux et des articulations inscrit fréquemment à son étiologie, le traumatisme ».

Les pneumonies tuberculeuses consécutives aux traumatismes sont aussi fort nombreuses. M. Denucé a vu la phthisie se développer chez un jeune homme de dix-sept ans, dont le thorax avait été contusionné par un éclat d'obus. Sokoleski nous donne huit observations analogues dans son mémoire de 1878. Mais citons, avant tout, un travail de M. Perroud, de Lyon, sur la phthisie des mariniers provoquée par l'usage de l'*harpi*, longue perche dont on se sert pour faire avancer les bateaux et qui, par une de ses extrémités, plus ou moins irrégulièrement arrondie, se fixe sur le haut de la poitrine, dans la région sous-claviculaire où elle prend un point d'appui.

« Chez les sujets prédisposés à la phthisie, ce traumatisme peut être une cause occasionnelle de tuberculisation et faciliter l'éclosion de la diathèse préexistante. Mais il peut aussi, à lui seul et en dehors de tout état diathésique, entraîner une

inflammation chronique du poumon qui aboutit souvent à la formation de cavernes. M. Perroud a constaté, plusieurs fois, cette évolution chez des gens robustes, exempts de tout antécédent héréditaire et vivant dans des conditions hygiéniques relativement satisfaisantes. Les malades eux-mêmes ont conscience du rôle étiologique de l'*harpi* dans le développement de leur affection : ils sont les premiers à l'accuser. »

Nous ne saurions mieux terminer cette longue énumération que par le rapide exposé d'un cas où se sont succédé, sous l'influence d'inflammation et de traumatismes divers, la plupart des manifestations tuberculeuses. Il s'agit d'un malade de cinquante-trois ans, que nous observons actuellement à Bicêtre. Son père est mort fort âgé, malgré des hémoptysies annuelles qui commencèrent dès sa jeunesse ; ses deux frères crachent aussi du sang, bien que leur santé paraisse bonne ; seule, une sœur a succombé à une maladie de poitrine nettement caractérisée.

A douze ans, notre malade a eu les écrouelles, à quinze les hémoptysies surviennent. Cependant l'état général est satisfaisant et jusqu'en 1868 il ne note pas de nouveaux accidents tuberculeux. C'est alors que « un engorgement de poumon » se déclare, qui finit par se résoudre avec l'emploi prolongé de l'huile de foie de morue. En 1870, après une marche prolongée, douleurs vives dans les muscles de la cuisse droite, tuméfaction, apparition d'un abcès qu'on ouvre au bout de trois semaines et qui donne issue à une grande quantité de pus. Une fistule consécutive n'est tarie qu'au bout de quatre ans.

Vers cette époque, coup sur l'articulation tibio-tarsienne gauche qui s'enflamme. Au bout de six ans, ponction de la jointure, évacuation de pus. Après de nombreuses alternatives, l'amputation est pratiquée. En 1876, chute sur le coude droit, formation rapide d'une tumeur blanche ; amputation six mois après le début des accidents. Entre temps était survenues des suppurations de l'oreille moyenne, du cou, de la jambe. Cependant une grande amélioration se manifesta et de 1879 à 1882 la santé n'est pas mauvaise.

A ce moment une chaussure trop serrée par un garçon de salle un peu brutal, provoque un gonflement du cou-de-pied droit, un abcès se forme, puis des fistules qui suppurent encore. Un peu plus tard, il fatigue trop un jour le seul bras qui lui reste, en voulant travailler dans son lit, nouvelle collection purulente ; de petits abcès circonvoisins se développent bientôt dans les points comprimés par les pièces du pansement et au niveau du coude, dans la région qu'il appuie d'habitude sur le rebord du lit.

On ne saurait, il nous semble, trouver un exemple plus net d'inflammation prétuberculeuse et de tuberculose traumatique. Mais ce qui nous frappe surtout dans cette observation, c'est que ce malheureux, couturé d'écrouelles, deux fois amputé, suppurant par dix fistules, criblé de tubercules périphériques depuis l'âge de douze ans, ait atteint cinquante-trois ans sans que son état général soit profondément altéré. Il paraît pouvoir fournir encore une assez longue carrière. Quelle théorie nous expliquera comment tous les tissus de son organisme se sont laissé envahir au moindre assaut, tandis que ses poumons, attaqués pourtant dès l'âge de seize ans, date de la première hémoptysie, résistent et ne témoignent encore que de lésions circonscrites au sommet droit?

Tels sont les rapports étroits qui unissent la tuberculose à l'inflammation. Nous croyons pouvoir résumer dans la phrase suivante tous nos longs développements : La tuberculose est une inflammation spécifique souvent précédée, accompagnée ou suivie d'une inflammation vulgaire qu'elle provoque ou qui la provoque.

Paul Reclus.

Contributions pharmaceutiques.

SUR LES PRISES CONTENANT DE LA PEPSINE.

La pepsine est le ferment digestif le plus important et le plus sûr au point de vue médical; mais il ne faut pas oublier qu'elle n'a d'activité que dans un milieu acide. Un grand nombre de corps lui enlèvent ou neutralisent sa remarquable propriété de peptoniser la fibrine : tous les alcalis, par exemple. Il est donc indispensable de la prescrire seule, afin d'éviter toute cause d'erreur. C'est ce qui n'a pas lieu malheureusement, et nous recevons souvent des ordonnances où la pepsine se trouve en contact avec de la magnésie ou du bicarbonate de soude, absolument comme si elle était un produit chimique. Dans ce cas-là, elle ne tarde pas à être détruite, mais n'en a pas moins conservé l'inconvénient d'avoir coûté cher.

Ce qui m'a engagé à mettre ces observations sous les yeux de nos lecteurs, c'est la publication que la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* a faite de deux formules, qui pourraient donner une certaine consécration à cette pratique, non rationnelle.

L'une est de M. le docteur C... (n° du 15 octobre 1882), dans laquelle est prescrite la pepsine anglaise, 3 grammes.

Pourquoi anglaise? La maison des inventeurs, Hottot et Boudault, n'a pas, que je sache, démérité de la faveur du commerce pharmaceutique. Je me permettrai même d'ajouter que, d'après mes propres essais, je mets leur pepsine bien au-dessus de toutes les pepsines françaises et étrangères. De plus, c'est un produit inventé à Paris il y a environ trente ans, et, même à titre égal, je ne vois pas pourquoi on irait chercher les produits anglais ou américains.

Enfin je transcris littéralement :

℞ Pepsine anglaise...............	3	grammes.
Poudre d'yeux d'écrevisse.......	3	—
Magnésie calcinée............	4	—

En 20 cachets égaux.
Un cachet avant chaque repas.

Cela fait par conséquent : 15 centigrammes de pepsine, 15 centigrammes poudre d'yeux d'écrevisse, et 20 centigrammes de magnésie par cachet.

La seconde formule a été insérée dans le numéro suivant du même journal; elle est du docteur S..., et n'est pas sans quelque analogie avec la précédente :

℞ Poudre d'yeux d'écrevisse.	20	centigrammes.
Magnésie calcinée.........	15	—
Rhubarbe pulvérisée......	10	—
Noix vomique pulvérisée...	5	—
Pepsine.................	5	—

Pour un cachet à prendre avant les repas.

Ces formules seraient très bonnes, n'était la présence intempestive de la pepsine. Si l'on désire ajouter aux médicaments alcalins l'action de la pepsine, cette substance devra être prise à part, au milieu du repas, à l'état de poudre

amylacée, ou en solution dans du vin sucré, ou dans un élixir aromatique, seules formes sérieuses que puisse nous offrir la pharmacie.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Maladies de la bouche. — Des indications thérapeutiques dans la carie dentaire, par le docteur E. Magitot, membre de la Société de chirurgie, lauréat de l'Institut, etc.

La carie dentaire est une affection éminemment curable dans l'immense majorité des cas. C'est là une proposition suffisamment démontrée aujourd'hui et sur laquelle il est superflu d'insister (1).

Mais ce qu'il paraît utile de faire connaître, ce sont les indications et les règles de la thérapeutique subordonnées aux différentes formes de la lésion.

Or on sait que la carie des dents, au triple point de vue de sa marche, de ses symptômes et de son traitement, se divise en *trois périodes* qui sont :

Première période : *Carie superficielle, carie de l'émail*, c'est-à-dire lorsque l'altération ne dépasse pas en profondeur la couche de l'émail et qu'elle s'arrête à la superficie de l'ivoire sans pénétrer dans ce tissu.

Deuxième période : *Carie moyenne, carie de l'ivoire*, l'altération ayant détruit le revêtement d'émail et envahi plus ou moins profondément l'épaisseur de l'ivoire mais sans atteindre la cavité centrale remplie par la pulpe. La physionomie de cette période varie sensiblement suivant l'étendue même qu'elle atteint dans l'épaisseur de l'ivoire, c'est-à-dire suivant qu'elle se rapproche plus ou moins de la cavité centrale.

Troisième période : *Carie profonde, pénétrante, carie centrale*, la lésion ayant successivement traversé la couche d'émail et l'épaisseur de l'ivoire pour s'ouvrir une entrée sur la pulpe elle-même. Cette dernière forme se subdivise à son tour en plusieurs variétés suivant que la pulpe est simplement *mise à nu*, *frappée d'inflammation* ou *détruite*.

En ce qui concerne le mécanisme de production de la carie, rappelons encore qu'il consiste essentiellement dans une destruction progressive des éléments anatomiques de l'émail et de l'ivoire. Mais cette destruction à marche envahissante et de nature purement chimique, si elle ne rencontre de la part de l'émail que des résistances mécaniques ou physiques, provoque dans l'ivoire et surtout dans la pulpe des réactions d'ordre organique ou vital. Ces réactions peuvent se traduire alors par des actes de résistance, assez énergiques parfois pour suspendre la marche de la lésion et amener la guérison spontanée. C'est ce qui a lieu dans l'état connu sous le nom de *carie sèche*. Dans d'autres circonstances, beaucoup plus fréquentes, ces réactions se caractérisent par diverses lésions secondaires le plus souvent douloureuses et qui viennent compliquer l'altération principale en provoquant des accidents d'intensité variable (2).

Ces notions étant ainsi rappelées sommairement, nous allons faire connaître quelles sont les indications et les procédés thérapeutiques en adoptant dans leur exposé l'ordre suivant : 1° Indications et règles générales ; 2° Indications spéciales à chaque période.

I. — Indications et règles thérapeutiques générales dans la carie dentaire.

Ce que nous venons de dire de la nature et du mécanisme de production de la carie dentaire nous conduit à la notion exacte des indications thérapeutiques. Ces indications reposent sur la recherche de deux résultats solidaires : 1° la guérison des accidents divers qui se développent sous l'influence de la carie ; 2° la conservation ou la restauration de l'organe et le rétablissement de ses usages.

Sous le premier point de vue, la thérapeutique ne diffère en rien des procédés et des méthodes rationnelles appliquées en thérapeutique générale. Aux phénomènes douloureux, on oppose les agents ordinaires, les opiacés, les anesthésiques locaux. Sur les surfaces dénudées de tissus sensibles comme l'ivoire, on fait intervenir les astringents, les caustiques, le feu même parfois. Le but est alors, tantôt de modifier la constitution anatomique des parties, tantôt de provoquer de la part de l'organe des réparations moléculaires qui amènent une sorte de cicatrisation de tous points comparable ici à ce qui se produit pour certaines ulcérations rongeantes que des modificateurs énergiques peuvent seuls arrêter. Tantôt encore, on a en vue de détruire certains éléments dont la dénudation a provoqué l'altération et l'hyperesthésie.

Si l'envahissement de la maladie a provoqué la mise à nu de la pulpe centrale, organe éminemment vasculaire et nerveux, véritable papille, la thérapeutique pourra être réparatrice, si la conservation est supposée possible : décongestionner son tissu, éteindre sa sensibilité, ramener l'état physiologique et fonctionnel, c'est-à-dire la production de dentine susceptible de réparer partiellement la perte de substance : telles seront les indications.

Si la pulpe, désorganisée profondément dans une certaine étendue en surface et en profondeur, est jugée incapable de réparation, sa destruction devra être opérée par l'emploi des caustiques aidés ou non de certaines manœuvres mécaniques, mais cette destruction de la pulpe par les moyens appropriés que nous dirons plus loin, devient dans certains cas inutile, l'organe ayant disparu antérieurement et spontanément par suite de fonte purulente ou de gangrène. Cette destruction est ainsi partielle ou totale : si elle est partielle, les débris seront attaqués par les mêmes moyens que l'organe entier. Si elle est totale, le traitement pourra être singulièrement simplifié et en l'absence de complications, l'obturation pourra suivre de près quelques applications destinées à éprouver la sensibilité et la tolérance à l'occlusion définitive. Il faut dire toutefois que dans cette dernière variété, les complications sont fréquentes et appartiennent presque toutes à certains phénomènes de périostite soit simple soit suppurée. A la périostite simple s'opposent les opiacés, les émissions sanguines, les révulsifs locaux, etc. ; à la forme suppurée, le drainage préventif et la greffe. Mais ce n'est pas ici le lieu de traiter ces questions qui relèvent de la description de la périostite alvéolaire.

Enfin, aux complications soit de l'altération elle-même, soit du traitement intervenu, on opposera encore les méthodes ordinaires : les accidents névralgiques soit voisins soit lointains seront traités par les agents thérapeutiques internes ou externes, l'injection hypodermique de morphine, le sulfate de quinine dans les formes intermittentes, etc., les phénomènes inflammatoires nécessiteront l'emploi des émissions sanguines locales ou des moyens chirurgicaux.

Telles sont les indications générales suscitées par l'altération initiale et les accidents multiples qui l'accompagnent ou la compliquent, mais il en est d'autres d'un ordre plus élevé et pour lesquelles les notions de médecine générale ou d'hygiène interviennent avec une grande importance, nous voulons parler des états morbides soit aigus soit chroniques,

(1) Une statistique dressée à cet égard par le docteur Pietkiewicz fixe la proportion de guérison dans la pratique courante à 99 pour 100, ce qui réduit l'extraction à 1 pour 100, abstraction faite bien entendu des complications extrêmes de la carie et qui n'appartiennent plus à l'histoire de cette maladie. — Voy. : *Des limites thérapeutiques de la carie dentaire*. Transactions du congrès des sciences médicales de Londres, t. III, p. 516.

(2) Voy. pour plus de détails sur ce point le chapitre du *Mécanisme de la production de la carie*, in *Traité de la carie dentaire*, Paris, 1866, p. 30.

des diathèses héréditaires ou acquises, lesquelles sont très fréquemment la cause déterminante de la carie.

Qu'une carie isolée ne relève que des moyens thérapeutiques que nous venons d'indiquer, soit; mais qu'il s'agisse de ces cas de caries pour ainsi dire généralisées, s'attaquant à un grand nombre de dents simultanément, les indications locales ne sauraient suffire et la thérapeutique directe échouera devant l'intensité et la persistance d'une cause constante méconnue ou négligée.

Les circonstances auxquelles nous faisons allusion ne doivent pas être ignorées du praticien. Ce sont par exemple les affections du tube digestif dans les régions sus et sous-diaphragmatiques et l'on sait aujourd'hui quelle influence elles exercent sur la réaction des liquides salivaires et du milieu buccal où elles engendrent les agents véritables de la lésion qui nous occupe. Ce sont les fièvres graves qui ont une influence analogue et dans la convalescence desquelles apparaissent les lésions dentaires si intenses, si douloureuses et que des procédés rationnels de préservation eussent pu éviter. Citons également la grossesse lorsqu'elle s'accompagne de troubles gastriques dont l'influence sur la production de la carie est bien connue. Ce sont encore les états morbides généraux, les troubles de la nutrition et jusqu'à l'influence de certains agents médicamenteux employés soit à doses élevées soit pendant une longue durée et dont l'action nocive sur les dents est trop souvent méconnue des médecins.

On voit dès lors quelle est la multiplicité des indications thérapeutiques qui s'offrent au praticien en présence de la carie dentaire, mais nous ne saurions insister plus longtemps sur ces faits sans sortir du cadre de cette étude et sans reproduire des considérations qui ont été développées ailleurs (1).

Arrivons maintenant au deuxième terme de ces indications générales, c'est-à-dire la conservation de l'organe et le rétablissement de ses usages.

Lorsque par l'emploi des procédés thérapeutiques appropriés, la lésion de la carie et ses complications sont guéries, une double indication nouvelle se pose : assurer définitivement cette guérison et réparer la perte de substance. Ces deux termes se confondent d'ailleurs dans la pratique, car les procédés de réparation sont le plus ordinairement les mêmes que ceux qui assurent la persistance de la guérison. Nous disons le plus souvent, car avant d'établir le principe de la réparation de la perte de substance il faut mentionner une méthode applicable à un petit nombre de caries il est vrai, mais d'une efficacité absolue lorsqu'elle s'adresse aux cas nettement appropriés.

Cette méthode est celle qui consiste à supprimer une carie superficielle par la simple *résection* de la partie malade. Elle ne saurait bien entendu convenir qu'aux caries tout à fait superficielles et siégeant sur des points où cette résection n'est susceptible de causer par elle-même aucune complication. Nous y reviendrons en traitant des indications spéciales à la première période à laquelle elle convient exclusivement.

Quant à la réparation de la perte de substances, elle repose sur la pratique de l'*obturation* proprement dite. Cette opération que nous n'avons pas à décrire ici comporte certaines règles qui peuvent se formuler de la manière suivante :

1° Faire choix de substance d'une densité et d'une résistance suffisantes pour suppléer l'organe lésé dans son rôle physique et fonctionnel;

2° Appliquer cette substance sur les régions saines du tissu sans provoquer de leur part aucune réaction.

Mais quel est le principe sur lequel reposent à la fois la pratique de la *résection* et celle de l'*obturation?* en d'autres termes, comment la résection et l'obturation réalisent-elles les indications formulées?

(1) Voy. *Traité de la carie dentaire, loc. cit.*, Etiologie et mécanisme, p. 40.

Ce principe est l'*isolement*.

Qu'il s'agisse de la résection qui efface une partie altérée et transforme en surface lisse et polie une carie superficielle; qu'il s'agisse de l'obturation qui restitue à l'organe lésé sa portion détruite, c'est par l'isolement que se réalise la guérison, c'est-à-dire par la soustraction ultérieure et définitive des parties restées saines aux causes d'altération qui peuvent persister ou se reproduire.

Ici encore les procédés de conservation et de réparation s'adressent à l'état local, isolé. Ils peuvent, il est vrai, être répétés et variés suivant la multiplicité des lésions. Mais de même que pour les moyens curatifs il faut faire certaines réserves sur leur efficacité et sur leur durée lorsqu'il s'agit d'altérations multipliées sous l'influence d'une cause générale.

En d'autres termes, la thérapeutique d'une carie accidentelle consiste dans l'application des procédés locaux tandis que des caries multiples relèvent du traitement même des affections générales ou des diathèses dont elles ne sont en réalité qu'une manifestation.

II. — Indications thérapeutiques de chaque période de la carie.

A. *Indications de la première période.* — Dans la première période de la carie, l'émail étant seul altéré, soit dans une portion seulement soit dans la totalité de son épaisseur, la lésion est absolument indolente; aussi est-elle souvent méconnue, car elle ne se traduit, en l'absence de tout signe subjectif, que par la présence d'une petite tache soit blanche et crayeuse dans les caries à marche rapide, soit brune ou noire dans les caries lentes.

Dans un interstice dentaire par exemple, l'altération passe donc souvent inaperçue; les points où elle se reconnaît sont : les bords latéraux des incisives où la carie est souvent double aux deux dents contiguës envahies ainsi par contagion directe; viennent ensuite les sillons ou anfractuosités de la face triturante des molaires ou les dépressions primitives et congénitales de la couronne de certaines dents, dépressions bien connues des cliniciens et qui deviennent les lieux d'élection de la maladie. Il convient même de remarquer que dans ces dernières circonstances, un sillon qui pénètre dans l'épaisseur de l'émail constitue en réalité une véritable perte de substance du tissu en tous points assimilable à la carie elle-même.

Il serait donc juste de dire que pour beaucoup de dents, chez les sujets d'ailleurs prédisposés, la carie, lorsqu'elle se produit dans ces pertes de substance de l'émail, débute en réalité par la seconde période, la première étant représentée par la perforation congénitale de la couche d'émail.

Quoi qu'il en soit, une lésion de la première période, ainsi définie, ne saurait, en raison de son indolence absolue, impliquer les deux termes d'indications thérapeutiques qui ont été définies, c'est-à-dire *traitement des accidents* et *isolement*. L'absence d'accidents réduit l'intervention au deuxième de ces termes.

Notons toutefois qu'on rencontre dans la pratique courante un certain nombre de caries superficielles qui sont extrêmement sensibles et qu'on serait tenté de rattacher à cette première période. Ce serait là une erreur, car la première période, rigoureusement limitée à l'émail qui est un tissu inerte, ne saurait en aucun cas être douée de sensibilité, toute carie impressionnable au contact des instruments, aux transitions de la température n'est superficielle qu'en apparence, car un examen plus attentif montrera constamment qu'elle a dépassé la couche d'émail et découvert la superficie de l'ivoire. Ajoutons que cette superficie est l'une des régions de l'ivoire les plus riches en sensibilité, ce qui est dû à certaines particularités anatomiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin. La thérapeutique de la première période reposant donc sur

l'*isolement*, ce principe se réalise par deux procédés applicables suivant les cas :

S'il s'agit d'une cavité de la face triturante d'une molaire, c'est l'*obturation immédiate* qui est indiquée; la petite carie, préparée convenablement, débarrassée de ses prismes d'émail dissociés et brisés, sera remplie par la matière la plus inaltérable et la plus résistante, c'est-à-dire l'or.

Si, au contraire, on se trouve en présence de ces taches superficielles des bords latéraux d'une incisive, une obturation ne devient possible que si la cavité est suffisamment régulière et convenablement excavée pour retenir une substance étrangère. Ce cas peut se présenter, mais le plus ordinairement l'indication qui se pose ici est la *résection*, c'est-à-dire l'effacement pur et simple de la couche d'émail altérée. C'est au moyen des limes, des gouges, des rugines que cette résection s'opère et l'opération a pour effet de supprimer la couche d'émail malade en mettant à nu la région saine sous-jacente et en transformant en une surface lisse et polie une cavité dont la marche progressive est la règle.

Cette résection au moyen de la lime a de plus cet avantage de pratiquer un intervalle équivalent à l'épaisseur même de l'instrument employé, intervalle qui soustrait la surface de résection aux dépôts de matières alimentaires ou autres qui sont les foyers de développement de la maladie. De plus, elle isole le bord correspondant de la dent contiguë des chances si fréquentes de contagion en pareil cas.

Telle est l'indication thérapeutique formelle en ce qui concerne la carie de la première période et ces considérations suffisent pour montrer que nous n'entendons nullement étendre la pratique de la résection au delà de la couche d'émail, si peu étendue d'ailleurs que soit la lésion dans l'ivoire sous jacent.

Telle n'était pas la méthode des anciens praticiens qui effectuaient très souvent la résection de caries ayant déjà franchi l'émail et envahi l'ivoire. La surface de résection était alors constituée non plus par une couche d'émail lisse, polie et inattaquable ultérieurement, mais par une couche de dentine la plus ordinairement sensible et nécessitant alors des applications diverses, astringents, caustiques, cautérisation par le feu, etc. Sans doute des cas de guérison ont été ainsi réalisés ; mais quelle n'était pas souvent la gravité des accidents ultérieurs ! Hyperesthésie parfois invincible de la surface de résection, pulpite consécutive avec étranglement, gangrène de l'organe et ses conséquences sur la coloration de la dent, sans oublier les mutilations irréparables qu'imprime à la couronne d'une incisive une perte de substance ainsi exagérée.

Ces réserves faites nous allons aborder les indications de la deuxième période.

B. *Indications thérapeutiques de la deuxième période de la carie.* — La deuxième période de la carie ou carie moyenne s'étendant de la couche la plus superficielle immédiatement sous-jacente à l'émail, jusqu'à la couche plus profonde voisine de la pulpe, comprendra des indications variées suivant les degrés mêmes de l'altération et l'état des parties intéressées.

Or le tissu de l'ivoire est parcouru, comme on sait, par des fibrilles très fines douées d'une extrême sensibilité et la disposition de ces fibrilles est telle que la couche la plus superficielle de l'ivoire, en raison d'un réseau d'épanouissement de ces fibrilles, est l'une des plus sensibles; puis, si l'on dépasse cette première couche, on rencontre un tissu d'une sensibilité notablement moindre, mais qui s'exagère de nouveau au voisinage de la pulpe, de sorte qu'au point de vue de la sensibilité et des accidents, on pourrait distinguer dans cette seconde période plusieurs degrés secondaires : le *premier* répondant à la mise à nu du réseau d'épanouissement des fibrilles; le *second* au trajet de celles-ci; le *troisième* aux couches d'ivoire qui touchent la pulpe : le premier et le troisième sont dès lors très sensibles, le second, infiniment moins. Mais ce ne sont là que des distinctions d'intensité, car d'une façon générale, toute carie de cette période est pourvue de sensibilité aux agents extérieurs, ce qui se traduit par des accidents *provoqués* par des influences accidentelles, mais non *spontanés*, les seuls accidents de cette dernière nature étant constamment dus à la pulpe centrale, laquelle n'entre que très rarement en réaction dans le cours de cette seconde période.

1° Les indications relatives au premier degré de la seconde période consistent dans l'emploi des irritants légers ; les pansements à l'alcool ou aux diverses teintures alcooliques, à l'acide phénique, à la créosote, au tannin, à l'alun calciné, à la teinture d'iode, à l'iodoforme, etc., ont été tour à tour employés, et disons que toutes ces substances peuvent avoir une égale influence.

Leur action est d'ailleurs fort simple : Etant donnée une carie de l'ivoire à surface impressionnable aux agents physiques et chimiques, la médication astringente a pour objectif de provoquer par voie indirecte de la part de la pulpe centrale la production de molécules d'ivoire, lesquelles, charriées le long des fibrilles, vont transformer les extrémités de celles-ci en matière compacte et homogène. Les fibrilles s'atrophient ainsi et disparaissent pour faire place à une production désignée sous le nom de *dentine secondaire*.

Le mécanisme est donc ici la reproduction par voie thérapeutique du phénomène qui s'effectue spontanément dans la production de ce qu'on connaît sous le terme de *carie sèche*. Or on sait que dans ce cas la réaction spontanée de la pulpe dentaire à l'envahissement d'une carie parvient à donner à la dentine mise à nu une dureté et une résistance telles qu'elle oppose dans la suite un obstacle parfois absolu et définitif à la progression du mal. Ces caries sèches sont bien faciles à reconnaître : ce sont des surfaces généralement brunes ou noires, d'une densité telle qu'elles se laissent très difficilement entamer par les instruments les mieux trempés, lisses, polies et brillantes. C'est la guérison spontanée. Ajoutons cependant que cette résistance est toute physique, car s'il survient un agent chimique d'une puissance suffisante, la carie sèche redevient le siége d'une carie à marche envahissante qui peut tantôt avoir raison de ces résistances et entraîner la destruction de l'organe, tantôt se suspendre de nouveau par le retour du même mécanisme de réparation.

La thérapeutique imitera donc entièrement dans ses effets les phénomènes naturels et spontanés dont l'organe est le siége, et comme cette production de dentine représente la fonction permanente de la pulpe, il suffira même bien souvent que l'emploi de ces agents n'apporte à ce fonctionnement aucun trouble pour amener la réparation et la guérison. C'est ainsi que dans la période ainsi définie le pansement le plus simple, une teinture alcoolique par exemple, arrêtant la fermentation dont toute carie est le siège, ou réalisant simplement l'occlusion de la cavité, suspendra la marche de la lésion et rendra à la pulpe sa puissance réparatrice.

2° Dans le *second* degré de cette deuxième période, les accidents douloureux étant moindres, ainsi que nous l'avons expliqué, le traitement sera plus simple encore, bien que de même caractère. Parfois aussi on rencontre l'ivoire si dépourvu de sensibilité locale que l'obturation immédiate serait considérée au premier abord comme possible. Il sera prudent toutefois de faire précéder cette dernière opération d'une série de pansements astringents et antiseptiques, car il arrive fréquemment que l'obturation métallique appliquée ainsi d'emblée sur l'ivoire le plus indolent, y provoque ultérieurement des phénomènes douloureux soit par le fait de l'intolérance d'un corps étranger, soit parce que la présence d'une masse métallique favorise singulièrement la transmission des impressions des températures, produisant par suite l'hyperesthésie de l'ivoire ou même l'irritation médiate de la pulpe centrale.

3° Enfin, dans le troisième degré de cette seconde période, les accidents réapparaissent à peu près comme ils étaient

dans le premier degré, mais avec une intensité plus grande et une persistance plus marquée. C'est qu'en effet la pulpe dentaire est ici l'agent des perceptions et le siège des accidents. Le ramollissement plus ou moins avancé des couches qui protègent encore l'organe central, rend très facile la transmission des impressions.

La réparation s'effectue toutefois par les mêmes procédés, c'est-à-dire l'emploi des calmants ou anesthésiques locaux suivis de l'occlusion temporaire afin de laisser à la pulpe le temps nécessaire à effectuer la réparation de l'ivoire et amener ainsi une *cicatrisation* véritable des couches profondes de la carie.

Ces indications étant posées, il nous faut maintenant faire connaître les formules diverses qui permettent de réaliser le résultat cherché.

PANSEMENT DE LA CARIE.

C'est sous la forme de pansements que s'emploient les agents médicamenteux, et leur mode d'application consiste dans des boulettes de ouate de volume varié suivant les cas et imbibées ou recouvertes des substances actives. Or, comme le plus grand nombre de celles-ci sont liquides et ont pour base l'alcool sous forme de teintures, la ouate ordinaire convient particulièrement en raison de sa facile pénétration par les liquides alcooliques, tandis que l'eau et la salive ne s'absorbent que difficilement. Les pansements seront encore *simples*, soit composés d'une seule boulette d'ouate, ou *doubles*, la première étant chargée de la substance active, la seconde servant de protection et d'isolement à la première. Ajoutons enfin que les liquides doivent être formulés de telle façon qu'une fois introduits dans une cavité ils ne soient point exposés à tomber dans la bouche, c'est-à-dire qu'ils aient une certaine résistance. Ce résultat est réalisé par l'emploi de certaines teintures résineuses qui, se coagulant dans les mailles du pansement, lui donnent la résistance voulue. C'est le rôle de la teinture de benjoin qui figure dans la plupart de nos formules personnelles.

Considérés de la sorte, les pansements se divisent, suivant leur mode d'action, dans les variétés suivantes : 1° pansements simples ; 2° pansements anesthésiques ou narcotiques ; 3° pansements astringents ; 4° pansements par occlusion (1).

1° *Pansements simples*. — Nous donnons le nom de pansements simples à ceux qui sont destinés, soit à tenir en exploration une carie dont on veut apprécier le degré de sensibilité ou les réactions, soit à produire l'écartement artificiel d'un interstice dentaire, siège de carie.

Tout liquide alcoolique quelconque peut être employé dans ce but.

Supposons par exemple le cas d'une carie non pénétrante (deuxième période) ayant donné lieu à quelques douleurs *provoquées* et dont on veut, à bref délai, pratiquer l'obturation définitive. On y introduira d'abord un pansement simple composé par exemple d'alcool camphré, de teintures aromatiques, ou mieux encore du liquide suivant que nous employons couramment dans ces circonstances :

Mixture A.

Chloroforme.....	} ãã 2 grammes.
Teinture d'opium.	
Teinture de benjoin......	8 grammes.

Appliquez la boulette de ouate imbibée au tiers ou au quart seulement de son volume dans la carie préalablement débarrassée des corps étrangers.

Supposons maintenant le cas de carie d'un interstice trop étroit pour apprécier l'étendue de la lésion et y introduire les agents nécessaires.

L'écartement de cet interstice doit être obtenu tout d'abord et nous y procédons presque toujours par l'emploi répété pendant plusieurs jours de suite du pansement simple. En l'introduisant, en effet, avec une certaine pression, dans l'intervalle de deux incisives par exemple, on obtient rapidement la place nécessaire. Mais parfois il est bon de recourir à un autre expédient si la résistance des dents est trop grande ou si l'on veut procéder avec plus de rapidité. Le moyen consiste alors à placer dans l'interstice en question une lamelle de caoutchouc d'épaisseur appropriée et qui, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, réalise l'intervalle nécessaire.

Ce second moyen est toutefois assez douloureux et ne devra être préféré que dans les circonstances rares où le premier serait reconnu insuffisant. Dans tous les cas, nous repoussons ici l'emploi de certains corps étrangers, tels que les coins de bois introduits avec force et qui ont amené si souvent des complications graves : la périostite, la pulpite avec étranglement et gangrène de la pulpe.

Telles sont donc les indications du pansement simple : expectation d'une carie en vue d'étudier sa susceptibilité ou écartement d'un interstice.

2° *Pansements anesthésiques et narcotiques*. — L'indication formelle de cette variété de pansements se pose lorsqu'une carie non pénétrante a donné lieu à des douleurs, soit provoquées, soit spontanées, et lorsque l'obturation est supposée devoir rencontrer une intolérance ou des réactions de la part de l'ivoire ou de la pulpe centrale.

Or, dans ces circonstances, l'emploi des anesthésiques et des narcotiques ou mieux encore les combinaisons de ces deux agents donneront d'excellents résultats, et sans nous attacher ici à donner les formules innombrables dans lesquelles figurent les huiles essentielles, les baumes, les alcoolats, etc., faisons connaître immédiatement la composition publiée depuis longtemps déjà et qui réalise, suivant nous, d'une manière complète, l'action calmante :

Mixture B.

Chloroforme..........	} ãã 2 grammes.
Teinture d'opium.....	
Créosote pure........	
Teinture de benjoin...	6 grammes (1)

Ce mélange constitue un liquide rouge et transparent qui, grâce à la teinture de benjoin, possède la propriété occlusive dont nous avons fait ressortir l'utilité. Le chloroforme y joue le rôle ordinaire de calmant local avec une légère action révulsive. La teinture d'opium représente l'élément narcotique et quant à la créosote, substance huileuse et insoluble dans les liquides aqueux, elle présente une action analogue à celle de l'acide phénique que sa solubilité dans l'eau et la salive doit faire rejeter ici. Cette action, qui est très puissante, est toutefois assez difficile à expliquer, mais nous pensons que c'est à la fois un agent coagulant et antiseptique capable d'arrêter les fermentations qui sont les agents de la carie et aussi un véritable anesthésique local. On sait, en effet, que l'acide phénique, si fréquemment employé aujourd'hui en chirurgie, possède sur les plaies des grands traumatismes et des opérations chirurgicales une remarquable action sédative et les opérateurs eux-mêmes savent bien que le maniement du nuage phéniqué produit sur la peau un effet anesthésique véritable.

Telle est la mixture à laquelle nous donnons constamment

(1) Nous ne parlons pas ici, comme on voit, des pansements caustiques et de la cautérisation qui conviennent plus particulièrement à la période suivante où la pulpe est dénudée : nous y insisterons plus loin.

(1) A défaut de teinture d'opium on pourra employer à la même dose le laudanum de Sydenham qui figurait d'ailleurs dans nos anciennes formules. L'effet sera du reste le même. Toutefois, il se produit dans le mélange des trois premières substances un précipité de safran, soluble, il est vrai, dans la teinture de benjoin ou dans un excès d'alcool. C'est ce qui nous a fait préférer, depuis longtemps déjà, la teinture d'extrait d'opium qui est d'un dosage plus rigoureux.

la préférenee sur tous les autres mélanges analogues, mais nous devons ajouter que dans certains cas une carie de la seconde période présente des accidents qui ont un earaelère plus franchement inflammatoire, irritation légère de la pulpe, pulpite même avec ou sans retentissement sur le périoste. Là l'indication varie un peu, et il faut recourir aux opiacés purs. On introduira alors dans la cavité sort une petite boulette d'extrait d'opium protégé par un pansement occlusif, soit la boulette d'ouate imbibée de teinture d'opium ou de laudanum de Rousseau.

Ainsi donc, la médiealion ealmante pourra dans tous les cas se borner tantôt aux mélanges à la fois anesthésiques et narcotiques, tantôt aux nareotiques purs.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

LES MICROBES DES POISSONS MARINS. Note de MM. *L. Olivier* et *Ch. Richet*. — Par l'observation microscopique on trouve des microbes sur les poissons suivants, tués immédiatement après la pêche : congres, scorpènes, limandes, roussettes, girelles, squales, vieilles, merlans, athérina, rougets et nombreuses équilles. Chez un seul poisson (une roussette), on n'a pu découvrir de mierobes. Chez un congre, dont le liquide lymphatique contenait beaucoup de microbes, on n'en a pas rencontré dans le sang. Sauf ces deux cas, toutes les parties de l'organisme des poissons examinés directement présentaient quantités de bactéries. C'est surtout dans le liquide péritonéal que ces parasites sont nombreux, à ce point qu'il est difficile de les compter dans le champ du microscope. Ils sont bien moins abondants dans le sang que dans la lymphe, et parfois il faut quelque attention pour les voir. Le plus souvent, ces bactéries sont des *bacillus*, longs ou courts, généralement effilés et terminés en fuseaux, animés de petits mouvements oseillatoires. Ils se colorent par le picrocarminate d'ammoniaque et les couleurs d'aniline. Quelques-uns présentent des spores, soit au milieu, soit à l'extrémité du bâtonnet. Souvent des spores, devenues libres, nageaient à côté des bâtonnets.

Les auteurs ont fait, avec les microbes, des expérienees de *culture* et des expériences d'*occlusion*. Voici l'une de ces dernières :

Un congre très vivant, venant d'être pêché, fut tué par l'éther et ouvert avec des ciseaux rougis. Son foie, coupé avec des ciseaux rougis, fut rapidement plongé dans de la paraffine fondue à 140 degrés. La paraffine, qui formait, après solidification, une couche épaisse de plusieurs centimètres tout autour de ce fragment de tissu, fut recouverte de collodion et de baume de Canada. Trois semaines après, le foie contenait des myriades de petits *bacillus* courts et mobiles, mais il avait encore l'odeur du poisson frais.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet une circulaire, que lui a adressée M. le ministre des affaires étrangères et qui émane de la Commission d'organisation du Congrès international de médecine vétérinaire qui doit s'ouvrir à Bruxelles au mois de septembre prochain.— Sur la proposition de M. le Président, l'Académie désigne M. *Bouley* pour la représenter à ce Congrès.

M. le ministre de l'intérieur adresse le rapport que MM. les docteurs *Lunier* et *Foville*, inspecteurs généraux des services administratifs, ont été chargés de faire sur le Dépôt des Enfants-Assistés de la Seine. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. le docteur *Paquet*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division.

M. *Depierris*, interne à l'Asile de Vincennes, et M. *Saleh Soubhy*, étudiant en médecine à Montpellier, envoient des *Plis cachetés*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Berthelot* (de Verdes, Loir-et-Cher) transmet deux plaques de lymphe vaccinale provenant d'un cas de cowpox spontané qu'il vient de découvrir. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Spiridion Kanellis* (d'Athènes) envoie un mémoire manuscrit, intitulé : *Recherches expérimentales sur le premier bruit du cœur.*

M. *Riche* présente un *Rapport* manuscrit de MM. *Husson* (de Toul) et *Barret*, sur *les causes probables du développement d'une épidémie de fièvre typhoïde à Gondreville. (Commission des épidémies.)*

M. *Armand Gautier* fait hommage : 1° d'un ouvrage intitulé : *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie au point de vue de l'hygiène;* 2° de *Rapports* au Conseil d'hygiène du département de la Seine sur *la fabrication de la céruse et du minium* et sur *l'empoisonnement saturnin à Paris* de 1876 à 1880.

M. *Mathias Duval* dépose, au nom de M. le docteur *Topinard*, un certain nombre de *mémoires d'anthropologie.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Daga*, un *Mémoire sur la fièvre typhoïde à Nancy pendant les années* 1878-1879.

M. *Lagneau* offre son *Rapport au Conseil d'hygiène sur les maladies épidémiques dans le département de la Seine durant l'année* 1881.

M. *Bucquoy* fait hommage de son mémoire intitulé : *La pleurésie dans les maladies du cœur.*

M. *Chatin* dépose, au nom de M. *Alphonse Milne-Edwards*, un *Rapport sur les travaux de la commission chargée d'étudier la faune sous-marine dans les grandes profondeurs de la Méditerranée et de l'Océan Atlantique.*

M. *Vulpian* fait hommage, de la part de M. *Joannès Chatin*, d'un livre ayant pour titre : *La trichine et la trichinose.*

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — On se rappelle que la déclaration lue à la tribune de l'Académie par M. le docteur Glénard au nom des médecins des hôpitaux de Lyon avait été signée par vingt-deux de ces médecins sur vingt-quatre. Les deux opposants, l'un et l'autre correspondants nationaux de l'Académie, font aujourd'hui connaître les motifs de leur opinion, le premier, M. Teissier, par une lettre dont M. Vulpian communique les passages les plus importants, le second, M. Bondet, par une communication qu'il vient lire lui-même à la tribune.

M. *Teissier* se refuse à accepter en thérapeutique des formules absolues; depuis 1844 il a combattu dans son service la fièvre typhoïde par les diverses méthodes en vogue et jamais il n'a eu à déplorer les moyennes de mortalité de 25, 30 ou 35 pour 100 dont parlent les partisans de la méthode de Brand. Quant à celle-ci, il ne la croit utile que chez certains malades, surtout pour combattre l'excès de température et l'ataxie; le bain froid, dit-il, peut contribuer à abaisser le chiffre de la mortalité dans des cas où l'on ne pouvait réussir antérieurement aussi bien avec les autres méthodes; mais il n'est pas toujours sans inconvénients et il peut produire des pleurésies, des pneumonies, des péricardites, de l'entérorrhagie, ainsi qu'il l'a constaté plusieurs fois. Il a eu l'occasion de soigner ainsi dix malades, en suivant la méthode dans toute sa rigueur, à cause de la gravité de leur état, et deux de ces malade ont succombé, soit 20 pour 100, tandis qu'il n'a eu qu'une mortalité de 7,69 pour 100 sur 78 malades qu'il a soignés depuis cinq ans suivant une méthode mixte, expectation armée au début, purgatifs légers, quinine, lotions fraîches, lavements froids plus ou moins répétés, et quelquefois bains froids.

Telle est aussi l'opinion que M. *Bondet* vient développer : pour lui, si la méthode de Brand peut avoir une influence sur l'abaissement de la mortalité par la fièvre typhoïde, c'est surtout comme moyen très énergique, souvent très précieux, pour remplir certaines indications dans des cas bien déterminés et non comme méthode systématique et obligatoire; il était déjà de cet avis dans un mémoire publié en 1874 et ce qu'il a observé depuis à cet égard ne saurait l'en faire changer. D'autant qu'en dépouillant un certain nombre de statistiques empruntées, les unes aux hôpitaux civils de Lyon, dans lesquels la méthode de Brand a continué à être appliquée avec plus ou moins de rigueur, et les autres aux hôpitaux militaires de la même ville où cette méthode n'a été employée qu'exceptionnellement, il vient de reconnaître que dans les premiers la mortalité par la fièvre typhoïde a été

de 15 pour 100 et de 13,39 pour 100 dans les seconds. En comparant ces chiffres avec ceux qui ont été donnés en faveur des différentes médications dirigées jusqu'à présent contre la fièvre typhoïde, les écarts que l'on peut noter sont si peu considérables, ajoute M. Bondet, qu'à la rigueur il ne serait peut-être pas très difficile d'en tirer parti pour admettre que, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde guérissant le plus habituellement toute seule, elle pourrait bien, comme elle aussi, se prêter à toutes les illusions thérapeutiques. Outre l'inutilité de la méthode de Brand dans la plupart des cas, l'orateur fait ensuite remarquer la difficulté de son application dans la pratique civile et il insiste sur les complications, déjà indiquées, auxquelles elle expose assez souvent. Il n'en reconnaît pas moins qu'elle a des indications marquées : l'ataxie, l'hyperthermie constante, l'état comateux habituel, les sueurs profuses, le catarrhe bronchique généralisé, le dicrotisme exagéré du pouls, certaines dilatations pupillaires précoces et persistantes, des réflexes très amoindris, un degré de tympanisme intestinal prononcé; tandis que ses contre-indications sont : la tendance à la syncope dans l'état polysarcique, la congestion active des organes de la respiration, l'abaissement trop brusque et prolongé de la température.

Ces avis des adversaires lyonnais de la méthode de Brand ayant été entendus, M. *Bouley* communique : 1° une lettre des vingt-deux médecins de Lyon, signataires de la déclaration opposée, qui renouvellent leur affirmation en faveur de cette méthode, en ajoutant qu'ils ont voulu ainsi répondre à l'appel adressé par M. le Président de l'Académie, au commencement de la discussion, à tous les médecins de France; 2° une lettre de M. le docteur Renaut, professeur d'anatomie générale à Lyon, déclarant que ce mode de traitement a donné sous ses yeux de tels résultats qu'il n'a pas hésité à l'adopter, bien qu'il soit arrivé à Lyon avec une certaine prévention contre la méthode; 3° une lettre de M. Chauveau qui, malgré le scepticisme que la thérapeutique inspire toujours aux physiologistes, tient à proclamer « en spectateur impartial » la supériorité marquée de cette méthode, d'après la constatation qu'il a été à même d'en faire.

M. *Rufz de Lavison* rappelle que déjà, en 1832, il a essayé, à l'hôpital des Enfants-Malades, de soumettre les enfants atteints de scarlatine au traitement par les bains froids; il fallut vite renoncer à cette méthode qui était alors d'importation anglaise.

Avec MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Germain Sée*, l'Académie revient à la discussion du traitement de la fièvre typhoïde par les diverses autres médications proposées. Le premier défend d'abord la pratique, qu'il a appelée d'une expression qui a fait fortune, l'expectation armée, bien que, dit-il, le mot expectation soit mal choisi, car surveiller l'alimentation du malade, lui faire des lotions vinaigrées, désinfecter ses garde-robes, etc., c'est bien plutôt faire de l'excellente thérapeutique. Cependant il maintient l'expression, car elle implique une opposition à cette doctrine « révolutionnaire » qui voudrait soumettre toutes les formes de la maladie au même niveau thérapeutique, et ce à quoi il s'oppose surtout, c'est aux traitements exclusifs obligatoires. S'il est vraiment impossible d'intervenir par une méthode systématique avant que le diagnostic soit confirmé, il n'en faut pas moins agir dans certaines circonstances, surtout dans celles qui sont révélées par l'étude de la température, étude qui permet seule de juger de la marche cyclique de la fièvre typhoïde, de reconnaître si elle dévie de son type normal. M. Dujardin-Beaumetz critique ensuite l'emploi de l'alcool, recommandé par MM. Germain Sée et Jaccoud, car s'il admet que ce médicament agisse comme décomburant, c'est parce qu'il subit lui-même une combustion dans l'organisme; c'est donc un agent qui ne peut être réservé que pour certaines formes déterminées de la maladie. Quant au sulfate de quinine, s'il a une action tonique sur le cœur, il peut aussi en exercer une des plus dangereuses, lorsqu'il est employé à haute dose, sur l'axe cérébro-spinal; s'il abaisse incontestablement la température, cette action, toutefois, n'est nullement proportionnelle à l'hyperthermie du malade; de plus, il est des cas dans lesquels il ne peut avoir d'effet et même devenir toxique. D'ailleurs, le typhique n'est-il pas un détestable terrain thérapeutique? Le mauvais état de son tube digestif, des lymphatiques qui en émanent, s'opposent à l'absorption des médicaments qu'on lui administre; même la voie hypodermique est alors fermée, à cause de la facilité avec laquelle sa peau se gangrène; de plus, les congestions actives et passives de son rein et de son foie rendent souvent toxiques pour lui l'action des médicaments, même à petite dose, qui s'y accumulent sans pouvoir s'éliminer.

Pour M. *Germain Sée*, la méthode expectante, même armée, est au contraire celle qui donne les plus fâcheux résultats, car c'est elle qui fournit la mortalité la plus élevée, ainsi qu'il a pu s'en convaincre à diverses reprises. Du reste, cette méthode agit par des moyens très actifs : saignées locales et générales, vésicatoires, purgatifs, et même quelquefois l'alcool, le sulfate de quinine; tout comme les méthodes rivales elle veut agir contre l'hyperthermie et l'adynamie; mais ces symptômes de la fièvre typhoïde existent dès le début, ainsi que l'a montré M. Jaccoud. Pourquoi attendre alors et ne pas donner tout de suite le sulfate de quinine et l'alcool? Si l'alimentation des malades atteints de fièvre typhoïde est extrêmement difficile par suite du mauvais état du tube digestif et des voies d'absorption, l'alcool est précisément un aliment qui n'a pas besoin d'être modifié, métamorphosé, c'est un moyen d'épargne empêchant la dénutrition de l'organisme; de plus, il ne brûle pas, il n'est pas brûlé dans le sang, puisqu'on ne retrouve dans les urines aucun des produits de sa décomposition. Une médication qui a pour but de nourrir l'organisme ou du moins d'empêcher sa dénutrition, d'économiser les tissus, d'abaisser la température surélevée par la fièvre, de relever les forces, etc., une telle médication répond aux grandes indications du traitement de la fièvre typhoïde, la plus longue, la plus difficile, la plus délicate à traiter de toutes les affections pyrétiques. L'alcool et le sulfate de quinine combinés constituent cette médication; à doses modérées, ces médicaments sont absolument inoffensifs, sauf dans des cas exceptionnels où l'organisme, devenu réfractaire, intolérant ou trop tolérant, ne répond plus à l'action des médicaments par une réaction physiologique, celle-ci ne pouvant se faire par suite de la dépression trop profonde des fonctions organiques; mais même dans les cas graves, où les voies d'élimination sont entravées par l'altération des organes excréteurs, le sulfate de quinine se retrouve encore dans les urines et il n'y a pas contre-indication absolue à l'emploi de ce médicament. Du reste, dans des cas semblables, quand il y a néphrite albumineuse, par exemple, il est prudent de se défier de tous les médicaments actifs, quels qu'ils soient. En résumé, suivant M. Germain Sée, la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par l'alcool et le sulfate de quinine, est celle que l'on peut le mieux ériger en méthode exclusive absolue, parce qu'elle répond le mieux aux grandes indications de la maladie : l'hyperthermie et l'adynamie.

M. *Peter* commence ensuite un discours qu'il doit continuer mardi prochain et que nous analyserons à ce moment.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Gosselin* sur les titres des candidats à une place vacante dans la section des associés nationaux. La liste de présentation, qui pour cette fois ne renferme que des noms de chirurgiens, est ainsi fixée : en première ligne, M. Ollier (de Lyon); en seconde ligne, M. Parise (de Lille); en troisième ligne, M. Dennée (de Bordeaux); en quatrième ligne, M. Hergott (de Nancy); en cinquième ligne, M. Debron (d'Orléans).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Élongation du nerf dentaire inférieur droit. — Expulsion spontanée d'un calcul vésical à travers la paroi uréthro-vaginale. — Myxome kystique du testicule. — Relations de la syphilis et du rachitisme. — Kyste hydatique de la prostate.

M. *Polaillon* lit un rapport sur une observation de M. Mouchez (de Sens) : *Elongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie douloureuse de la face.* M. Mouchez a trépané la branche montante du maxillaire supérieur (procédé de Warren). Il a découvert le nerf et a fait l'élongation. Le malade fut amélioré, et les injections de morphine complétèrent la guérison. La névralgie disparut non seulement dans le nerf élongé, mais aussi dans les autres branches du trijumeau. M. Polaillon fait remarquer que le malade n'a été tenu en observation que pendant quatre mois, et que c'est ordinairement plus tard que la récidive se montre. La gêne de la déglutition et de la mastication persistait encore après ces quatre mois.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur une autre observation de M. Mouchez : *Expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi uréthro-vaginale.* La malade était âgée de soixante-douze ans ; on constata un corps dur et volumineux au niveau du col de la vessie ; douleurs intolérables pendant la miction. Un jour ce calcul sortit spontanément par la vulve. Il pèse 140 grammes ; ses dimensions sont : 7 centimètres, 5 centimètres et demi, et 6 centimètres. Il resta une fistule uréthro-vaginale.

M. *Verneuil.* Il serait intéressant de rechercher la malade et de savoir ce qu'est devenue la fistule. M. Verneuil avait opéré à Lariboisière une femme portant une fistule vésico-vaginale ; sept ans après, cette femme écrivit de province que sa fistule s'était reproduite ; elle revint à Paris. Au toucher, M. Verneuil trouva sur la paroi antérieure du vagin une saillie dure, et une fistule uréthrale ; un calcul se trouvait dans la vessie. Ce calcul fut expulsé spontanément et la fistule uréthrale persista. Une suture fut sans effet. En outre, la sonde de Sims mise à demeure coupa le canal urinaire et bientôt il ne resta plus d'urèthre, malgré les tentatives d'autoplastie. Une autre malade éprouvait de vives douleurs dans la matrice. Un médecin reconnut une fistule vésico-vaginale créée par un calcul. M. Verneuil fit la taille vésico-vaginale et enleva un calcul du volume d'un petit œuf de poule. La suture échoua. La vessie était petite et enflammée ; une seconde opération échoua également. Voilà deux exemples de fistules créées par des calculs et que l'autoplastie n'a pas guéries.

M. *Berger* a observé la perforation de la cloison vésico-vaginale chez une femme qui portait un petit calcul vésical. M. Broca fit la taille uréthrale avec le lithotome double. En cherchant à retirer la pierre qui avait pour noyau une épingle à cheveux, l'extrémité de l'épingle perfora le fond de la vessie.

Cette femme entra dans le service de M. Berger, à Lourcine, avec une incontinence d'urine ; il existait près du col utérin un pertuis qui laissait passer l'urine. Cette fistule fut guérie par une seule opération.

— M. *Chauvel* donne lecture d'un rapport sur une observation de myxome kystique du testicule droit, par M. Richon. Le malade, âgé de vingt-deux ans, reçut un coup violent sur le testicule ; il en résulta une infiltration sanguine des bourses et un gonflement de la glande. Ganglions inguinaux intacts.

Castration le 16 juin ; le malade est guéri le 28 juillet. Le néoplasme était limité au testicule et à l'épididyme. On trouva dans la tumeur de nombreux kystes, un tissu myxomateux formant la masse principale, et les tubes séminifères altérés. La guérison se maintient depuis deux ans.

M. *Richelot.* Depuis Curling on a perdu la trace de la maladie kystique bénigne du testicule. Dans la thèse de M. Perriquet faite sur la maladie kystique bénigne du testicule, on trouve une observation de M. Terrier ; or le malade de M. Terrier est mort quelque temps après par généralisation viscérale.

M. *Després.* Dans la thèse de Conches on voit que la maladie kystique du testicule se comporte comme le cancer ; si on suit les malades, on constate la récidive. Il y a donc une maladie kystique qui rentre dans les cancers, et une autre qui est l'adénome testiculaire qui ne récidive pas. M. Després croit qu'il n'existe dans la science que quatre ou cinq observations de tumeurs kystiques du testicule qui sont des hypertrophies simples non cancéreuses.

M. *Tillaux* a présenté, il y a vingt ans, une observation de kystes du testicule ; le malade fut opéré et il mourut quelque temps après de généralisation dans la plèvre.

M. *Poncet.* L'existence du kyste dans ces cas est un accident commun à beaucoup de tumeurs ; pourquoi accepter l'accessoire comme base de la nomenclature ? Il faut nommer ces tumeurs myxomes, enchondromes, épithéliomes, etc.

M. *Richelot.* Chez le malade de M. Terrier la tumeur n'était formée que par des kystes, il y a eu récidive.

M. *Trélat.* Dans les deux seuls cas qu'il a observés depuis trente ans, les kystes étaient accessoires ; l'une des tumeurs était un myxome, et l'autre un enchondrome ; dans les deux cas il fallut faire la castration.

M. *Després.* Il y a un très petit nombre de tumeurs qui sont franchement des tumeurs kystiques, et dont l'ablation n'a pas été suivie de récidive. Nous devons maintenir le nom de maladies kystiques pour ces cas-là, qui sont rares, et bien les séparer des myxomes et enchondromes avec kystes.

M. *Richelot.* D'après les préparations microscopiques, M. Richon a eu affaire à un épithélioma muqueux et il y aura récidive.

M. *Chauvel.* Il y a certainement de l'épithélioma dans la tumeur, et on peut l'appeler épithélioma kystique.

— M. *Lannelongue* lit un travail sur les relations du rachitisme et de la syphilis.

Il y a dix jours, mourait à l'hôpital Trousseau, un enfant de trois ans et demi, entré quelques jours auparavant, et rachitique à un haut degré. Étant jeune fille, la mère avait eu la syphilis et des accidents secondaires qui furent traités. Elle se maria ensuite. Le petit malade était son premier enfant. Le mari n'a jamais eu la vérole. Pas d'accidents pendant la grossesse. A peine né, l'enfant eut une éruption sur la peau ; cette éruption disparut à quatorze mois. Bientôt sur les membres se montrèrent de petites nodosités, et tous les signes d'un rachitisme très prononcé. L'enfant mourut de pneumonie.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons des noyaux disséminés d'hépatisation grise ; dans les ganglions bronchiques, matière caséeuse jaunâtre. Dans le foie, sclérose et noyaux jaunâtres disséminés à la surface ; même lésions dans la rate.

Dans le squelette on voit les lésions du rachitisme. Au niveau des épiphyses, déformations dues à un tissu spongoïde très développé. La diaphyse des os longs est développée en fuseau ; l'ancien os est aminci, et sous le périoste existe du tissu spongoïde. Légère fêlure du tissu osseux ancien. Ces lésions existent sur presque tous les os longs.

L'histoire de la syphilis infantile est aujourd'hui établie par les observations de Ranvier (1864), de Guéniot (1868), de Parrot (1872) ; les manifestations osseuses de la syphilis infantile sont admises par tous les observateurs. M. Parrot se demande si le rachitisme n'est pas lui-même de la vérole ; il a publié, en 1874, une observation très analogue à celle

de M. Lannelongue. Waldeyer, Poncet (de Lyon) et Wagner, ont aussi publié des faits très instructifs. Beaucoup de médecins hésitent encore à admettre l'opinion de M. Parrot. Si les observations se multiplient, si on démontre que les enfants rachitiques ont eu des parents syphilitiques, on acceptera peut-être l'idée de M. Parrot, car les altérations syphilitiques héréditaires sont comparables aux lésions du rachitisme.

— M. *Tillaux*. Un homme de quarante-trois ans entre le 23 septembre dernier à Beaujon, pour une rétention complète d'urine; on pouvait passer une sonde en caoutchouc. Douleurs dans les reins, le sacrum et la colonne vertébrale. La prostate très volumineuse comprimait le rectum et refoulait l'urèthre vers le pubis. La tumeur prostatique était régulière, fluctuante; il s'agissait probablement d'un abcès froid de la prostate. Le malade avait eu autrefois un abcès froid sur le thorax, et il était de constitution chétive.

Le 9 octobre, comme le malade s'affaiblissait et souffrait beaucoup, M. Tillaux fit une ponction avec le bistouri par le rectum; il sortit un liquide clair: c'était un kyste de la prostate. Deux jours après, le malade rendit des hydatides en allant à la selle; c'était donc un kyste hydatique siégeant dans le lobe droit de la prostate. Le malade était guéri le 3 novembre.

MM. Le Dentu et Voillemier disent qu'il n'existe pas dans la science un fait authentique de kyste hydatique de la prostate; c'est ce qui a engagé M. Tillaux à communiquer cette observation à la Société de chirurgie.

M. *Nicaise* communiquera prochainement une observation analogue. Le malade avait aussi des troubles de la miction et de la défécation; la tumeur était régulière. Le docteur Millet ponctionna le kyste et il s'écoula 700 grammes de liquide; le microscope révéla la présence de crochets d'hydatides dans ce liquide.

M. *Perrier*. Dans le livre de Davaine on trouve des observations de kystes du plancher du bassin, donnant exactement les symptômes décrits par M. Tillaux. Ces kystes étant bridés par les aponévroses peuvent simuler des kystes de la prostate.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Influence inverse de la fièvre typhoïde sur la syphilis et sur la blennorrhagie : M. de Sinéty. — Excitabilité directe des faisceaux antérieurs de la moelle : M. Mendelssohn. — Siège de l'intelligence dans le cerveau : M. Ch. Richet. — Réfrigération des animaux; action de la saignée : M. P. Bert. — Action des vapeurs d'éther sur les tissus : M. Dubois. — Élection d'un membre titulaire.

M. *de Sinéty*, après avoir rappelé que certaines affections inflammatoires fébriles, telles que la pneumonie, le rhumatisme, font disparaître, pour un temps, les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis, insiste sur l'action suspensive identique qu'exerce la fièvre typhoïde; il a eu l'occasion d'observer cet effet pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde. Les accidents reparaissent, du reste, après un temps plus ou moins long.

L'influence de la fièvre typhoïde sur la marche des accidents blennorrhagiques est tout autre: elle aggrave les écoulements de cette nature et retarde considérablement la guérison. Ces faits ont d'autant plus surpris M. de Sinéty que quelques malades étaient presque guéris de leur blennorrhagie au moment où elles ont été atteintes de la fièvre typhoïde. Il pense que les sécrétions de typhoïdes, et en particulier le mucus vaginal, seraient peut-être un excellent liquide de culture pour les microbes signalés dans le pus blennorrhagique. L'hypothèse d'une influence parasitaire dans le cas de la blennorrhagie concorde, du reste, avec ce fait que parmi les moyens locaux employés pour combattre la maladie, l'eau oxygénée a donné les meilleurs résultats.

M. *Mendelssohn* communique les résultats d'intéressantes expériences qu'il a exécutées en partie dans le laboratoire du professeur Marey, en partie dans celui du professeur Rosenthal, à Erlangen, sur l'excitabilité directe du faisceau antérieur de la moelle.

La plupart des physiologistes refusent, comme on le sait, aux faisceaux antérieurs de la moelle, la propriété d'être directement excitables; cette opinion est vivement défendue encore aujourd'hui, malgré les expériences aussi rigoureuses que concluantes de Fick. Il est évident, en effet, qu'on peut toujours accuser l'excitant électrique de dépasser, en se diffusant, la région du faisceau antérieur sur laquelle on l'applique et d'agir *à distance sur les régions excito-motrices de la moelle*, en sorte que les réactions de mouvement observées seraient dues à un acte réflexe et non la conséquence directe de l'irritation du segment antérieur de la moelle. On peut dire encore que cette même diffusion du courant agit *sur les racines antérieures elles-mêmes* et détermine le mouvement de cette façon, le faisceau antérieur constituant un simple conducteur physique tout passif dans le résultat observé.

M. Mendelssohn a cherché à mettre ses expériences à l'abri de ces deux objections.

1° Pour montrer que l'excitation électrique appliquée au faisceau antérieur ne produit pas le mouvement en passant aux régions postérieures et se réfléchissant par voie réflexe sur les racines antérieures, il a employé la méthode des mesures comparatives du temps écoulé entre l'excitation et la réaction dans les deux conditions suivantes: *a*, en provoquant un véritable mouvement réflexe par l'excitation des régions postérieures; *b*, en provoquant une réaction motrice, supposée directe, par l'irritation du segment antérieur. Il a vu ainsi que l'intervalle entre l'irritation et la réaction est notablement plus considérable dans le cas du réflexe que dans l'autre et il en conclut logiquement que l'excitation appliquée au faisceau antérieur ne traverse pas la région excito-motrice de la moelle et provoque, non un mouvement réflexe, mais un mouvement direct.

2° Pour répondre à l'objection de la diffusion du courant sur les racines antérieures, il a eu recours à la méthode téléphonique qui permet de constater le passage des courants diffusés les plus faibles, alors que la méthode de la patte galvanoscopique peut laisser place au doute. En explorant par ce procédé les racines antérieures pendant l'excitation du faisceau antérieur, l'auteur a pu s'assurer que ces racines n'étaient soumises à aucune excitation électrique dérivée et que le mouvement produit ne résultait par conséquent pas d'une influence accidentellement portée sur elle.

Ayant ainsi exclu les deux causes d'erreur principales qui peuvent se présenter dans des expériences de ce genre, l'excitation réflexe et l'excitation diffusée aux racines antérieures, M. Mendelssohn conclut avec Fick, dont il a répété avec succès les expériences en faveur de l'excitabilité directe du faisceau antérieur de la moelle.

— M. *Ch. Richet* revenant sur les expériences classiques de Flourens, relatives au rôle du cerveau dans les fonctions intellectuelles, a cherché à préciser les régions du cerveau dans lesquelles on pouvait placer le siège de l'intelligence chez les oiseaux. Ses recherches ont été exécutées en enlevant la plus grande partie de l'écorce cérébrale, tout en laissant intactes les régions basilaires qu'on ne peut atteindre par le procédé qu'il a employé; des poules, des canards, des pigeons, des oies ont été ainsi opérés. Ces animaux n'ont présenté aucun trouble intellectuel. « Il n'y a donc pas

lieu, dit M. Richet, d'établir l'homologie fonctionnelle de l'écorce du cerveau dans les mammifères et chez les oiseaux. Chez les mammifères, la couche corticale des hémisphères est probablement le siège de l'intelligence; on n'en peut dire autant des oiseaux... »

— M. *P. Bert* a soumis des animaux variés à l'action de l'eau froide prolongée pendant un temps assez considérable, et obtenue, par l'immersion totale des animaux sauf la tête, dans un courant d'eau à 10-12 degrés, constamment renouvelé. Il s'est préoccupé seulement de la marche de l'abaissement de température, l'exploration thermométrique étant faite avec un thermomètre coudé, plongé dans l'œsophage par la gueule maintenue ouverte. L'animal était fixé immobile sur un appareil contentif et ne pouvait lutter par des mouvements contre la déperdition de chaleur.

L'abaissement de température se fait brusquement d'abord, puis ensuite la courbe va en s'abaissant graduellement. Parmi les conditions qui font varier la courbe de la chute thermométrique, M. Bert signale particulièrement la saignée abondante; il a vu qu'un animal auquel une quantité de sang équivalant au 1/50e du poids du corps avait été enlevée, se refroidissait moins vite qu'un animal non saigné. Ce fait, contraire à ses prévisions, lui paraît pouvoir s'expliquer par cette considération que la masse du sang à refroidir à la périphérie étant moindre, la réfrigération superficielle est moins rapidement transmise aux parties profondes. On sait, en effet, que le refroidissement général s'opère d'autant plus vite que la circulation périphérique est plus active. Pour obtenir quelques indications sur l'influence de ce facteur, l'état de la circulation périphérique, M. Bert a cherché à obtenir une exagération circulatoire par la section des pneumogastriques et une diminution par l'excitation fréquemment renouvelée du segment inférieur de l'un de ces nerfs. Il a vu dans le premier cas la réfrigération centrale marcher plus rapidement; elle s'opérait plus lentement, au contraire, dans le second cas.

M. *Brown-Séquard* signale à M. Bert ce fait que l'action même très passagère de l'eau froide à la surface de la peau produit le phénomème de l'arrêt des échanges, caractérisé partout par la coloration rouge du sang veineux.

— M. *Dubois* complète une communication qu'il a faite antérieurement au sujet de l'action des vapeurs d'éther et de chloroforme sur les tissus organiques et particulièrement sur les fruits. Il avait montré que les fruits perdent une certaine quantité de suc aqueux et que leur couleur est modifiée; il ajoute qu'on n'observe pas seulement une perte de poids, mais une augmentation de la densité. L'examen microscopique montre que les méats intercellulaires sont gorgés de liquide à la suite d'une exosmose en dehors des cellules.

Dans les tissus animaux, l'action des vapeurs d'éther ne paraît pas bornée non plus à une simple déshydratation; celle-ci paraît être suivie de dédoublement important.

M. Dubois montre des animaux conservés depuis plusieurs semaines sans putréfaction, sous l'influence des vapeurs d'éther.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire donne la majorité à M. Larcher. Sur 25 votants, M. Larcher obtient 15 voix, M. Henneguy 8; M. Cadiat 1; M. Gellé 1.

M. Larcher est élu membre de la Société.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Élimination du borate de soude par la salive : M. F. Vigier.— Senecio canicida : M. Dujardin-Beaumetz. — Traitement du furoncle : M. E. Labbé.

M. *F. Vigier* donne lecture d'une note sur le borate de soude et son élimination par la salive et les principaux émonctoires. (Nous reviendrons sur ce travail.)

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente en son nom et au nom de M. Jourdanet un travail sur les propriétés toxiques d'une plante mexicaine, l'*Itzquinpatli* (*Yerba del perro*), de la famille des seneçons, et connue en botanique sous le nom de *senecio canicida*. Cette herbe, qui croît abondamment aux environs de Puebla, d'où le nom d'*herbe de Puebla* qui lui a été donné, a été étudiée au point de vue de ses propriétés toxiques dans la thèse d'agrégation de M. Rio-Loza, soutenue en 1861 devant la Faculté de médecine de Mexico. M. Dujardin-Beaumetz dépose sur le bureau de la Société un échantillon du *senecio canicida;* cette plante, d'après les recherches récentes de M. Tanret ne contient pas d'alcaloïde. M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté sur des chiens les propriétés toxiques signalées par l'auteur mexicain; avec 8 grammes de teinture, en injection hypodermique, ou 1 gramme d'extrait, il a fait périr, en trois heures, un chien du poids de 8 kilogrammes et demi; il a plusieurs fois renouvelé l'expérience et a obtenu constamment des résultats identiques : les animaux ont succombé avec des accidents tétaniques, reproduisant en partie les phénomènes de la rage. Se basant sur cette analogie symptomatique, M. Jourdanet a émis l'hypothèse de la guérison possible de la rage par l'emploi du *senecio canicida;* mais cette opinion ne paraît pas reposer sur une base bien solide, tous les poisons tétanisants déterminant chez le chien des accidents semblables à ceux de la rage. M. Dujardin-Beaumetz a également commencé une série d'expériences sur l'homme; il a administré l'extrait du *senecio canicida* à des paralytiques espérant amener chez eux des phénomènes excito-moteurs; il tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

M. *Martineau* demande si l'extrait a été fait avec la tige, la feuille ou la racine de la plante.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a jusqu'ici expérimenté qu'avec un extrait provenant de la plante entière. Il ajoute qu'à l'autopsie des chiens on n'a trouvé aucune lésion quelque peu caractéristique.

M. *E. Labbée* pense qu'il serait intéressant de savoir si cette plante est également toxique pour les autres animaux. Il croit savoir d'ailleurs, qu'en 1874 le *senecio canicida* était employé en thérapeutique au Mexique.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas eu connaissance de ce fait. Il n'a encore expérimenté que sur le chien, mais il se propose de continuer ses recherches.

— M. *C. Paul* donne lecture d'un rapport sur le travail de M. John Lemoine ayant pour titre : *Contribution au traitement de la fièvre typhoïde par le coaltar saponiné*. Ce mémoire ne présentant pas des conditions de rigueur scientifique suffisantes, M. C. Paul conclut en demandant qu'il ne soit pas publié dans les *Bulletins* de la Société. — Ces conclusions sont adoptées.

— M. *E. Labbé* revient sur une précédente communication relative au *traitement du furoncle*. L'inoculation expérimentale a été démontrée par M. Launelongue, et l'inoculation spontanée est un fait d'observation qui paraît nettement établi; or il est de toute évidence que cette inoculation spontanée est favorisée par le ramollissement de l'épiderme que

déterminent les cataplasmes appliqués sur le furoncle primitif. M. E. Labbé a pansé un furoncle chez un enfant avec des compresses imbibées d'une solution de chloral, puis d'acide phénique, mais ce mode de traitement, qui a l'avantage d'être antiseptique, ne supprime pas l'inconvénient du ramollissement de l'épiderme, et l'inoculation spontanée de quelques furoncles secondaires est venue démontrer l'impuissance relative du topique employé. Dans un autre cas, un gros furoncle isolé a été entouré à sa base d'une couche de collodion de 3 à 4 centimètres de largeur et pansé avec de l'onguent de la mère : il n'y a pas eu d'inoculation au pourtour du furoncle primitif. Des faits de même ordre ont d'ailleurs été étudiés par Lœvenberg et sont consignés dans le *Traité des maladies de la peau*, de Duhring. La nature parasitaire du furoncle, signalée par Lœvenberg, a été confirmée, il y a deux ans, par M. Pasteur, qui a réussi à isoler et à cultiver le microbe spécial à cette affection. Peut-être cependant faudrait-il faire quelques réserves au sujet de la dénomination de *furonculose* adoptée par Lœvenberg pour désigner la succession des poussées de furoncles engendrés par auto-inoculation. Le microbe du furoncle ne se trouve qu'au sommet de la vésico-pustule et jamais à la base; contenu dans le pus qui s'écoule sur le tégument voisin il pénètre dans l'orifice des glandes sudoripares ou des follicules pilosébacés et devient en ces points l'origine de furoncles nouveaux. M. E. Labbé cite un cas d'inoculation produite, à la limite du cuir chevelu dans la région cervico-occipitale, à la suite d'une légère écorchure faite à l'épiderme par le peigne dont se servait un malade pour démêler ses cheveux agglutinés par le pus d'un furoncle de la nuque.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer, en outre, que les inoculations successives de furoncles sur le même individu donnent naissance à de nouveaux furoncles de plus en plus atténués.

M. *Blondeau* a réussi à faire avorter des furoncles successifs en les pansant avec une solution de borate de soude concentrée.

M. *E. Labbé* a obtenu dans un cas le même résultat avec l'acide phénique caustique.

M. *Moutard-Martin* ne conteste pas l'atténuation des furoncles successifs dans certains cas, mais il a observé des individus atteints pendant de longs mois, et même des années, de poussées ininterrompues de furoncles toujours aussi volumineux et aussi douloureux. Ces malades, d'ailleurs, n'étaient pas diabétiques.

M. *E. Labbé* pense qu'en effet les furoncles de seconde génération peuvent engendrer des furoncles nouveaux de même volume que la lésion primitive, tandis que celle-ci ne donne lieu qu'à des inoculations successivement atténuées.

M. *Gouguenheim* n'a jamais pu réussir à inoculer le furoncle. Quant au chancre simple, si facilement réinoculable, il ne présente rien d'analogue à cette atténuation progressive signalée pour le furoncle; on observe parfois des différences sensibles dans le volume et l'aspect du chancre inoculé, mais ces différences tiennent uniquement à la région où l'inoculation a été faite.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur deux cas de cirrhose hypertrophique graisseuse avec ictère, par le docteur P. Merklen, interne (médaille d'or) des hôpitaux.

L'ictère tient une place importante dans la symptomatologie de la cirrhose hypertrophique graisseuse. L'auteur, se basant sur les travaux antérieurs et sur deux intéressantes observations personnelles, recherche la cause et la signification de ce phénomène qui peut être intense ou léger, persister jusqu'à la mort ou disparaître dans les dernières périodes.

L'apparition de l'ictère paraît liée à une poussée d'hépatite aiguë se révélant par de la fièvre et une hépatalgie souvent violente. Elle est anatomiquement caractérisée, ainsi qu'il ressort des recherches histologiques pratiquées par l'auteur, par une néoformation embryonnaire aux dépens des éléments cellulaires du lobule; cette prolifération, étant d'ailleurs plus marquée à la périphérie, détermine un véritable barrage des voies biliaires intralobulaires, d'où la stagnation de la bile. L'ictère ne se produit néanmoins, ou ne persiste, que si les cellules hépatiques conservent une certaine intégrité fonctionnelle. Or la stéatose rapide qui accompagne ou suit les poussées inflammatoires, n'est guère compatible avec la sécrétion d'une bile normale, et la décoloration de ce liquide est, d'après Lereboullet et Ritter, la conséquence habituelle de la dégénérescence graisseuse du foie. La coloration ictérique est donc d'autant plus marquée que celle-ci est moins avancée.

Ainsi comprise, la pathogénie de l'ictère rend compte de la variabilité du symptôme, et les propositions suivantes qui servent de conclusions à l'important travail de M. Merklen paraissent très légitimes et rigoureusement établies : 1° l'ictère dans la cirrhose hypertrophique graisseuse est la conséquence d'une hépatite diffuse intralobulaire aiguë ou subaiguë, qui, par l'abondante néoformation embryonnaire qu'elle détermine entre les cellules hépatiques, interrompt le cours de la bile dans le lobule; 2° l'intensité de l'ictère est en raison directe de l'intégrité des cellules hépatiques. L'ictère est d'autant moins prononcé que leur dégénérescence graisseuse est plus complète. (*Revue de médecine*, n° 12, 10 décembre 1882.)

VARIÉTÉS

Association générale. — *Séance annuelle de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France.* — La Société a tenu sa séance annuelle le dimanche 11 février, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. M. le président *Gosselin* a ouvert la séance par une allocution courte, simple, dans laquelle il a dit, sans un mot de trop, ce qu'il était nécessaire et utile de dire. Dans ce discours, il est un passage sur lequel l'attention du lecteur doit être appelée, parce que ce passage répond à certaines insinuations qu'on ne saurait trop repousser : « A aucune époque, a dit M. Gosselin, la Société centrale, ni les autres Sociétées annexées à l'Association générale ne se sont occupées de questions politiques ni de sujets philosophiques ou religieux. »

M. le secrétaire général *Piogey* prend ensuite la parole, et fait connaître les pertes qu'a subies la Société centrale pendant l'année 1882, ainsi que les adhésions nouvelles qui ont comblé les vides laissés par la mort. La Société a eu la douleur de perdre 21 membres et la satisfaction d'en recevoir 38.

M. *Brun*, trésorier de la Société centrale, comme il l'est de l'Association générale, a annoncé que la Commission a satisfait à toutes ses charges sociales vis-à-vis de l'Association générale, qu'elle a, et largement, contribué à l'augmentation du capital de la caisse des pensions viagères. Elle a encore versé à son compte de fonds de réserve la somme de 4000 francs.

L'ordre du jour appelle le renouvellement, par tiers, des mem-

bres de la commission administrative. Le scrutin donne le résultat suivant : Sont nommés : MM. Baldy, Bonne, Bourdin, Campardon, Cartaz, Chevalet, Duguet, Neumann, Radoux, Richard d'Aulnay, Roques, Troisier. Le mandat quinquennal du bureau expirait cette année. L'assemblée, par acclamation, confirme dans leurs fonctions : M. Gosselin, président; M. Le Roy de Méricourt, vice-président; M. Brun, trésorier; M. Piogey, secrétaire général.

Association générale des médecins de France. — Vingt-quatrième assemblée générale. — L'assemblée générale aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le grand amphitéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

1° *Séance du dimanche 1er avril* 1883. — La séance sera ouverte à trois heures précises. *Ordre du jour* : 1° Allocution de M. le président. 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° Compte rendu général sur la situation et sur les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A. Foville, secrétaire général; 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice et de M. Woillez, décédé (Au terme de l'article 10, les membres du Conseil général sont rééligibles); 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

2° *Séance du lundi 2 avril* 1883. — La séance sera ouverte à trois heures précises. *Ordre du jour* : 1° vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1883. Discussion et vote des conclusions; 4° ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1884; 5° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyées au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1884.

Société protectrice de l'enfance. — Le deuxième bal d'enfants paré et costumé, donné sous le patronnage des jeunes bienfaiteurs, aura lieu, comme de coutume, à l'hôtel Continental, rue Castiglione, le jeudi de la Mi-carême, 1er mars, à une heure de l'après-midi. On trouvera des billets pour le bal, au siège de la Société et à l'hôtel Continental.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés au grade de médecin-major de 1re classe (choix) M. Bonnefoy (Charles-Joseph-Armand), et au grade de médecin-major de 2e classe (1er tour, ancienneté). M. Georges (Marie-Emile).

Laboratoire du comité consultatif d'hygiène. — Le ministre du commerce vient de demander au Parlement 30 000 francs pour la création d'un laboratoire qui sera annexé au Comité d'hygiène publique de France. Ce comité depuis longtemps réclamait un établissement de ce genre afin de pouvoir faire exécuter directement les expériences et les analyses que nécessitent certaines affaires qui lui sont soumises. C'est le cas des affaires concernant notamment les matières alimentaires, les boissons, les substances toxiques, los professions insalubres, la désinfection, les eaux en général, les eaux minérales, etc. Toutes ces questions sont soumises à chaque instant au Comité d'hygiène publique qui, n'ayant pas de laboratoire, était obligé de s'adresser à la bonne volonté de personnes étrangères pour faire exécuter ses expériences.

Ce laboratoire sera installé rue de Seine, dans une maison appartenant à la ville de Paris.

Le Comité d'hygiène se propose, dès qu'il sera en possession de ce laboratoire, d'y faire exécuter l'analyse chimique de toutes les eaux minérales de France.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Le conseil a décidé le renvoi à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, barron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz, de tous les documents recueillis pendant l'enquête sur l'épidémie typhoïde.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Claudot, ancien sénateur des Vosges, décédé le 9 février dernier à l'âge de soixante-six ans. Né à Neufchâteau, notre confrère y exerça la médecine pendant de longues années avec un dévouement et une charité inépuisables. Ses connaissances professionnelles l'avaient fait élire président de la Société de médecine des Vosges, position qu'il conserva jusqu'à sa mort. Ses opinions libérales et la haute situation qu'il avait su acquérir parmi ses concitoyens l'avaient fait nommer sénateur en 1876.

— M. le docteur Eugène Lachenal, commandeur de la Légion d'honneur, ancien député au Parlement sarde et gouverneur de la Savoie à l'époque où cette province fut réunie à la France, vient de succomber à Annecy, à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

— Nous apprenons aussi la mort, à Brest, de M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-seize ans; à Paris, du docteur Eugène Watrin, neveu du grand chirurgien messin Scoutetten, qui fut médecin en chef d'un de nos corps d'armée en Crimée.

Mortalité a Paris (6e semaine, du vendredi 2 février au jeudi 8 février 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1146, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 15. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 54.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 101. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 27; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; de l'appareil circulatoire, 52; de l'appareil respiratoire, 98; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 12.

Conclusions de la 6e semaine. — Il a été notifié cette semaine au service de la statistique, 1195 naissances et 1146 décès. Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne des décès des quatre dernières semaines, qui est de 1129. Il est sensiblement égal au chiffre des décès enregistré dans notre dernier bulletin qui était de 1149. A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la diphthérie (43 décès au lieu de 38) et l'érysipèle (5 au lieu de 3), une atténuation pour la fièvre typhoïde (41 au lieu de 45), la rougeole (10 au de 17), la coqueluche (5 au lieu de 8). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux n'est pas moins rassurante. Les admissions pendant la période du 27 janvier au 4 février ont été : pour la fièvre typhoïde, au nombre de 57 au lieu de 67 effectuées pendant la période précédente ; pour la variole, 29 au lieu de 33. Mais 37 admissions de diphthériques, au lieu de 31, ont dû être prononcées.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel de thérapeutique, par M. le docteur Berlioz; avec une introduction par M. le docteur Ch. Bouchard. 1 volume in-18 diamant de 581 pages. Paris, G. Masson. 6 fr.

Précis des maladies des femmes, par M. le docteur A. Lutaud. 1 vol. in-18 diamant de 516 pages, avec 165 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 7 fr.

Appareil élytro-ptérygoïde : Hémostase, dilatation du col, ocytocie, par M. le docteur Chassang (de Lyon). (Des clichés de l'appareil sont à la disposition de MM. les rédacteurs, chez M. Mathieu, 113, boulevard Saint Germain.) Brochure in-8 de 60 pages. Paris, G. Masson. 2 fr.

Des ruptures utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel, par M. le docteur J. P. H. Coutagne (de Lyon). (Travail du laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon.) Brochure in-8 de 54 pages. Paris, G. Masson. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Motteroz, Adm.-Direct des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 22 février 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — AUTO-INOCULATION INTERSTITIELLE D'AGENTS INFECTIEUX

Séance de l'Académie.

La discussion pendante à l'Académie de médecine s'est encore enrichie, dans la dernière séance, de deux discours : l'un *sur* la fièvre typhoïde, et l'autre *à propos* de la fièvre typhoïde.

M. le professeur Peter a prêté l'appui de son talent, les fécondes ressources d'un esprit à la fois sensé et humoristique à une doctrine thérapeutique, soutenue ici même il y a peu de semaines : celle qu'on appelle la *médecine des indications*, que l'orateur a confondue un instant, dans les termes, avec la *médecine des symptômes*, mais sans doute comme tout son discours en fait foi, avec ce sous-entendu que les symptômes reçoivent préalablement une interprétation scientifique.

Quant au second orateur, M. Rochard, il a entrepris de prouver arithmétiquement par des opérations sur le tableau noir, — et il paraît bien y avoir réussi, — que la ville de Paris, en dépensant annuellement 33 millions de francs pour l'assainissement de la capitale, placerait son argent à 10 pour 100. Si les travaux nécessaires pour cela sont mis en actions, nous recommandons ce placement aux confrères rangés.

Auto-inoculation interstitielle d'agents infectieux.

A M. LE DOCTEUR PAUL RECLUS.

Merci, cher disciple et encore plus cher ami, du soin que vous prenez sans cesse de reproduire quelques-unes de mes idées dans vos articles si remarquables et si remarqués, je vous l'assure. Après le plaisir de concevoir une théorie, il n'y en a guère de plus grand que de vous avoir pour interprète.

Vous avez cité, dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, une conception étiologique et pathogénique à laquelle je tiens beaucoup, la croyant vraie et partant féconde, que je cultive depuis longtemps et que j'ai souvent exposée soit dans mon enseignement officiel, soit dans ces entretiens familiers que j'aime tant à tenir en petit comité, avec des élèves, comme vous, si aptes à dépasser leur maître. Je veux parler de l'*auto-inoculation traumatique interstitielle*.

Si j'avais pu prévoir que votre intention était de la présenter au public, je l'aurais formulée nettement et explicitement; mais je puis aujourd'hui combler cette lacune.

Je désigne par ce terme l'acte pathogénique en vertu duquel un parasite, circulant en liberté dans les vaisseaux rouges ou blancs, quitte le milieu sanguin ou lymphatique à la faveur d'un trauma vasculaire profond pour pénétrer dans les espaces conjonctifs ou les îlots parenchymateux et s'y développer au besoin.

Le titre, j'en conviens, est un peu long, mais tous ses membres sont nécessaires pour caractériser l'acte en question et le séparer de ses voisins.

Inoculation, terme principal, signifie qu'un virus, parasite ou microbe, — on peut sans trop de scrupules, et pour certaines maladies infectieuses au moins, employer cette synonymie — pénètre avec effraction dans un point de l'économie.

Auto, placé en avant, veut dire que l'individu est inoculé à l'aide d'un virus, parasite ou microbe, qu'il portait avec lui, sur lui, en lui, antérieurement à l'effraction; par opposition à l'hétéro-inoculation, dans laquelle le sujet reçoit directement du milieu ambiant l'agent infectieux accidentellement mis en contact avec l'organisme et profitant de l'effraction créée ou non pour lui.

Traumatique, première épithète surajoutée, indiquant

nettement la cause et le mécanisme de l'effraction, laquelle résulte d'une violence soudaine. Ce terme est peut-être le moins utile des trois; cependant il sert à distinguer les cas d'ordre essentiellement chirurgical où la pénétration du parasite ou microbe se fait à la faveur d'une diérèse évidente, de ceux où l'invasion silencieuse et en apparence spontanée s'effectue peut-être par une diapédèse favorisée sans doute par une lésion histologique antérieure.

Interstitielle, enfin, précise le lieu de l'effraction, c'est-à-dire le siège exact du foyer traumatique qui, n'étant ni exposé, ni externe, ni cavitaire,— on reconnaît ici ma division topographique des traumas en trois groupes — communique exclusivement avec l'appareil vasculaire et ne peut recevoir que de lui le virus, parasite ou microbe, inoculable ou inoculé. L'inoculation par la surface tégumentaire et par les cavités en communication avec l'extérieur a été décrite depuis longtemps, surtout la première. L'auto-inoculation, dans les explorations et dans les actes opératoires, est bien connue, mais non aussi redoutée qu'elle le devrait être; cette auto-inoculation opératoire, chez les tuberculeux, a été parfaitement indiquée avec ses conséquences par M. Charvot, que je félicite, partageant ses scrupules (*Gaz. hebdom.*, 1882, p. 380).

L'auto-inoculation traumatique interstitielle a été entrevue, mais, que je sache, n'a pas été décrite ~~encore~~.

L'idée, vous disais-je plus haut, m'est venue depuis longtemps. Vous en pourrez juger par une simple citation.

Le 14 février 1872, je fis à la Société de chirurgie une communication sur la suppuration des lésions traumatiques interstitielles. J'établissais à l'aide d'observations concluantes qu'en cas de blessures multiples, les unes ouvertes, les autres sous-cutanées, ces dernières pouvaient suppurer quand les premières s'étaient enflammées et étaient devenues le point de départ d'accidents infectieux; j'expliquais le fait de la manière suivante :

« Le sang empoisonné par les matières infectieuses puisées dans les foyers ouverts est venu baigner les foyers profonds que leur position dans les conditions ordinaires aurait soustraits aux chances de suppuration. Il s'est fait là une véritable inoculation interne dans laquelle la lésion traumatique antérieure, représentant l'action de la lancette, a ouvert d'avance la voie à l'insertion toxique, d'où la formation d'un foyer purulent secondaire; localisation facile à prévoir d'une maladie générale dont la tendance à produire du pus n'est ni contestable ni contestée. Sauf l'effraction préalable, qui dans ces cas est manifeste, on reconnaît là le mécanisme des suppurations dites métastatiques, qui elles aussi reconnaissent bien souvent pour causes de véritables inoculations septiques intra-vasculaires effectuées à la faveur des embolies. » (*Bull. Soc. de chir.*, 3e série, t. I, p. 62.)

En 1873, à l'Académie de médecine, dans la séance du 6 mai, M. Bouley fit connaître la célèbre expérience de mon éminent ami Chauveau. Vous savez bien en quoi elle consiste. A l'aide d'une injection de matière septique, on empoisonne le sang d'un bélier. Peu de temps après on crée par le bistournage un trauma interstitiel qui devient ainsi le siège d'une inflammation gangreneuse.

Je pris la parole pour montrer l'analogie du fait avec ceux que j'avais observés chez l'homme. On sait, disais-je, que les contusions, les lésions sous-cutanées et interstitielles ne doivent pas suppurer dans les conditions normales. Mais qu'un individu ait en même temps une ou plusieurs plaies en suppuration, le sang vicié par le pus va passer dans le courant circulatoire, baigner les foyers sous-cutanés et en déterminer la suppuration.

Je rappelai en outre les expériences de d'Arcet, qui, en injectant dans les veines d'un animal des poudres inertes, déterminait des infarctus bénins, et injectait de la matière putride qui métamorphosait les infarctus bénins en abcès métastatiques mortels (*Bull. Acad. de méd.*, 2e série, t. II, p. 527).

Chassaignac, comme vous le savez, et c'est là un des plus beaux fleurons de sa couronne scientifique, avait décrit de main de maître les suppurations osseuses et périostiques de l'adolescence, puis il avait dénommé la maladie *typhus des membres*, expression pittoresque qui rappelait bien la physionomie générale et l'extrême gravité du mal.

L'exemple terrifiant de quelques enfants que j'avais vus mourir entre quatre, cinq ou six jours avec tous les symptômes et les lésions de l'infection purulente m'avait fait assimiler certains cas d'ostéo-myélite et d'ostéo-périostite suppurée aux formes les plus graves de la septico-pyohémie. La pathogénie seule m'embarrassait.

Dans trois cas en effet, le mal, foudroyant dans sa marche, avait débuté soudainement à la suite de contusions sans plaie portant sur le gros orteil, le condyle interne du fémur, le grand trochanter. Comment donc admettre la provenance antérieure du poison ?

Je songeai à l'auto-inoculation traumatique interstitielle, seule capable de me fournir une explication rationnelle.

Pénétré de cette théorie, vous comprendrez le plaisir que je ressentis en la voyant catégoriquement proposée pour des faits d'un ordre un peu différent, mais fort comparables, si l'on rapproche les parasites microbes et les parasites macrobes.

Un interne des hôpitaux, M. Boncour, soutint sa thèse en 1878 *sur les kystes hydatiques des membres.* Dès la première page, il avertit que son but principal est de démontrer que dans l'apparition de certains kystes hydatiques, le traumatisme, contusion ou fracture, n'est pas toujours une cause banale, mais possède une valeur réelle comme cause occasionnelle.

Un peu plus loin, page 10, il admet la présence dans le sang des embryons d'échinocoques et alors voilà comment il explique le rôle du traumatisme dans la production des kystes hydatiques des membres (p. 14). Tout traumatisme, suivant sa violence, peut produire un épanchement sanguin ou une fracture, ou un mouvement fluxionnaire. Supposons ce traumatisme survenant chez un individu ayant ingéré des embryons de tænia; voici ce qui va se passer. Les embryons entraînés dans le torrent circulatoire peuvent en même temps que les globules sanguins sortir du vaisseau qui les contient et s'épancher au niveau du point contus. Là ils se développent et l'épanchement sanguin est remplacé plus tard par un kyste hydatique.

J'ai reproduit ce passage d'abord parce qu'il est intéressant, et que je voulais ensuite rendre à l'auteur ce qui lui appartient, n'ayant été ici que le propagateur de son hypothèse.

La théorie de l'auto-inoculation traumatique interstitielle a, si je ne me trompe, un assez bel avenir. Elle explique déjà bien des faits cliniques et en expliquera certainement bien davantage quand on aura cherché à l'appliquer à d'autres maladies infectieuses. Ainsi, depuis que la tuberculose est entrée dans la grande classe des microbioses, j'ai pu me rendre compte, avec la théorie en question, des tuberculoses

locales d'origine traumatique, dont je cherchais depuis plusieurs années la pathogénie. J'ai pu comprendre surtout ces synovites, ces ostéites tuberculeuses consécutives à des traumas profonds, entorses et contusions osseuses. Comme vous le disiez, les expériences curieuses de M. Max Schuller, au cas où elles seraient confirmées, appuieraient puissamment une conception que la clinique a déjà permis de formuler avec quelque assurance.

Maintenant je reconnais volontiers devant vous et devant nos lecteurs que la question exige des développements que nous ne pouvons lui donner ici.

Cordialement à vous.

A. Verneuil.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Maladies de la bouche. — Des indications thérapeutiques dans la carie dentaire, par le docteur E. Magitot, membre de la Société de chirurgie, lauréat de l'Institut, etc.

(Suite. — Voyez le numéro 7.)

3° *Pansements astringents.* — Les pansements astringents ont pour indication formelle un état de sensibilité des parois d'une carie nécessitant sa réparation moléculaire et destinés à provoquer de la part de la pulpe une surexcitation fonctionnelle capable d'amener cette réparation cicatricielle elle-même. Mais l'emploi d'une telle médication demandera quelques ménagements et certaines précautions dont la plus essentielle sera de pratiquer d'abord dans une carie sensible une première série d'applications calmantes. Si ces dernières sont reconnues insuffisantes à rendre insensibles les couches d'ivoire, ce qui est fréquent dans les lésions voisines de la pulpe, il faut réveiller ou exciter les fonctions de celle-ci.

Dans ce but, beaucoup de formules ont été conseillées par divers auteurs anciens ou modernes. Ainsi Toirac avait proposé un mélange d'acétate de plomb et de sulfate de zinc unis à la teinture d'opium. C'était la reproduction d'une formule bien connue de Ricord contre la blennorrhagie. Mais on ne saurait en tous cas accepter la présence d'une préparation saturnine dans la bouche. Nous en repoussons donc l'emploi.

D'autre part, Lefoulon avait proposé un mélange d'alun calciné et de gomme réduits en pâte molle par l'éther acétique. Ici encore, nous pensons que l'alun, par son action destructive si marquée sur les tissus dentaires, doit être rejeté.

Viennent ensuite l'iode, dont les propriétés colorantes sont un réel inconvénient, l'iodoforme, dont l'odeur désagréable n'est compensée par aucune avantage particulier, le nitrate d'argent, conseillé par Tomes et auquel l'objection faite à l'iode est applicable, le chlorure de zinc, dont la solubilité dans la salive peut devenir un véritable danger, etc.

A tous ces agents, nous préférons de beaucoup un astringent pour ainsi dire classique : le *tannin*. C'est dans une teinture alcoolique ou éthérée qu'il conviendra de l'employer, ou bien encore à l'état pulvérulent en recouvrant un pansement à la ouate d'une couche fine de la substance. Nous noterons toutefois un petit inconvénient dans l'emploi du tannin qui prend, comme on sait, avec les préparations ferrugineuses une couleur noire susceptible de pénétrer l'intérieur de l'ivoire, aussi devra-t-on en éviter l'emploi chez les sujets qui feraient usage de la médication martiale.

Sous cette réserve, nous donnons la préférence pour la médication astringente de la carie à la préparation suivante :

Mixture C.

Tannin en poudre........	50 centigrammes.
Teinture de benjoin......	10 grammes.

Ce mélange, absolument inoffensif, d'une action très nette, et en outre facile à doser en diminuant ou augmentant la proportion de tannin, devra être appliqué par une série de pansements jusqu'à l'insensibilité complète des surfaces malades. Ce résultat sera ainsi réalisé dans l'immense majorité des cas, et cependant il est quelques circonstances dans lesquelles une couche profonde de dentine frappée d'une sorte d'hyperesthésie considérable résistera à cet agent. Quel moyen employer alors?

Ici nous avons recours à une autre substance dont il sera parlé plus loin, car elle figure non plus parmi les astringents proprement dits, mais parmi les caustiques, nous voulons parler de l'*acide arsénieux*. Or cet agent, comme tout caustique en général, est susceptible de produire soit l'effet irritant, soit l'effet caustique véritable ; c'est une question de dose. Il est donc possible de faire sur une surface d'ivoire une application assez faible pour qu'elle ne dépasse pas le premier effet sans atteindre le second. C'est ce que nous avons l'habitude de pratiquer en recouvrant un pansement ouaté d'une très mince couche de cet acide porphyrisé.

Une seule application est ordinairement suffisante, et il est même formellement indiqué de ne pas la renouveler, car si un premier pansement borne son effet à l'action astringente, un second ou un troisième risquerait de produire l'inflammation de la pulpe et toutes ses conséquences. On devra même, dans la pratique, faire suivre immédiatement l'application arsenicale de pansements calmants destinés à modérer l'action du médicament. Cette méthode est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle et ne serait applicable qu'au dernier degré de la seconde période, c'est-à-dire au voisinage de la pulpe et seulement en cas d'échec des astringents proprement dits. Le danger n'est d'ailleurs pas très grand dans ces circonstances, car en admettant même que l'acide arsénieux provoque la pulpite, la conduite du praticien est alors formellement indiquée : ouvrir la cavité centrale et transformer une carie de la seconde période en carie pénétrante, dont le traitement est d'ailleurs facile ainsi qu'on le verra plus loin.

4° *Pansement par occlusion.* — L'indication spéciale du pansement par occlusion est d'essayer la tolérance d'une carie à l'obturation définitive. Il représente une véritable épreuve qui fait suite aux applications thérapeutiques antérieures. C'est en un mot l'*obturation provisoire*.

Comme procédé opératoire, le pansement par occlusion s'effectue par toute espèce de substance capable d'obturer d'une manière complète la cavité d'une carie, mais susceptible en même temps d'être rapidement enlevée en cas d'accident.

La cire ordinaire appliquée après un lavage de la carie à l'alcool ; la gutta-percha précédée d'un lavage au chloroforme, le collodion ordinaire ou mieux encore le collodion riciné, l'étain en feuille, introduit par des pressions douces, sont des procédés parfaitement appropriés. Mais il en est d'autres d'un emploi plus facile encore : ce sont des teintures résineuses concentrées dont on imbibe encore une boulette de coton et qui, dans le milieu salivaire, se coagulent et donnent une occlusion très facile et très complète.

Voici à cet égard des formules qui répondent à ce but :

1° Résine en larmes...... } āā 5 grammes.
Benjoin en larmes..... }
Alcool bouillant q. s. pour faire un liquide sirupeux.

2° Teinture de benjoin.... 50 grammes.
Saturé à chaud et évaporé jusqu'à consistance sirupeuse.

3° Collodion riciné.

4° Collodion riciné........ } āā 5 grammes.
Teinture de benjoin.... }

De ces quatre formules nous préférons les deux premières qui sont fort simples, d'une conservation suffisante pour les besoins journaliers de la pratique, tandis que le collodion, soit pur, soit uni au benjoin, reste assez peu de temps à l'état liquide et se prend vite en masse.

Ainsi qu'on le voit, c'est encore le procédé du pansement ouaté que nous préférons à tout autre, dans la pratique de l'occlusion. Nous lui reconnaissons la même action que les substances citées plus haut tandis que la facilité extrême à l'enlever et à le renouveler nous paraît précieuse en cas d'indication de le supprimer pour reprendre au besoin les applications astringentes ou autres.

La durée de l'épreuve, c'est-à-dire le temps pendant lequel on maintient son application dans une carie, varie suivant l'état des parois de celle-ci. Si la sensibilité est faible, on la laissera en place environ une semaine. Si elle est vive, on la renouvellera plus souvent, de manière à répéter les épreuves. Parfois encore le pansement par occlusion sera superposé à une application phéniquée ou tannique, de manière à maintenir l'agent astringent au contact des couches malades. Cette petite combinaison des deux pansements donnera souvent les meilleurs résultats et c'est ainsi que des surfaces qui ne sauraient primitivement tolérer la présence d'un corps métallique, parviennent à une indolence complète.

C. *Indication de la troisième période.* — La troisième période de la carie avec pénétration de la cavité de la pulpe est, de beaucoup, celle qui se présente le plus fréquemment dans la pratique. C'est, en effet, à son début et pendant sa durée qu'apparaissent ordinairement les douleurs les plus vives et les accidents les plus sérieux de la maladie.

Or une première indication se pose ici d'une manière tout à fait impérieuse : faire cesser les crises douloureuses qui, ainsi que nous l'avons établi plus haut, ont constamment le caractère d'accidents *spontanés :* crises diurnes ou nocturnes, apparaissant sans cause appréciable ou s'exagérant aux moindres influences, l'air extérieur, la mastication, les mouvements de déglutition, etc. La raison de ces crises est non seulement la dénudation de la pulpe, mais un degré de congestion proportionnel à l'intensité des douleurs. C'est en un mot un état de pulpite plus ou moins étendue en surface et en profondeur.

Cette pulpite dont nous n'avons pas ici à tracer l'histoire pathologique est donc l'origine de ces accidents, si intenses parfois qu'ils privent complètement les malades de tout repos. La raison particulière de cet état est non seulement l'inflammation de l'organe, mais son étranglement dans la cavité qui le renferme : c'est le maximum de douleur que puisse causer une lésion dentaire. Les crises se prolongent souvent sans aucune trêve pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la phlegmasie amène la destruction purulente de la pulpe ou sa gangrène. Toute influence extérieure, tout contact exagèrent la douleur. Seules les applications d'eau froide ou glacée amènent un calme momentané auquel fait suite un retour des mêmes symptômes.

C'est ici que les pansements mixtes anesthésiques et narcotiques ont une action vraiment caractéristique. La mixture B, formulée plus haut, réalise entièrement ce but. Un pansement ouaté, imbibé de ce mélange et appliqué soigneusement à la surface de l'organe après enlèvement des corps étrangers, amènera le plus souvent un calme complet dans l'espace de quelques minutes. Maintes fois nous avons fait cette expérience dans nos cliniques et presque constamment le résultat a été réalisé. Un état douloureux vraiment intolérable et persistant depuis plusieurs jours a cédé ainsi à une première application.

Il faut toutefois insister sur quelques particularités importantes dans le mode d'application : Il est d'abord nécessaire d'imbiber assez largement la boulette d'ouate qui devra être introduite sans violence et assez lâchement roulée dans les doigts pour qu'elle n'exerce aucune compression qui nuirait ainsi au but cherché. Souvent aussi on devra la renouveler plusieurs fois afin d'établir au contact de l'organe une sorte d'atmosphère de vapeurs anesthésiques.

Dans plusieurs séries d'expérimentations, nous avons, par ce moyen, démontré ce théorème thérapeutique que sur 20 malades observés en pleine crise, 19 ont été calmés immédiatement.

Cependant dans certains cas tout à fait exceptionnels, dus à l'état inflammatoire profond de la pulpe, la crise persiste et le chirurgien sera dès lors tout à fait autorisé à pratiquer sur un point de la face, siège de ces névralgies intenses qui accompagnent la lésion indiquée, une injection hypodermique de morphine qui procure le calme immédiat ordinaire. Puis, lorsque la crise est ainsi calmée, on reprendra les pansements locaux.

La première indication étant ainsi remplie contre l'élément douleur d'une carie de la troisième période, on devra entreprendre le traitement curatif rationnel. Mais le choix des moyens thérapeutiques devra être précédé de l'examen minutieux de la carie et du mode de communication de la cavité de la pulpe avec l'extérieur. Cette exploration, faite au moyen de la sonde, permettra, après l'enlèvement complet des matières étrangères et des couches d'ivoire ramollies, de déterminer d'une manière précise le point où la pulpe a été découverte. Si le pertuis est peu étendu, et s'il s'est produit depuis très peu de temps, ce qu'indiqueront son étroitesse et surtout l'époque récente d'apparition des premières crises, on devra songer tout d'abord à conserver la pulpe, en faisant cesser son état inflammatoire et en provoquant, dès son retour à l'état sain, la production graduelle d'une quantité suffisante de *dentine secondaire* pour oblitérer l'orifice de communication, et reproduire ainsi une carie du second degré.

Ce résultat, qui ne doit être tenté, nous le répétons, que dans le cas de dénudation récente de la pulpe sans désordre grave et sans perte de substance du tissu de l'organe, s'obtient par des applications propres à éteindre l'élément inflammatoire inséparable de son exposition aux influences extérieures. Sous l'action des opiacés, des anesthésiques, ou de l'un des mélanges proposés plus haut (mixture B), employés en pansements répétés chaque jour, la cessation des douleurs et la disparition de tout phénomène inflammatoire sont, dans certains cas, si rapides, que la pulpe, reprenant ses fonctions, produit une couche mince de dentine. Dans quelques circonstances, il est utile, pour provoquer ce phénomène ou aider à sa réalisation, de faire suivre les premiers pansements calmants de quelques applications astringentes : tannin, alun calciné, acide phénique, etc., mais avec la plus grande modération. Enfin, lorsque la petite lame de dentine secondaire est venue oblitérer le pertuis, l'exploration permet de reconnaître que le fond de la cavité est alors représenté par une couche non interrompue d'ivoire en voie de rénovation moléculaire, et, en prolongeant l'emploi des mêmes moyens, on permet à cette couche d'augmenter d'épaisseur et de densité. La maladie se trouve, en définitive, ramenée à une carie de la deuxième période, et se guérit de la manière la plus heureuse par l'obturation avec conservation de la pulpe.

Ce phénomène d'oblitération du pertuis de communication de la cavité de la pulpe avec l'extérieur, qui s'obtient ici artificiellement, s'effectue du reste spontanément, ainsi que nous l'avons vu dans un certain nombre de cas, par le fait de la résistance directe de l'organe, en sorte qu'une carie, au fond de laquelle on constate cet orifice, peut, après un certain temps, cesser de la présenter, et alors disparaissent les crises douloureuses qui coïncidaient avec la mise à nu de l'organe. Cet

orifice oblitéré peut ensuite, si l'altération progresse de nouveau, s'ouvrir de nouveau et se refermer, de sorte qu'une carie, à cette période de sa marche, peut offrir des alternatives de pénétration et de réparation de la paroi pulpaire, en même temps que la production et la cessation concomitantes des accidents.

Quoi qu'il en soit, et en l'absence des phénomènes de dentification secondaire, provoqués ou spontanés, dont il vient d'être question, le chirurgien se trouve en présence d'une carie, au fond de laquelle la cavité centrale est ouverte dans une étendue plus ou moins grande. La sonde, en constatant cette communication, apprécie en même temps l'état de la pulpe et des parois qui la renferment. L'organe peut alors offrir diverses particularités qui modifient sensiblement le mode de traitement : quelquefois il a conservé son volume normal, seulement il a subi des phénomènes inflammatoires, soit partiels, soit généralisés à toute sa masse ; d'autres fois, il a éprouvé une augmentation de volume, soit par le fait des phénomènes inflammatoires eux-mêmes, soit par altération organique, produisant une véritable tumeur hypertrophique, ainsi qu'on en rencontre assez souvent des exemples dans la pratique ordinaire. Dans d'autres circonstances, au contraire, il a déjà éprouvé une diminution de volume, par suite de gangrène partielle, de fonte purulente, ou par atrophie progressive. Il se trouve ainsi logé dans un point plus ou moins profond de la cavité, ou subdivisé en plusieurs lambeaux par le cloisonnement de celle-ci, ou bien encore réduit à une si petite portion de sa substance, qu'il n'occupe plus qu'une partie plus ou moins reculée du canal des racines. Toutefois, dans ces divers états de la pulpe, le traitement reste uniforme ; il faut détruire l'organe.

Cette opération peut s'effectuer de diverses manières. On peut faire l'ablation de la pulpe, au moyen d'un stylet fin, droit ou recourbé, barbelé dans son trajet ou armé d'un crochet à son extrémité, qu'on porte dans la cavité et qu'on tourne brusquement pour détacher et extraire le tissu. Ce procédé, autrefois en usage, ne nous paraît applicable qu'aux incisives et canines, dont la pulpe, d'un petit volume et fusiforme, peut être accrochée plus facilement et entraînée parfois en totalité. Il présente, en outre, certains inconvénients; d'abord, il provoque une douleur extrêmement vive, et quelque précaution qu'on prenne, il est toujours possible de laisser après l'opération quelques fragments encore adhérents au faisceau vasculo-nerveux du canal dentaire, et susceptibles de végéter ou de s'enflammer consécutivement. Nous rejetons donc, en général, ce mode d'extraction brusque de la pulpe, qui doit être réservé à certains cas fort simples, où l'instrument peut avec certitude faire d'un seul coup l'ablation totale de la masse.

La cautérisation avec le cautère actuel ou le cautère électrique a été aussi proposée et appliquée dans ce cas. Nous lui ferons à peu près les mêmes reproches qu'au moyen précédent. En effet, l'opérateur, armé d'un stylet rougi ou d'un petit cautère de forme appropriée, n'est pas absolument sûr de pénétrer dans toutes les parties de la cavité, et d'y détruire complètement l'organe ; de plus, un cautère d'un si petit volume se refroidit rapidement, et offre une action bientôt insuffisante, s'il faut le promener sur tout le pourtour d'une cavité pulpaire assez vaste, comme celle d'une grosse molaire, par exemple. Si l'on emploie le galvano-cautère, la nécessité d'un double fil de platine ne permet pas à l'extrémité chauffée de présenter un volume assez restreint pour passer par le pertuis de communication. L'opération est, d'ailleurs, fort douloureuse, et n'est point tout à fait sans danger, le malade, surpris par une sensation très vive et très subite, pouvant, par un mouvement brusque, présenter au contact du cautère un point quelconque de la bouche. Le même reproche s'adresse aussi au thermo-cautère qui donne en outre une chaleur rayonnante insupportable dans la bouche. Un autre inconvénient résulte encore assez fréquemment de l'emploi de la cautérisation, c'est l'inflammation, par voie de réaction, de la pulpe ou du périoste, phénomènes que nous étudierons plus loin comme complications du traitement de la carie, et auxquels expose particulièrement le procédé dont nous venons de parler.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Exstrophie de la vessie.

Un cas d'exstrophie vésicale présentant un certain intérêt vient de m'être montré. Les parents, après avoir déclaré l'enfant comme étant du sexe masculin, ayant eu des doutes, me l'ont apporté. Voici le résultat de mon examen :

A l'hypogastre se trouve une tumeur rouge vermeil, peu saillante, ayant environ 3 centimètres de diamètre. Un intervalle de quelques millimètres la sépare de l'ombilic.

A la partie supérieure, on voit quelques tubérosités blanchâtres. La surface est légèrement humide et très sensible.

Les fortes inspirations rendent la tumeur plus saillante. Elle est circonscrite et comme enserrée par un bourrelet de 3 à 4 millimètres, de coloration plus foncée, qui ne lui adhère pas, et qui se continue avec le tégument abdominal. Au tiers inférieur, on voit l'urine sourdre goutte à goutte par deux orifices non saillants, presque imperceptibles. Ce sont les uretères; un stylet très fin peut y pénétrer.

La cavité vaginale communique largement avec l'exstrophie vésicale. Les branches du pubis présentent un écartement d'environ 4 centimètres. A leur extrémité, on trouve un bourrelet assez prononcé, formé par la terminaison des grandes lèvres, qui vont en s'écartant. Plus en dedans, les petites lèvres sont parfaitement distinctes et sont également séparées à leur partie supérieure. Plus haut, en soulevant la vessie, on trouve un petit organe de coloration rosée. La consistance et la forme rappellent absolument le segment inférieur de l'utérus. On y distingue aisément un double orifice laissant suinter un liquide glaireux et permettant l'entrée d'un gros stylet.

L'accoucheuse avait cru y voir un pénis rudimentaire.

— Dans le plus grand nombre des cas d'exstrophie vésicale, on signale la persistance d'une portion du conduit vaginal. Mais dans le cas présent, je suis convaincu que j'ai été en présence du col utérin. Quant aux deux orifices, ils sont dus incontestablement à la bifidité utérine. Cette malformation s'est rencontrée dans les très rares observations d'exstrophie vésicale, chez la femme, que possède la science.

Agréez, etc.

Dr Badin.

Vienne, le 24 janvier 1883.

Un nouveau traitement de la variole.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Nous avons reçu de notre confrère, le docteur Utinguassú, une note relative à la communication faite par lui devant l'Académie impériale de médecine de Rio-de-Janeiro, au mois de novembre dernier, sur un *traitement nouveau de la variole*. Nous regrettons que le manque de place ne nous permette pas de reproduire *in extenso* la lettre de notre correspondant et nous oblige à n'en donner qu'une analyse succincte.

Se basant sur les travaux récents des auteurs français et sur ses recherches personnelles, le docteur Utinguassú admet, en principe, que les fièvres exanthématiques, et la variole en particulier, reconnaissent pour cause la présence dans l'organisme, et surtout dans le sang, de microzoaires spéciaux déterminant les divers signes objectifs et l'appareil symptomatique de chaque exanthème par leur tendance à se localiser dans des organes ou des tissus différents.

C'est avant tout dans le sang que l'on doit rechercher ces microbes, et c'est le sang qu'il faut s'efforcer de modifier par le traitement mis en œuvre; aussi devra-t-on donner la préférence au médicament qui, après absorption, jouera le rôle de *parasiticide* à l'égard des organismes inférieurs renfermés dans le sang du varioleux.

M. Utinguassû a successivement expérimenté l'action des composés arsenicaux, du mercure et du sulfate de quinine, mais sans en obtenir des résultats satisfaisants; il a reculé devant l'emploi de l'acide phénique qu'il regarde comme déprimant et parfois dangereux. Par contre, il a obtenu des effets remarquables avec l'hyposulfite de sodium; il l'administre à la dose moyenne de 4 grammes dans 400 grammes de décoction d'orge et de chiendent, par cuillerées toutes les heures, pendant plusieurs jours consécutifs. Il fait ordinairement précéder cette médication d'un purgatif léger (huile de ricin). Il recommande, en outre, de combattre l'hyperthermie par la teinture de digitale à la dose de 2 grammes, si le pouls est fort et fréquent, et la céphalalgie par l'emploi de la belladone. Chez les enfants, il prescrit de préférence le sirop de Biett. Les excellents résultats obtenus par ce mode de traitement, surtout lorsqu'il est institué dès le début de l'affection, sont dus, d'après l'auteur, à l'action sur le sang de l'hyposulfite de sodium, et à son élimination par la peau, au niveau de laquelle il exercerait « l'action d'un véritable bain sulfureux pris, pour ainsi dire, de dedans en dehors ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR LE RÔLE DE L'INHIBITION DANS UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE MORT SUBITE ET A L'ÉGARD DE LA PERTE DE CONNAISSANCE DANS L'ÉPILEPSIE. Note de M. *Brown-Séquard* (1).

L'exemple le plus remarquable du rôle que peut jouer l'inhibition dans les cas de lésion des centres nerveux se trouve dans un mode de mort subite que j'ai décrit dans plusieurs publications (*Journal de physiologie*, 1858, p. 223; 1860, p. 151, et *Archives de physiologie*, 1869, p. 767), et qui s'observe dans certains cas de lésion du tube rachidien ou des parties voisines dans l'encéphale et la moelle épinière. Il est très probable que c'est cette espèce de mort que M. Paul Bert a produite lorsqu'il a tué subitement divers animaux, et surtout des oiseaux, par la faradisation des nerfs vagues. (*Comptes rendus* du 23 août 1869.)

Après une simple piqûre ou la section d'une petite partie du bulbe rachidien, si l'expérience réussit complètement (ce qui est très rare), on constate la *perte immédiate de toutes les fonctions et de toutes les activités de l'encéphale*. En même temps que cesse la respiration, ainsi que toute volonté ou perception, les échanges entre les tissus et le sang dans tout l'organisme s'arrêtent aussi et le sang devient rougeâtre ou rouge dans les veines. La température s'abaisse avec une rapidité si grande, qu'il est difficile de s'expliquer cet abaissement uniquement par une absence, même complète, de production de chaleur. Le cœur n'est inhibé complètement ou extrêmement affaibli que dans un très petit nombre de cas. Ces mouvements persistent plus longtemps que dans la mort ordinaire. Je laisse de côté des effets très remarquables que l'on peut observer à la moelle épinière, aux nerfs et aux muscles, effets tout à fait inverses de ceux que montre l'encéphale. Tous ces organes gagnent en puissance quant à leurs propriétés, et les muscles surtout sont tellement modifiés que la rigidité cadavérique, chez un chien, n'a fait place à la putréfaction qu'après quarante-sept jours.

Il serait tout naturel de supposer que c'est par suite d'une anémie causée par une contracture vasculaire dans l'encéphale que ce grand centre nerveux perd ses fonctions et ses activités, lorsque le bulbe a été irrité. Il n'en est pourtant pas ainsi. En premier lieu, la section des deux nerfs grands sympathiques cervicaux, qui ne permet plus aux vaisseaux du cerveau de se contracter par action réflexe, n'empêche pas la lésion bulbaire de produire les effets que j'ai décrits. En second lieu, dans des expériences variées et nombreuses où j'ai arrêté aussi complètement que possible la circulation dans les lobes cérébraux, sans avoir lésé le bulbe, je n'ai jamais produit la perte ou même une diminution notable et immédiate des fonctions et des activités de ces centres nerveux. En troisième lieu, la cessation complète de circulation, non plus dans les lobes cérébraux seuls, mais dans l'encéphale entier, comme l'ont déjà vu Kussmaul et Tenner, produit un état radicalement opposé à celui de l'espèce de mort dont je m'occupe...

La définition que j'ai donnée de l'inhibition montre que c'est à un acte inhibitoire, provenant de la transmission à tout l'encéphale de l'irritation bulbaire, que nous devons attribuer la perte des activités et des fonctions du grand organe intra-crânien. Dans ce cas, conséquemment, nous voyons la perte de connaissance, l'anesthésie, la paralysie, l'amaurose survenir par inhibition. En est-il ainsi dans d'autres cas? On sait que l'épilepsie peut presque toujours être produite chez certains animaux, par certaines lésions des nerfs spinaux ou de la moelle épinière. On sait aussi que je puis à volonté, chez ces animaux devenus épileptiques, donner lieu à l'attaque. J'ai ainsi pu, chez eux, faire les recherches suivantes à l'égard de la perte de connaissance. Choisissant des individus chez lesquels la maladie avait acquis une intensité exceptionnelle, j'ai mis à nu le cerveau et j'ai pu voir quelquefois que les vaisseaux de la pie-mère se contractaient au début de l'attaque en même temps que la connaissance se perdait. J'ai cru longtemps que la perte de connaissance, dans ces cas, comme chez l'homme atteint de petit mal ou d'épilepsie totale, dépendait entièrement de la contracture vasculaire dont j'avais constaté l'existence. Mais j'ai trouvé depuis que ce symptôme est essentiellement et primitivement dû à une cause bien plus efficace. C'est celle qui produit aussi la perte de l'activité intellectuelle dans l'espèce de mort dont j'ai parlé. En effet, j'ai pu produire l'attaque convulsive avec perte complète de connaissance chez des animaux ayant eu les deux nerfs grands sympathiques coupés au cou et chez lesquels conséquemment la circulation n'a pu être arrêtée.

Conclusion. — Les pertes de fonction et d'activité de l'encéphale, dans certaines circonstances, sont de purs effets d'inhibition, provenant d'une irritation plus ou moins lointaine. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

(1) L'auteur entend par *inhibition* l'arrêt, la cessation, la suspension ou, si on le préfère, la disparition momentanée ou définitive d'une action, d'une fonction ou d'une activité dans un centre nerveux, dans un nerf ou dans un muscle, arrêt ayant lieu sans altération organique visible (au moins dans l'état des vaisseaux sanguins), survenant immédiatement ou à bien peu près après la production d'une irritation d'un point du système nerveux plus ou moins éloigné de l'endroit où l'effet s'observe. *L'inhibition est donc un acte qui suspend temporairement ou anéantit définitivement une fonction, une activité*, etc. (*Comptes rendus*, vol. LXXXIX, octobre 1879, p. 647.)

DU RÔLE TONIQUE ET INHIBITOIRE DES GANGLIONS SYMPATHIQUES, ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LES NERFS VASO-MOTEURS. Note de MM. *Dastre* et *Morat*. — L'expérience, écartant les théories anciennes, a prouvé que le nerf d'arrêt vasculaire ne s'adresse directement ni aux muscles du vaisseau, ni aux tissus voisins. Par voie d'exclusion on est contraint de supposer qu'il agit sur l'appareil nerveux actif des vaisseaux, c'est-à-dire sur les nerfs constricteurs. D'autre part, la physiologie générale ne permet de concevoir l'action d'un filet nerveux sur un autre que grâce à l'entremise de la cellule nerveuse. Les amas cellulaires, ganglions périphériques des trois plexus qui enlacent et pénètrent les tuniques artérielles, ont donc, entre autres fonctions, celle de mettre en rapport les nerfs dilatateurs avec les constricteurs, de manière à en permettre le conflit. C'est dans ces ganglions périphériques que naît et s'engendre l'action inhibitoire, l'*interférence nerveuse* (Cl. Bernard).

L'état actuel de la physiologie rend ces conclusions légitimes; néanmoins l'expérimentation n'avait pas vraiment saisi et démêlé dans une masse ganglionnaire isolée le rapport des deux éléments vaso-moteurs antagonistes. Les recherches des auteurs viennent combler cette lacune :

1° Le ganglion cervical inférieur et surtout le ganglion premier thoracique exercent, sur les vaisseaux de diverses régions

de la tête (spécialement de l'oreille), une action tonique manifeste. On peut mettre en évidence cette excitation constrictive en comparant les résultats de la section de la chaîne sympathique, en amont et en aval de l'anneau de Vieussens.

2° Cette action tonique est renforcée par des nerfs constricteurs venus de la moelle avec les racines des troisième, quatrième et cinquième paires dorsales et les rameaux communiquants qui leur correspondent. L'excitation de ces filets resserre les vaisseaux auriculaires, preuve que les éléments constricteurs y prédominent sur les antagonistes, à moins qu'ils ne les excluent. D'autre part, ces mêmes ganglions reçoivent des huitième paire cervicale, première et deuxième dorsales, des éléments dilatateurs qui dominent leurs antagonistes, car l'excitation de ces racines et de leurs *rami communicantes* dilate les vaisseaux auriculaires. Nous avons démontré ailleurs la réalité du mélange des nerfs antagonistes, fibre à fibre, dans les mêmes cordons nerveux mixtes (cordon cervical).

3° Que deviennent ces nerfs inhibitoires en arrivant dans les ganglions? L'expérience suivante indique qu'ils s'y terminent et s'y perdent, au moins en partie. L'excitation en masse du cordon sympathique immédiatement au-dessous du ganglion stellaire produit habituellement la vaso-dilatation, tandis que l'excitation pratiquée au-dessus du ganglion cervical inférieur provoque habituellement la constriction.

Ces épreuves nous montrent dans les ganglions susnommés des centres toniques vasculaires et des centres d'interférence ou d'inhibition. On voit : 1° un amas ganglionnaire extra-médullaire, le ganglion premier thoracique, se comporter comme un centre tonique, d'où partent des filets constricteurs des vaisseaux; 2° des éléments constricteurs se rendre de la moelle à ce centre et en renforcer l'activité; 3° des éléments antagonistes des précédents, capables d'en enrayer et d'en suspendre l'énergie, naître de la moelle et aboutir au ganglion où s'exercera leur faculté inhibitoire.

Le mode de fixation des ventouses de la sangsue, étudié par la méthode graphique. Note de M. *G. Carlet.* — Les recherches de l'auteur faites par la méthode graphique l'ont conduit à la conclusion suivante.

Au lieu de commencer par fixer le centre de la ventouse, pour abaisser ensuite les bords de cet organe, comme on l'admettait sans preuves suffisantes, la sangsue commence par fixer les bords, pour abaisser ensuite le centre qui vient adhérer en dernier lieu. Enfin le détachement de la sangsue qui ne paraît pas avoir attiré l'attention, commence à s'effectuer par les bords, pour finir par le centre de la ventouse.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Siredey* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Desmaroux* (d'Huriel, Allier) envoie la relation manuscrite de *trois grandes opérations.* — Ce mémoire est renvoyé à une Commission composée de MM. *Alphonse Guérin, Legouest* et *Gosselin.*

M. le docteur *Cros* adresse un mémoire manuscrit sur *le diagnostic des lésions valvulaires du cœur par la percussion*, avec un *Recueil de tracés organographiques obtenus par la délimitation plessimétrique.* — Ce mémoire est renvoyé à une Commission composée de MM. *Peter, Constantin Paul* et *Potain.*

M. le docteur *Donat* envoie une *Note* manuscrite sur *une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur un régiment stationné dans le sud-ouest de la France en* 1881. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Jacoulesky* (d'Odessa) adresse diverses brochures de M. le docteur *Neugebauer* (de Varsovie), notamment sur *l'élytrorrhapie médiane.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. les docteurs *Laborde* et *Duquesnel*, un ouvrage intitulé : *Des aconits et de l'aconitine;* 2° de la part de M. le docteur *E. Janssens*, une communication imprimée, ayant pour titre : *Considérations sur l'état sanitaire de Bruxelles et sur le rôle du service d'hygiène au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses;* 3° au nom de M. le docteur *Gabuzzi* (de Constantinople), une brochure intitulée : *Le pèlerinage et le choléra au Hedjaz, inefficacité des quarantaines dans la mer Rouge;* 4° de la part de M. le docteur *Ercolani* (de Bologne), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sull' intima struttura della placenta nella donna e nei mammiferi.*

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Galippe* : 1° un mémoire sur *la présence du cuivre dans les céréales, la farine, le pain et diverses autres substances alimentaires;* 2° un mémoire sur *la présence du cuivre dans l'extrait de quinquina des hôpitaux.*

M. *Larrey* fait don d'un nouveau volume des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*, d'une nouvelle série des *Archives belges de médecine* et d'une liasse de journaux de médecine pour 1882.

M. *Bergeron* fait hommage, au nom de M. le docteur *Armaingaud* (de Bordeaux), d'un *Rapport sur les Sanatoria maritimes pour les enfants lymphatiques, scrofuleux et rachitiques.*

M. *Parrot* présente un *Rapport* de MM. les docteurs *Lunier* et *Foville*, inspecteurs généraux des services administratifs, *sur l'hospice des Enfants-Assistés de Paris.*

M. *Fournier* offre une brochure de M. le docteur *Turner*, ayant pour titre : *L'étymologie du mot syphilis, les premiers livres publiés sur cette maladie jusqu'à l'apparition du poème de Fracastor en* 1530.

M. *Lancereaux* présente un extrait de ses Leçons à la Pitié en 1880 *sur les paralysies toxiques et la syphilis cérébrale.*

M. *Léon Colin* offre un mémoire de M. le docteur *Libermann*, intitulé : *De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

M. *De Villiers* dépose des mémoires de MM. *Bodard* (de Tours) et le docteur *Sagnier* (de La Pise, Gard), sur *l'alimentation artificielle des nouveau-nés.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la pa do M. le docteur *Apostoli*, un nouvel *excitateur utérin double.*



Élection. — M. *Ollier* (de Lyon) est élu associé national par 51 voix sur 65 votants; M. Parise (de Lille) obtient 9 voix; M. Denucé, 3, et M. Hergott, 2.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. *Proust* rend compte du concours pour le prix Vulfranc-Gerdy; conformément aux conclusions de son rapport, M. *Oumont* est nommé stagiaire des eaux minérales.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. *Peter*, dans le discours qu'il a commencé mardi dernier et achevé aujourd'hui, s'est déclaré tout d'abord l'ennemi de toutes les médications systématiques et des théories thermophobes qui ont cours actuellement, car la fièvre typhoïde revêt, suivant les circonstances, suivant certaines conditions à déterminer, des aspects si différents les uns des autres, que l'on comprend à peine comment on a pu songer à lui opposer une médication unique. Est-ce que, par exemple, elle est la même chez le banquier qui vient d'être accablé de revers de fortune, et chez le robuste paysan, calme, tranquille et pléthorique; chez l'un n'est-ce pas plutôt la forme ataxique qu'on observe et, par contre, chez l'autre, la fièvre congestive; le traitement devra donc varier suivant ces données? D'autre part, la femme des villes, excédée par les plaisirs, présentera la forme adynamique, tandis que la fille du peuple dont depuis longtemps l'alimentation était insuffisante et qui a commencé l'autophagie avant l'invasion de la fièvre, sera prédisposée à la forme putride, etc. D'ailleurs M. Peter ne croit pas qu'aucune des médications systématiques ait eu une influence sensible sur les moyennes de mortalité; mais avant de parler de celle de ces médications qui est surtout en discussion, l'emploi des bains froids, il désire s'élever contre l'interprétation, suivant lui erronée, des expériences physiologiques sur l'hyperthermie. Il voit le point de départ des exagérations actuelles à cet égard dans l'explication qu'on a voulu tirer de la célèbre expérience dans laquelle Claude Bernard, ayant mis un moineau dans une étuve à 65 degrés, vit cet animal succomber bientôt après en présentant une température rectale de 49 degrés et, à l'autopsie, les muscles comme coagulés; en effet, ce moineau était tout simplement cuit et il en eût été de même de tout morceau de viande placé dans ces conditions. Mais, dans les fièvres, l'hyperthermie ne s'élève jamais, chez l'homme, jusqu'au quarante-neuvième ou cinquantième degré; elle ne dépasse guère 4 degrés par rapport à la température normale (qui est chez l'homme de 37°,5) : elle atteint 5 degrés au plus, et encore rarement; d'ailleurs elle se produit d'elle-même et non sous

l'influence d'un milieu surchauffé; le rayonnement, la transpiration, la respiration, tendent à l'abaisser; donc lui attribuer les dégénérescences qui se produisent dans les muscles, dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est une grave erreur, car ces dégénérescences, ainsi que l'a constaté M. Vallin, se sont présentées sur des malades chez lesquels le typhus avait été presque athermique.

C'est surtout dans les mémoires de Brand qu'on trouve cette théorie de l'hyperthermie poussée à l'extrême; cet auteur déclare en effet que les symptômes de la fièvre typhoïde sont dus à l'excès de température, qu'ils sont produits par un mécanisme analogue à celui de la fermentation, que le corps s'échauffe sous l'influence de ce ferment typhoïdique comme l'infusion d'orge germée en présence de la levure de bière, que l'on peut arrêter le processus morbide par l'abaissement de la température, comme on arrête, en abaissant la température jusqu'à 16 degrés, la fermentation de l'infusion d'orge, etc... Si toutes ces suppositions étaient fondées, encore faudrait-il pouvoir refroidir jusqu'à 16 degrés le corps humain pour y arrêter le processus typhoïde comme on arrête la fermentation de la bière? Au reste, tout ceci n'est pas seulement hypothétique; la clinique fournit la preuve du contraire. Brodie avait, le premier, observé que chez un malade qui avait une fracture de la colonne vertébrale à la région cervicale, la température s'était élevée, en quelques minutes, au point de dépasser 42 degrés; la même remarque a été faite, depuis lors, dans des circonstances semblables. Il existe donc, dans une certaine région de la moelle épinière, des centres nerveux dont l'irritation ou la blessure peut élever la température générale du corps; ce sont ces centres qui produisent l'hyperthermie, quand ils se trouvent affectés, congestionnés dans le cours d'une fièvre typhoïde; l'hyperthermie est en somme un phénomène comparable au délire qui se produit dans la même maladie par la congestion ou l'irritation d'autres parties des centres nerveux.

Est-ce à dire que, parce que cette chaleur est un mal, il faut avant tout s'efforcer de refroidir l'organisme qui l'a en trop? Non, car il n'est pas vrai que là réside le danger de la fièvre typhoïde et que la méthode réfrigérante, c'est-à-dire l'hydrothérapie à l'eau froide, soit le meilleur moyen de la conjurer. M. Peter cite à cet effet plusieurs malades de son service présentant diverses formes de fièvre typhoïde : le premier, jeune homme de vingt ans, eut pendant douze jours une température de 41 degrés, et cependant il supportait très aisément cette hyperthermie, grâce à l'absence de trouble partiel ou total de son système nerveux, au calme de ses nuits, à la régularité et au rythme presque normal de son pouls, etc.; quelques jours après, un jeune homme du même âge, mais encore impubère, entrait dans le même service; pendant quatorze jours, sa température oscilla entre 40 degrés et 40°,8; le pouls n'excéda pas 104 pulsations, la langue resta humide, le sommeil bon. Au premier, M. Peter prescrivit de 45 à 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour; quant au second, il ne le traita que par la « contemplation »; l'un et l'autre guérirent; l'hyperthermie simple ne constitue donc pas le danger dans la fièvre typhoïde.

D'un autre côté, serait-ce vraiment en refroidissant le malade que l'hydrothérapie améliore la situation du fébricitant? L'orateur ne le croit pas et il serait plutôt disposé à admettre que l'action de l'eau froide est proportionnelle au besoin que le malade en éprouve, c'est-à-dire à l'intensité de la chaleur accumulée dans l'organisme; plus est intense le désordre du système nerveux, mieux l'hydrothérapie est tolérée; en d'autres termes, plus l'individu a chaud, mieux il supporte l'eau froide. De plus, la médication par l'eau froide, « d'une efficacité si merveilleuse », procède par des effets en apparence paradoxaux: elle calme les agités et relève, stimule les atones; elle est aussi bien indiquée dans l'ataxie que dans l'adynamie, dans les cas de délire avec agitation bruyante que dans les cas de stupeur et de prostration complète; c'est, en un mot, la médication par excellence, quand il s'agit de rétablir l'équilibre du système nerveux. Après avoir rappelé que la théorie de l'action de l'eau froide a été exposée par Currie dès 1797, M. Peter passe en revue les diverses indications et contre-indications de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde. Elle est indiquée dès que se manifestent des troubles nerveux graves et persistants, agitation, insomnie, délire, stupeur, et toutes les fois que la peau est chaude et sèche, etc. Quant à la forme des applications, il faut proportionner le moyen à la gravité du danger et se contenter de simples lotions froides si les désordres nerveux n'ont pas une intensité trop grande; dans ces cas, M. Peter fait pratiquer, quatre fois par jour, des lotions froides sur tout le corps avec du vinaigre à la température de la chambre; elles doivent être faites par deux personnes placées de chaque côté du lit et munies d'éponges humides qu'elles promènent rapidement sur toute la surface du corps; le tout dure à peine une minute et demie, après quoi le malade est enveloppé dans son lit; en même temps M. Peter donne de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, en deux ou trois doses dans les vingt-quatre heures, et il alimente les malades dans les limites de leurs forces digestives et assimilatrices.

Quant aux bains froids, ils ne constituent, suivant lui, qu'une suprême ressource et ne sauraient être employés que d'après l'ensemble des phénomènes nerveux graves, présentés par le malade et non pas d'après le phénomène banal de l'hyperthermie. Pour ce qui est des contre-indications de l'eau froide, elles sont tirées des accidents auxquels a donné lieu, à n'en pas douter, l'emploi systématique et empirique de la méthode de Brand; il ne faut pas oublier, en effet, que ce puissant moyen n'agit qu'à la condition d'ébranler profondément le système nerveux et ce choc peut avoir pour effet soit de soutenir ou de relever celui-ci, soit de le déprimer; il convient donc de ne l'employer que sur des indications formelles et savoir toujours proportionner l'intensité des effets à l'intensité du mal. Au surplus, les statistiques françaises, les seules vraiment comparables, telle que celle qu'a apportée mardi dernier à la tribune M. Bondet, prouvent, sans contestation possible, que la méthode de Brand ne produit pas de résultats plus avantageux que d'autres modes de traitement. C'est que cette méthode procède, elle aussi, de l'esprit de système. Six médications, tout aussi efficaces les unes que les autres, ont été préconisées et systématiquement employées contre la fièvre typhoïde : le sulfure noir de mercure, les émissions sanguines coup sur coup, les purgatifs quotidiens, le sulfate de quinine, l'alcool, les bains froids. Par suite, dans quel embarras le médecin doit-il se trouver au début de sa pratique? Qu'il revienne donc plus simplement à la vieille et sage méthode du traitement basé suivant les indications, qu'il repousse les tendances actuelles vers la chimiatrie et surtout que la médecine française reste la médecine du sens commun.

Avec M. *Rochard*, l'Académie revient aux *desiderata* de la prophylaxie qu'elle avait examinés dès le début de cette discussion. Il désire soumettre de nouveau à son adoption les conclusions de son discours prononcé au mois de novembre et à l'appui de l'importance des mesures d'hygiène que ces conclusions avaient pour but de rappeler à l'attention des pouvoirs publics, il apporte le bilan chiffré des pertes occasionnées par l'épidémie de fièvre typhoïde qui vient à peine d'être terminée. Or elle a produit : 3276 décès dont 1449 dans les hopitaux et 1827 en ville et l'on y a compté 9361 malades dans les hôpitaux et approximativement 11 830 en ville.

Les 9361 malades hospitalisés ont coûté à l'Assistance publique 744 257 francs de frais de séjour et les frais d'invalidation pour les 60 jours perdus par chacun de ces malades peuvent être évalués à 1 127 320 francs; les 11 830 malades de la ville fournissent, au même taux, une perte de

2 360 157 francs, soit, en somme : 4 231 727 francs, pour le bilan de la maladie. Si d'autre part on évalue à 6000 francs seulement le capital producteur que représente un adulte à l'âge moyen de vingt ans, les 3276 décès de cette épidémie représentent une perte de 19 656 000 francs. Cette somme ajoutée aux frais de maladie, donne un total de 23 887 727 francs de perte pour la ville de Paris et pour cette année seulement.

D'autre part, en même temps que la mortalité par la fièvre typhoïde, la mortalité générale produite par l'ensemble de toutes les maladies s'est accrue proportionnellement. On pourrait la diminuer proportionnellement par les mesures d'hygiène que l'on prendrait à l'occasion de la fièvre typhoïde et ramener ainsi graduellement cette mortalité au taux qu'elle avait il y a dix ans : on obtiendrait alors annuellement une économie de 11 182 décès, représentant une valeur de 67 092 000 francs par an ; diminuant ce chiffre de moitié, il resterait encore 33 545 000 francs que l'on pourrait économiser par an, et qui représentent l'intérêt à 10 pour 100 d'un capital de 670 920 000 francs.

Les conclusions précédentes de M. Rochard seront soumises à l'adoption de l'Académie, à la fin de la discussion.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Hypertrophie de la langue chez un enfant : M. C. Paul. De l'urémie d'origine hépatique : M. Debove. — Élections.

M. C. Paul présente à ses collègues une petite fille de trois ans et demi, née de parents jeunes et bien portants, et qui est atteinte, depuis sa naissance, d'un gonflement notable de la langue s'opposant au retrait complet de l'organe dans la cavité buccale. Cette enfant a été nourrie au sein pendant un mois, puis élevée ensuite au biberon ; elle a présenté un développement assez tardif, n'a commencé à marcher qu'à vingt-cinq mois et porte aujourd'hui, au niveau des membres inférieurs et du thorax, des signes non douteux de rachitisme. Elle a eu, de plus, un peu d'eczéma suintant des oreilles.

Le gonflement de la langue s'est notablement accru depuis deux ans environ ; elle semble œdémateuse et les glandules sublinguales, distendues par une sérosité louche assez abondante, semblent le siège d'une sorte d'exfoliation épithéliale. M. C. Paul se demande s'il y a quelque relation à établir entre cette affection et la scrofule ou le rachitisme ; pour sa part, il n'a jamais rien observé d'analogue.

M. *Laboulbène* demande si l'examen histologique a démontré qu'il s'agit bien de glandules sublinguales. Peut-être les saillies que l'on voit sous la langue ne sont-elles que des papilles.

M. *C. Paul* n'a pas pratiqué cet examen.

— M. *Debove* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'urémie d'origine hépatique*. D'après les travaux du professeur Brouardel, l'urée diminue dans l'urine au cours des affections du foie ; les recherches entreprises par M. Debove viennent confirmer l'exactitude de ce fait, mais il croit devoir lui donner une interprétation différente de celle qui a été admise jusqu'ici. En effet, la diminution du taux de l'urée urinaire peut s'expliquer par deux théories : un trouble de l'excrétion de l'urée au niveau du rein, ou bien un défaut de formation au niveau du foie. C'est cette dernière hypothèse que M. Brouardel, et à sa suite la plupart des auteurs, ont adoptée comme véritable. Pour démontrer son exactitude, il faudrait prouver que l'urée du sang (par opposition à l'urée urinaire) est également diminuée, et que, par suite, le foie en forme une moindre quantité ; or les expériences faites par M. Debove n'ont pas fourni un semblable résultat. Avec le concours de M. Yvon, il a analysé le sang et l'urine d'un certain nombre de malades atteints d'affections hépatiques, et il a dosé comparativement l'urée sanguine et l'urée urinaire. Le sang a été constamment extrait au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la région hépatique. Le chiffre normal de l'urée dans le sang est de 0gr,18 à 0gr,20. — Chez un premier malade, S..., atteint d'ictère chronique dû à un cancer de la tête du pancréas, l'urine, un mois avant la mort, renfermait 19gr,50 d'urée pour 940 centimètres cubes excrétés en vingt-quatre heures ; à la même époque, le sang renfermait 0gr,307 d'urée par litre. Il y avait une diminution du taux de l'urée urinaire et une augmentation dans le sang. — Chez le nommé R..., atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère, datant de trois ans, on trouvait au mois d'octobre 1100 centimètres cubes d'urine en vingt-quatre heures, renfermant 16 grammes d'urée ; le sang en contenait 0gr,424 par litre. L'urée urinaire était donc au-dessous de la normale ; par contre, l'urée était plus abondante dans le sang. M. Debove rapporte encore deux observations analogues : H..., ictère chronique par péritonite cancéreuse et compression du canal cholédoque ; le 11 juillet, 1600 centimètres cubes d'urine contenant 20 grammes d'urée ; le sang en renferme 0gr,727 par litre. Le 19 juillet, 600 centimètres cubes d'urine et 16gr,50 d'urée ; 0gr,986 par litre dans le sang. Le 12 août, 400 centimètres cubes et 10gr,80 d'urée ; 0gr,697 dans le sang. — G..., soixante-quatorze ans, ictère par obstruction calculeuse datant de trois mois ; on trouve, dans l'urine excrétée en vingt-quatre heures, les chiffres successifs de 10gr,31, 17gr,40, 13gr,27, 13gr,20 d'urée, et aux mêmes jours 9gr,432, 0gr,297, 0gr,305, 0gr, 338 d'urée par litre de sang.

On a objecté que les malades s'alimentant en général assez mal, l'insuffisance du régime pouvait expliquer la diminution du taux de l'urée excrétée ; mais ceux dont M. Debove rapporte les observations avaient conservé en grande partie l'appétit, et le dernier, par exemple, a augmenté de poids de près de 5 kilogrammes en un mois. Donc, chez les ictériques, puisque l'urée urinaire a diminué et que l'urée du sang a, par contre, augmenté, on ne peut admettre une moindre formation dans le foie, mais bien une excrétion rénale insuffisante. Les mêmes phénomènes se produisent-ils chez les individus atteints d'affection hépatique sans ictère ? Dans deux cas de cirrhose atrophique sans ictère, M. Debove a procédé aux mêmes analyses et a obtenu des résultats identiques : diminution de l'urée urinaire, augmentation de l'urée du sang. Il pense d'ailleurs que le dosage d'autres matières excrémentitielles que l'urée conduirait à des constatations de même ordre. Comment expliquer cette insuffisance de l'excrétion ? Peut-être les principes biliaires agissent-ils sur le rein dont ils troublent d'abord les fonctions, et au niveau duquel ils déterminent à la longue les lésions signalées au cours de l'ictère par nombre d'auteurs ; si M. Brouardel a constaté dans les affections aiguës du foie une augmentation du taux de l'urée urinaire, c'est sans doute qu'*au début* l'action des principes biliaires se traduit par une excitation de la fonction excrétoire du rein. D'ailleurs, si la quantité d'urée dans le sang n'atteint pas un chiffre plus élevé par suite de l'insuffisance permanente de l'élimination rénale, c'est probablement parce que la présence de l'urée retenue dans la circulation ralentit les phénomènes de combustion qui sont l'origine même de l'urée.

Dans les affections hépatiques sans ictère, il est probable qu'il y a rétention dans le sang de principes biliaires autres que la matière colorante ; on en trouve une preuve dans ces phénomènes menaçants qui se montrent chez les cirrhotiques non ictériques, lorsque le rein fonctionne mal : c'est une sorte d'ictère grave sans ictère. On sait également la gravité de l'ictère chez les sujets primitivement atteints d'affections rénales, par exemple chez les femmes enceintes dont les

reins sont si fréquemment malades. Chez un ictérique, que les reins, primitivement sains, cessent de l'être, qu'il survienne, sous l'influence d'une cause légère, un trouble de l'excrétion urinaire, et l'ictère deviendra grave rapidement. L'ictère, pour Frerichs et Vulpian, est *grave* par suite de la non élimination des produits excrémentitiels; or cette insuffisance de l'excrétion est due à la fois, dans ce cas, aux lésions rénales indépendantes de l'ictère, et à l'action sur le rein des principes biliaires qui en troublent le fonctionnement. Les altérations de l'ictère grave ne sont donc qu'une exagération de celles de l'ictère simple, et l'on peut dire que l'ictère simple mène à l'ictère grave, comme le mal de Bright à l'urémie. Il est d'ailleurs jusqu'ici impossible de déterminer la cause prochaine de la transition dans l'une ou l'autre de ces deux affections; pourquoi tel brightique devient-il urémique, tandis que tel autre, tout semblable, n'est point atteint de cette redoutable complication?

Comme conséquence de ses recherches, M. Debove pense que, au point de vue thérapeutique, il y a indication de déterminer la polyurie chez les malades atteints d'ictère grave, afin de faciliter l'élimination des matières extractives, ainsi que l'ont préconisé Bouchard, A. Robin, Mossé. Il est d'avis, du reste, qu'il faut agir de la même façon chez tous les ictériques, alors même que l'ictère paraît bénin; il ne faut pas plus attendre, dans ce cas, que l'on n'attendra l'éclosion des accidents urémiques pour soumettre un brightique au régime lacté.

— M. *Laboulbène* dépose sur le bureau, au nom du docteur Brocq, ancien interne des hôpitaux, une note sur les communications entre l'aorte et l'artère pulmonaire, autres que la persistance du canal artériel. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul, Desnos et Duguet, rapporteur.

— M. *Hervieux* fait hommage à la Société de son rapport à l'Académie de médecine sur les vaccinations pour l'année 1879.

— *Élections*. Sont nommés à l'unanimité: M. Moreau (de Tours), membre honoraire, et M. Dionis des Carrières (d'Auxerre), membre correspondant de la Société.

— A quatre heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Kystes du testicule. — Lésions osseuses du rachitisme et de la syphilis héréditaire. — Expulsion spontanée d'un calcul vésical. — De l'action que les traumatismes exercent sur les états pathologiques antérieurs. — L'orteil à marteau.

M. *Heurtaux* (de Nantes) a adressé à la Société, en 1865, une observation insérée dans le tome VI des *Bulletins*, et relative à un sarcome kystique du testicule; castration; guérison. Il y a dix-huit ans que l'opération a été pratiquée et la maladie n'a pas encore récidivé. Le sujet est âgé, aujourd'hui de cinquante-six ans.

M. *Trélat* présente la planche représentant le testicule kystique dont l'observation est publiée dans les *Archives de médecine* (1852); le malade était dans le service de Nélaton. M. Després a rappelé un fait qu'il a nommé adénome du testicule; la tumeur pesait 4 kilogrammes et était formée de loges contenant un liquide séreux et des masses fongueuses.

M. Trélat doute que cette tumeur puisse être rapprochée des tumeurs kystiques; il croirait plutôt à une tumeur hématique transformée.

M. *Després*. La planche présentée par M. Trélat ne rappelle pas la maladie kystique du testicule, décrite par Curling, ni la pièce présentée en 1859 par Jouon, à la Société anatomique. La tumeur que M. Després a opérée existait depuis six ans et on comprend qu'elle a pu subir des transformations.

M. *Trélat*. C'est Astley Cooper qui, le premier, a décrit et figuré cette maladie; le dessin qu'il a laissé se rapproche beaucoup de la planche présentée par M. Trélat.

M. *Richelot*. Il y a des tumeurs du testicule contenant des kystes avec minces cloisons fibreuses; d'autres ont un stroma épais avec des kystes. Les premières sont des épithéliomes kystiques qui récidivent le plus souvent.

M. *Terrier* avait cru à la bénignité de la tumeur qu'il avait enlevée et la récidive eut lieu dans le ventre quelque temps après l'opération. Pour arriver à l'anatomie pathologique exacte de ces tumeurs, il ne faut tenir compte que des observations recueillies dans ces dernières années. Les tumeurs kystiques du testicule sont absolument identiques comme structure aux kystes multiloculaires de l'ovaire. Au point de vue clinique, les kystes multiloculaires de l'ovaire ne récidivent pas dans l'immense majorité des cas, mais ils peuvent récidiver.

— M. *Verneuil*. Dans la précédente séance, M. Lannelongue a présenté des pièces destinées à assimiler les lésions du rachitisme à celles de la syphilis osseuse héréditaire. M. le professeur Parrot s'offre à nous montrer sa remarquable collection de pièces relatives au rachitisme et à la syphilis héréditaire, et à donner son opinion sur ce point spécial.

La propositition de M. Parrot est adoptée à l'unanimité.

— M. *Polaillon* a écrit au docteur Mouchez pour savoir ce qu'était devenue la femme de soixante-douze ans qui avait expulsé spontanément une pierre de la vessie. Cette femme conserve sa fistule qui a diminué d'étendue, et elle refuse toute opération.

M. *Sée*. Les fistules uréthro-vaginales sont difficiles à guérir; M. Sée a échoué sur deux femmes qui avaient cette infirmité à la suite d'un accouchement pénible.

— M. *Verneuil* lit un rapport sur une observation de M. Rédard, relative à une amputation chez un albuminurique.

Le malade, âgé de trente et un ans, entre à l'hôpital de la Pitié. Mauvaise santé habituelle. Bronchites, abcès, adénites chroniques pendant l'enfance. M. Verneuil fit l'amputation de la jambe au tiers inférieur pour une carie suppurée des os du tarse; pansement ouaté. Quand on enleva le pansement, douze jours après l'opération, la plaie était presque complètement cicatrisée.

Le malade était albuminurique et phthisique; sous l'influence de l'opération, il se produisit dans l'état général une amélioration remarquable; fièvre nulle; lésions pulmonaires améliorées. Les urines furent examinées et analysées tous les jours. M. Verneuil présente un tracé donnant la quantité d'urine rendue, et la quantité d'albumine depuis quatre jours avant l'opération jusqu'à douze jours après. On constate après l'opération une augmentation sensible de l'urine et de l'albumine (quatre fois plus); et cependant l'état général était meilleur. Toutefois ce fait montre l'action aggravante du traumatisme opératoire sur un état pathologique antérieur. C'est ainsi qu'on peut expliquer des cas de mort, alors que toutes les conditions de l'asepsie sont obtenues.

M. Verneuil fait appel à l'expérience de ses collègues et demande des faits pour établir l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs. Il termine par un éloquent plaidoyer en faveur de la chirurgie française qui n'a rien à envier aux chirurgies étrangères.

M. *Trélat*. L'état antérieur de l'organisme a une influence incontestable sur les traumatismes; une opération peut

avoir son issue modifiée par une affection antérieure. Quant à la chirurgie française, sa vieille et légitime réputation n'est pas amoindrie.

— M. *Blum* lit une note sur l'orteil à marteau.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Modification du virus charbonneux sous l'influence de causes de destruction : MM. Arloing, Cornevin et Thomas. — Fonctions ganglionnaires sympathiques : MM. Dastre et Morat. — Capacité respiratoire du sang des animaux plongeurs : MM. Regnard et Blanchard. — Filtration sur le plâtre du sérum sanguin : MM. Bochefontaine et Marcus. — Réfrigération artificielle des animaux : M. F. Franck.

MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas* complètent, dans une communication d'ensemble, les résultats déjà présentés à la Société sur les modifications qu'éprouve le virus bactérien (charbon symptomatique) sous l'influence de quelques causes de destruction. Nous extrairons de cette note étendue les points principaux seulement, renvoyant pour les détails aux comptes rendus officiels de la Société de biologie.

Le virus est extrait par trituration et pression des fragments de tumeurs symptomatiques additionnés de la moitié de leur poids d'eau pure. Il peut se conserver quelques jours à l'état frais avec une basse température, et plus de deux ans à l'état sec. La résistance du virus desséché est beaucoup plus grande que celle du virus frais, et l'*action pathogène* des agents de la virulence *n'est pas liée invariablement à leur mobilité*.

—Abandonné à lui-même, le liquide virulent peut conserver très longtemps, malgré la putréfaction, son activité propre, bien que souvent les inoculations tardives ne déterminent pas le charbon, mais des accidents de septicémie.

Le froid, dans la région lyonnaise, n'a pas été assez intense, même pendant l'hiver 1880-1881, pour atteindre les germes du charbon bactérien.

La chaleur produit des effets qui varient avec le *modus faciendi* et avec l'état physique du virus. Ainsi le *virus frais* chauffé à une température inférieure à 65 degrés pendant dix à trente minutes ne perd pas son activité. Au-dessus de 65 degrés jusqu'à 100 degrés, la chaleur atténue plus ou moins l'action du virus, et peut l'anéantir si le chauffage est suffisamment prolongé.

Ces résultats sont obtenus avec le chauffage à *l'étuve*, en vase clos, dans l'air; au contraire, l'immersion pendant deux minutes dans l'eau bouillante du tube qui contient le virus frais suffit pour lui faire perdre toutes ses propriétés.

Le virus préalablement desséché résiste beaucoup plus à la chaleur. De ces expériences sur le chauffage résulte la possibilité de compter sur cette influence pour obtenir, suivant le degré, un virus vaccinal ou un virus absolument inerte.

—L'étude de l'action des substances antiseptiques conduit les auteurs à insister sur cette formule, qu'*il faut chercher des antiseptiques spéciaux pour chaque virus*, du moins dans certaines limites; on ne peut compter, en effet, sur l'action désinfectante générale de l'antiseptique réputé le plus actif (acide phénique, alcool, etc.).

— L'eau oxygénée a fait l'objet d'une étude détaillée. Contrairement aux prévisions, les auteurs n'ont point obtenu d'action destructive de l'eau oxygénée sur le virus du charbon symptomatique; cette conclusion, opposée à celle de MM. Nocard et Mollereau, qui pensaient avoir obtenu du virus atténué, vaccinal, par l'eau oxygénée, est justifiée par de nombreuses expériences rapportées en détail dans le mémoire original.

— MM. *Dastre* et *Morat* apportent une contribution à l'étude des fonctions ganglionnaires sympathiques. Ils tirent de leurs expériences les principales conclusions suivantes : 1° le ganglion cervical supérieur exerce une action tonique sur les vaisseaux bucco-faciaux; 2° le ganglion cervical inférieur et surtout le premier thoracique exercent sur les vaisseaux des diverses régions de la tête (particulièrement sur ceux de l'oreille) une action tonique manifeste; 3° cette action tonique est renforcée par des nerfs constricteurs venus de la moelle avec la racine des troisième, quatrième et cinquième paires dorsales et les rameaux communiquants qui leur correspondent; 4° d'autre part, ces mêmes ganglions reçoivent des huitième paire cervicale, première et deuxième dorsales, des éléments dilatateurs qui dominent leurs antagonistes, car l'excitation de ces racines et de leurs *rami communicantes* dilate les vaisseaux auriculaires; 5° ces nerfs inhibitoires se terminent et se perdent au moins en partie dans les ganglions.

M. *Brown-Séquard* pense qu'on doit faire rentrer les actes suspensifs qui caractérisent la vaso-dilatation dans la série des actions inhibitoires; il cite plusieurs expériences relatives à la suspension fonctionnelle avec faculté de distension exagérée de certains muscles, comme le diaphragme, à la suite d'irritations périphériques. Il reviendra, du reste, prochainement sur ces études.

— MM. *Regnard* et *Blanchard* ont repris en les complétant les expériences de M. P. Bert sur la capacité respiratoire du sang des animaux plongeurs. Comparant la capacité respiratoire du sang dans une série d'animaux (reptiles, oiseaux, mammifères), ils ont pu établir une échelle croissante, dont certains reptiles, comme le *varan* et le *caïman*, occupent les degrés inférieurs; les oiseaux, comme le poulet, le canard, la partie moyenne, et dont les plus hauts degrés appartiennent aux mammifères plongeurs, comme le phoque.

C'est ainsi que se trouve confirmée, pour les vertébrés, cette loi que chaque fois qu'un animal devra demeurer longtemps sans respirer, il le fera grâce à la richesse en hémoglobine de son sang, qui emmagasine une quantité d'oxygène grâce à laquelle il pourra vivre.

— MM. *Bochefontaine* et *Marcus* ont utilisé la propriété filtrante et isolante du plâtre et du charbon animal pour obtenir du sérum sanguin sans globules et le liquide clair sans caséine que fournit le lait filtré de cette façon.

« Les résultats, disent les auteurs, de la filtration du sérum et du lait à travers le plâtre ou le charbon doivent nécessairement inspirer des doutes sur la valeur et la signification des expériences dans lesquelles, pour rechercher la nature des virus, on a filtré des matières virulentes à travers du charbon animal ou du plâtre. »

M. *François-Franck*, amené par la communication faite par M. P. Bert dans la dernière séance, à parler des expériences qu'il a faites en 1879-1880 sur la réfrigération artificielle des animaux, donne les résultats sommaires de certaines parties de ces recherches. Il s'occupe seulement de la réfrigération médiate, progressive, obtenue avec un appareil en caoutchouc, sans mouiller l'animal, et par un courant d'eau froide à 10 degrés environ, l'écoulement variant entre 500 et 1000 centimètres cubes.

I. Parlant d'abord des conditions très variables de semblables expériences, M. François-Franck ne croit pas qu'il soit possible de déterminer une courbe type de réfrigération graduelle : la rapidité et les phases du refroidissement central varient avec l'espèce animale employée et la résistance individuelle du sujet; avec la conductibilité calorifique très variable de la peau, suivant l'épaisseur de la couche de graisse, celle du derme, celle de la fourrure, etc.; avec la

masse totale du corps; avec l'état d'immobilité ou d'agitation du sujet; avec la rapidité du renouvellement de l'eau, etc.; tous ces points déjà connus ou faciles à prévoir ont été contrôlés avec des procédés thermographiques empruntés à M. Marey, et qui donnent les courbes d'abaissement de la température avec leurs phases directement inscrites. Ce sont donc des courbes *vraies* et non des courbes construites *après coup*, d'après les indications thermométriques ordinaires.

Un point important qui ressort de cette première série, c'est qu'on n'observe pas au début de l'action du froid appliqué par le procédé de M. François-Franck l'exagération initiale de la température profonde, redoutée par quelques-uns dans l'application médicale.

II. La seconde série de faits est relative à la comparaison des températures superficielle et profonde pendant la réfrigération progressive. Ici deux conditions d'exploration de la température périphérique se présentent : ou bien on examine la température dans une région périphérique soustraite à l'action directe de la réfrigération, comme l'oreille, la peau des pattes; ou bien on introduit le thermomètre sous la peau, dans une partie que recouvre le manchon. Les résultats des expériences sont nécessairement très différents dans les deux cas.

1° En explorant la température périphérique *en dehors de l'appareil* (dans une région comme le conduit auditif externe, où le thermomètre marque un degré toujours assez élevé), on constate que les deux courbes d'abaissement centrale (sus ou sous-diaphragmatique) et périphérique ne sont point parallèles. La température profonde s'abaisse beaucoup plus vite, si bien qu'à un moment donné se produit ce que M. Franck appelle le *point de croisement*. La température auriculaire devient et reste supérieure de plusieurs degrés à la température centrale. Ce résultat constant, en apparence paradoxal, ne veut pas dire qu'il s'opère à la périphérie une fabrication de chaleur sur place : l'explication du fait est beaucoup plus simple. L'oreille, dans l'air à 12, 15 degrés, mauvais conducteur de la chaleur, perd beaucoup moins vite que le tronc dans l'eau à 10 degrés, meilleur conducteur de la chaleur. Ceci, pour le dire en passant, prouve qu'il faut faire une large part à la réfrigération toute *physique* du corps par propagation du froid extérieur aux parties profondes, et ne pas considérer comme facteur essentiel la réfrigération des parties centrales par le sang qui est venu perdre sa chaleur aux surfaces. Si cette dernière interprétation de la réfrigération profonde était la plus importante, on devrait voir l'oreille refroidie par le sang artériel au même degré que les régions centrales. Des expériences variées (isolement des oreilles avec de la ouate, réfrigération directe avec courant d'eau, etc.) montrent la réalité de l'explication donnée par M. Franck pour la production des *points de croisement*.

2° Les résultats sont tout autres quand on explore la température sous-cutanée dans une région soumise à l'action directe du courant d'eau extérieur : on voit s'abaisser presque parallèlement les deux courbes superficielle et profonde, la première cependant tombant beaucoup plus vite et plus bas. Cet abaissement rapide de la température sous-cutanée, directement lié à l'action extérieure de la cause réfrigérante, empêche qu'on puisse recueillir de cette exploration la moindre notion relative à l'état de la circulation périphérique; les petites différences qui pourraient résulter des variations circulatoires sont complètement masquées par l'influence énergique du froid extérieur.

III. La troisième série de faits que M. François-Franck indique brièvement, est relative aux modifications circulatoires (mécaniques et nerveuses) qui surviennent pendant le cours de la réfrigération. Les seuls points sur lesquels l'auteur attire l'attention de la Société sont les suivants : 1° la pression sanguine s'abaisse graduellement à mesure que diminue la température profonde, et cette chute est à peu près parallèle à celle de la température, sauf des irrégularités du début, dans lesquelles la pression dépasse son niveau initial (action vaso-motrice); 2° le cœur, après s'être accéléré sans doute sous l'influence de l'irritation cutanée, se ralentit peu à peu et passe, par exemple, de 140 battements à 3, 5, 10 par minute, tandis que la température tombe de 39 à 20 degrés, et la pression de 140 millimètres à 30, 35. Donc parallélisme à peu près régulier dans cette décroissance des trois phénomènes examinés, pression, fréquence du cœur, chaleur centrale.

En interrogeant l'excitabilité du bout périphérique du pneumogastrique à chaque diminution de 1 degré de la température profonde, on constate une décroissance graduelle des réactions modératrices, qui s'accuse surtout dans les basses températures (entre 28° et 20 degrés). Les excitations qui produisaient l'arrêt du cœur ne produisent plus que du ralentissement, et le début de la réaction modératrice retarde de plus en plus sur l'excitation.

REVUE DES JOURNAUX

Des propriétés thérapeutiques du zinc, par M. le docteur Testa.

Les expériences ont été faites au moyen d'une solution de sulfate de zinc à 20 pour 100, employée par la méthode hypodermique. D'après l'auteur, le zinc possède une action sur le cœur, amoindrit l'intensité de ses contractions et modifie la pression artérielle, en augmentant la contraction des parois vasculaires. Il agit sur les terminaisons des filets cardiaques du pneumogastrique, arrête le cœur dans la diastole ; de plus il agit aussi sur les nerfs périphériques, provoque de l'anesthésie, de la paralysie motrice et peut, en diminuant l'excitabilité du système nerveux, intervenir utilement dans les névroses convulsives. C'est ainsi qu'il diminuerait l'hyperesthésie ovarienne et serait efficace dans l'hystérie et les palpitations du cœur de cause nerveuse. (*Dublin Journal of medical sciences*, juillet 1882.)

De l'action du convallaria maialis sur le cœur, par M. le docteur Chairman.

Dans la discussion qui s'est élevée au sujet des propriétés du convallaria devant l'Académie de médecine de New-York (7 décembre 1882), le docteur Chairman a cité un cas de fièvre typhoïde dans lequel le pouls était fréquent et presque imperceptible et les bruits du cœur d'une telle faiblesse qu'on ne pouvait guère les entendre à l'auscultation. Le convallaria fut employé par la voie hypodermique et produisit l'accélération du cœur et le retour des bruits; cet effet persista jusqu'à la mort du malade qui survint quelques jours plus tard.

Le second malade était tombé dans le collapsus, à la suite d'une péritonite. Ses urines contenaient de l'albumine et l'on n'avait obtenu aucun effet de l'emploi de la caséine, de l'atropine, ni de la galvanisation. Les injections hypodermiques de convallaria procurèrent l'augmentation des battements du cœur et le retour de la respiration dans l'espace d'une demi-heure. Le malade a survécu.

Le docteur Robinson a fait usage de ce médicament pendant deux mois chez un cardiaque, asystolique et hydropique. Le convallaria donna un bon résultat. Dans les cas semblables le docteur John Peters déclare faire usage de la teinture

de caïnca, à la dose d'une drachme, à titre de diurétique, contre les hydropisies rénales ou cardiaques. (*The medical Record*, p. 662, 9 décembre 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique de la folie à double forme, par le docteur Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton. — Paris, O. Doin, 1883.

Parmi les questions que l'Académie de médecine avait mises au concours en 1880, se trouvait celle-ci : « De la folie désignée sous les dénominations de folie circulaire, folie à formes alternes. » Le mémoire envoyé par M. le docteur Ritti fut jugé digne du prix, et c'est ce mémoire qui vient de paraître sous forme d'un volume de 400 pages environ.

La folie à double forme est une nouvelle venue dans la pathologie mentale; il n'y aurait pas eu place pour elle dans la classification d'Esquirol, qui ne comprenait qu'un petit nombre de types, basés sur les formes symptomatiques élémentaires. La manie, la lypémanie, la monomanie, la démence et l'idiotie, tels étaient, pour Esquirol, les genres bien distincts dans lesquels se résumaient toutes les variétés des maladies mentales. Comment introduire, dans l'une ou l'autre de ces catégories, la folie à double forme, qui est, dit M. Ritti, « une espèce d'aliénation mentale, dont les accès » sont caractérisés par la succession régulière de deux » périodes, l'une de dépression (lypémanie), et l'autre d'ex- » citation (manie), ou réciproquement? »

Et cependant la folie à double forme est, elle aussi, une maladie mentale bien distincte, bien caractérisée, au même titre que la paralysie générale, le délire de persécution, la stupidité.

Assurément les alternatives de dépression et d'excitation sont un caractère banal que l'on peut observer chez tous les aliénés sans exception et qui n'offre par lui seul rien de spécifique. Mais il se trouve que cette alternance des deux périodes, lorsqu'elle forme le caractère dominant de l'affection mentale, et qu'elle acquiert une certaine régularité, prend une importance considérable, car elle s'accompagne alors d'autres éléments qui permettent de constituer une espèce morbide nettement caractérisée. Il est même extrêmement curieux et intéressant de voir comment tous ces éléments ont été successivement dégagés et isolés jusqu'au jour de la synthèse définitive. C'est là ce qui fait le charme de l'historique très soigné que M. Ritti a consacré à la question, et dans lequel il a pris soin de remonter aux sources originales : on y suit les étapes successivement parcourues par la folie à double forme avant sa constitution définitive.

Que la manie puisse se changer en mélancolie et *vice versa*, c'est ce que savaient déjà Hippocrate, et Arétée, et Galien, et Alexandre de Tralles. Mais aucun d'eux n'avait vu que cette alternance pouvait avoir une signification spéciale. Pour cela il faut arriver à une époque beaucoup plus rapprochée de nous, jusqu'à Willis, qui remarque non seulement que la manie et la mélancolie peuvent se transformer l'une dans l'autre, mais qui ajoute encore qu'elles peuvent se succéder d'une façon alternative, comme la fumée et la flamme. Ettmuller constate qu'entre la manie et la mélancolie il ne saurait y avoir de différence radicale, puisqu'elles se transforment facilement l'une dans l'autre, Lorry vient ensuite, et avec lui la question fait un grand pas : il note que la transformation de la manie en mélancolie doit surtout être considérée comme un vice héréditaire. Jacquelin Dubuisson signale la gravité du pronostic dans tous les cas de ce genre; ce fait avait également frappé Fodéré.

On voit donc que déjà, avant Esquirol, tous les éléments de la folie à double forme étaient connus : transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement; — origine héréditaire de cette forme de maladie mentale ; — gravité du pronostic... Esquirol n'y ajouta rien, sinon qu'il signala la très grande régularité des alternatives de manie et d'autres maladies telles que l'hypochondrie et la lypémanie.

En somme, les matériaux existaient, mais comme matériaux isolés : ils attendaient l'ouvrier qui saurait les réunir et les cimenter pour construire l'édifice définitif.

A qui revient l'honneur d'avoir créé définitivement la folie à double forme? Cette question a été étudiée par M. Ritti avec une grande impartialité. Il s'agit de priorité : grave affaire comme il s'en produit toujours en médecine, quand il y surgit quelque découverte! Ici le débat mettait en présence deux maître également respectés, et qui n'avaient pas besoin de la folie à double forme pour établir leur réputation, basée sur un assez grand nombre d'autres titres scientifiques. Les travaux de Falret et de Baillarger parurent à peu près à la même époque; mais les documents que produit M. Ritti démontrent d'une façon péremptoire que si, à la vérité, Falret, frappé des alternatives régulières de la manie et de la mélancolie, vit là une forme spéciale de la marche des maladies mentales qu'il appelle *forme circulaire*, il n'est pas moins vrai que c'est Baillarger qui, le premier, a nettement établi que la manie et la mélancolie peuvent, en certains cas, être soudées l'une à l'autre, et constituer une unité morbide nouvelle.

Je me suis arrêté un peu longuement sur l'historique de la question; il m'a semblé que l'auteur l'a traité avec une certaine prédilection, et c'est à coup sûr l'un des chapitres les plus attrayants de son livre.

La folie à double forme est constituée par des accès présentant deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation, mais aucune de ces périodes ne se présente avec des caractères identiques dans tous les cas. Ainsi la période de mélancolie peut présenter tous les degrés, depuis la simple dépression mélancolique jusqu'au délire lypémaniaque proprement dit, jusqu'à la stupeur la plus complète. Certains malades traversent même successivement ces trois phases.

De même, la période d'excitation peut offrir toutes les nuances, depuis la simple surexcitation cérébrale sans délire déterminé, jusqu'au délire maniaque véritable. Et dans ce dernier cas il n'est pas rare d'observer un délire de grandeur et de richesses qui offre tous les caractères de celui de la paralysie générale. Mais ce qu'il importe surtout de remarquer, car cela est de la plus haute importance au point de vue médico-légal, c'est que trois symptômes surtout caractérisent la période maniaque : le penchant au vol (kleptomanie); l'impulsion à boire des liqueurs alcooliques (dipsomanie), et la surexcitation des fonctions génésiques (érotomanie.)

Les symptômes physiques varient notablement dans les deux périodes. Dans celle de tristesse, toutes les fonctions paraissent ralenties; le pouls peut tomber jusqu'à 30 ou même 25 pulsations. L'amaigrissement est rapide, et M. Ritti cite une malade qui, en quinze jours, avait perdu 6 kilogrammes de son poids.

Au contraire, dans la période d'excitation, il y a un sentiment général de bien-être, de force, de vigueur : l'appétit est augmenté, et, quoiqu'il y ait souvent de l'insomnie, le malade engraisse rapidement.

Signalons encore la possibilité d'accidents cérébraux, tels qu'on en observe dans la paralysie générale : embarras de la parole, inégalité des pupilles, attaques épileptiformes.

Étudiant l'évolution de la maladie, M. Ritti distingue avec raison l'évolution de l'accès et celle de la maladie elle-même.

Pour l'accès, il peut débuter soit par la phase maniaque,

soit par la phase mélancolique, pourtant ce dernier cas paraît être le plus fréquent.

La transition d'une période à l'autre peut être brusque, et se produire pendant le sommeil; ou, au contraire, se faire lentement, par degrés insensibles; quelquefois, comme l'a fait remarquer M. Falret, elle s'opère par oscillations successives; il y a des alternatives rapprochées de manie et de mélancolie, avant que le malade passe définitivement d'une période à l'autre.

Dans l'évolution de la maladie elle-même, il est à noter que la folie à double forme peut débuter d'emblée, mais que dans certains cas, elle est précédée de plusieurs accès mélancoliques ou maniaques, séparés par des intervalles lucides.

La maladie, une fois constituée, les accès peuvent être séparés l'un de l'autre par des intervalles lucides d'une durée variable (folie à double forme à type périodique); ou bien ils peuvent se succéder sans interruption (folie à double forme à type continu ou circulaire).

La folie à double forme guérit rarement; celle à type circulaire, jamais. La terminaison par démence est rare; quelquefois elle se transforme en une autre forme de folie, telle que la manie ou la mélancolie simple.

Je ne puis suivre l'auteur dans les chapitres pleins d'intérêt qu'il a consacrés au diagnostic, au pronostic, à l'étiologie. Je veux seulement attirer l'attention sur un fait des plus curieux, celui des rapports qui existent entre la folie à double forme et la paralysie générale. Non seulement on peut observer dans la période d'excitation de la folie à double forme un délire de grandeur qui offre la plus grande analogie avec celui de la paralysie générale, et qui peut même s'accompagner d'un léger embarras de la parole, de phénomènes congestifs, etc.; mais il peut arriver aussi que, dans la paralysie générale confirmée, les symptômes psychiques se présentent sous la forme circulaire.

Comment interpréter ces faits? Sont-ce deux maladies distinctes, la paralysie générale et la folie à double forme, qui se surajoutent l'une à l'autre? Il est difficile de se prononcer d'une manière définitive, et M. Ritti ne hasarde aucune explication. Il faut attendre de nouveaux faits et réserver la théorie pour l'époque où nous serons mieux renseignés.

L'ouvrage est terminé par un chapitre de médecine légale, dans lequel sont examinés, avec exemples à l'appui, tous les problèmes que peut soulever la folie à double forme; et ces problèmes sont nombreux, comme permettaient de l'établir à priori les symptômes mêmes que nous avons énumérés. Ce chapitre clôt dignement l'excellente monographie que j'ai essayé d'analyser rapidement. Le livre de M. Ritti est, en effet, une monographie aussi complète que le comporte l'état actuel de la science, d'une maladie mentale encore peu connue et peu étudiée. On y retrouve les qualités qui distinguent les autres publications de l'auteur, une érudition de bon aloi, un esprit critique judicieux, un style simple et clair. J'ajouterai qu'il renferme de nombreuses observations, les unes recueillies par M. Ritti lui-même, les autres provenant de sources diverses. Aussi le Traité clinique de la folie à double forme a-t-il sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent des maladies mentales : il établit avec précision le bilan de nos connaissances sur un point encore mal déterminé, et il serait à désirer que toutes les questions qui restent douteuses dans la pathologie mentale pussent inspirer des travaux aussi complets et aussi consciencieux.

J. Christian.

VARIÉTÉS

Le sulfate de quinine des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR A. DECHAMBRE, PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur et honoré collègue,

Afin de répondre au désir que vous m'avez exprimé, je vais vous raconter aussi brièvement que possible l'affaire du sulfate de quinine des hôpitaux que la plupart des journaux ont travestie à plaisir avec une fâcheuse animosité et une aussi fâcheuse inexactitude. Vos habitudes scientifiques pourront ensuite donner à ce sujet la forme à laquelle vous avez habitué les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*.

Le 19 décembre 1882, mon collègue M. Bourgoin m'apprit à l'Académie que certains journaux de médecine venaient de publier une note concernant le sulfate de quinine des hôpitaux, lequel, selon eux, contenait une forte dose de *sulfate de cinchonine*. Sachant avec quels soins ce sel est analysé, ainsi que tous les autres produits que reçoit la pharmacie centrale, par le chef et par l'aide des laboratoires, je ne pus que nier un fait qui me paraissait impossible. D'ailleurs, aussitôt de retour chez moi, j'examinai le cahier des essais, et j'y trouvai, comme je m'y attendais, le sulfate de quinine avec la mention de *la pureté*. Moi-même, je repris l'échantillon d'essai qui avait été conservé comme on le fait toujours, et j'arrivai au même résultat. Cependant l'assertion des journaux m'étonnait tellement que je résolus d'essayer le sulfate de quinine que nos magasins distribuent journellement aux hôpitaux. Quelle ne fut pas ma surprise de voir que l'essai de ce sel par l'éther et l'ammoniaque y indiquait la présence d'une notable proportion d'un alcaloïde étranger à la quinine! J'eus de suite le pressentiment qu'on avait dû disposer la boîte de façon à tromper l'essayeur en y plaçant d'abord le sel étranger pour en remplir le fond, puis qu'on l'avait recouvert de sulfate pur, ce qui expliquait les résultats contradictoires obtenus.

Je rassemblai immédiatement tout ce qu'il y avait de sulfate de quinine au magasin, soit : 1° la boîte entamée sur laquelle j'avais fait mon premier essai; 2° une boîte de 5 kilogrammes pleine encore, mais qu'on avait ouverte pour la prise d'essai; 3° une dernière boîte de 5 kilogrammes portant ses scellés encore intacts. Puis, je prévins aussitôt l'administration de l'Assistance publique, lui demandant l'autorisation de faire une enquête à ce sujet en présence de l'inspecteur de l'établissement, M. Bailly, de MM. les experts Darrasse et Marais et de l'adjudicataire, M. Pressac. Ce dernier amena avec lui M. Lacombe, lequel était le réel fournisseur du sulfate de quinine, M. Pressac n'étant que prête-nom.

L'expertise eut lieu le 23 décembre, en présence de ces diverses personnes. Elle donna les résultats suivants :

D'abord il fut reconnu, à l'aide de nos livres : 1° que tout le sulfate de quinine reçu pendant le cours de l'année, mais avant le mois d'octobre, avait été fourni dans des boîtes de 7 à 8 kilogrammes, portant chacune l'étiquette et le scellé de la fabrique lombarde de Milan. Or tout fait supposer que le produit qu'elles contenaient était pur, puisque l'analyse du sulfate de quinine livré avant octobre n'y a découvert aucun sel étranger;

2° Que la livraison d'octobre et de novembre avait été faite dans quatre boîtes de 5 kilogrammes chacune (total : 20 kilogrammes). Elles différaient des précédentes par la forme, la capacité et surtout par le scellé qui n'était plus celui de la fabrique lombarde dont elles portaient seulement l'étiquette. Ici le scellé était formé de bandes de papier gris sans aucune marque spéciale. Il fut constaté qu'on n'avait encore distribué que $6^{kil},500$ environ du sel livré en octobre;

3° Que la boîte entamée contenait du sulfate de quinine presque pur dans la partie élevée de ses angles, tandis qu'il était très impur dans le centre et au fond de la masse ;

4° Que le dessus du produit contenu dans la boîte ouverte pour l'essai (livraison de novembre), mais qui n'avait pas été autrement touchée, était du sulfate de quinine pur dans une épaisseur de 15 à 20 centimètres cubes, tandis que le dessous recélait le mélange du sel fébrifuge avec le sulfate de cinchonine;

5° Qu'enfin, la boîte restée intacte et reconnue pour telle par le fournisseur lui-même, après avoir été ouverte devant tous, contenait un produit qui avait reçu absolument les mêmes dispositions : sel pur en dessus, sur une épaisseur de 15 à 20 centimètres cubes, mélange en dessous.

En présence de ces constatations, un procès-verbal fut rédigé par M. l'inspecteur de l'Administration et signé par toutes les personnes présentes. Ce procès-verbal relatait la nature des essais précédents et les résultats qu'ils avaient fournis sous l'influence d'une disposition coupable destinée à tromper les experts.

Aussitôt après, il fut convenu que le sulfate de quinine impur livré à un certain nombre d'établissements hospitaliers, serait remplacé par un même poids de sel pur, après que tout le sulfate falsifié retrouvé aurait été rendu au fournisseur en défaut, avec les boîtes que nous avions encore. Ceci fait, et le nouveau sel ayant été reconnu pur (sulfate des trois cachets), la substitution eut lieu dans tous les établissements où avait pénétré le sel impur (1).

Depuis cette époque et encore aujourd'hui (voy. le *Siècle* du 20 février) les journaux politiques ayant fait beaucoup de bruit autour de cette question, l'administration de l'Assistance publique a cru devoir déposer au parquet une plainte en falsification contre l'adjudicataire qui la retourne à l'adresse du sieur Lacombe. Ce dernier avait écrit à l'Administration, le 15 janvier dernier, pour lui expliquer, à sa façon, comment le contenu de deux boîtes de *sulfate de conchinine* (fabrique lombarde) avait été mélangé par mégarde avec celui de deux boîtes de *sulfate de quinine* Taillandier, et comment ce dernier produit, étant pur et plus beau que le précédent, avait été placé au-dessus *pour parer la marchandise;* le sulfate de conchinine n'étant que le *sulfate de quinidine* des Français, c'est ce dernier sel qu'on avait pris pour du *sulfate de cinchonine.* Sa présence dans les produits livrés aux hôpitaux était le résultat d'une erreur et non d'une fraude, l'ouvrier chargé de remplir les boîtes ayant lu *chinine* au lieu de *conchinine.*

Telle est l'explication donnée par M. Lacombe.

Ce qu'il y a ici de singulier, c'est que, ayant fait aussitôt après l'expertise du 23 décembre, une analyse complète du produit incriminé, j'ai trouvé (et d'autres ainsi que moi) que celui-ci ne contenait que des traces de *cinchonine*, qu'il ne renfermait que de très petites proportions de *quinidine*, mais que la majeure partie du produit étranger était du *sulfate de cinchonidine!* Ainsi, ni les journaux médicaux et politiques, ni M. Lacombe n'avaient dit vrai.

Mais, ce qui m'étonne par-dessus tout, et ce que je tiens à vous bien faire remarquer, c'est qu'il est étrange, incompréhensible qu'un fait de ce genre (sulfate de quinine falsifié), qui a dû être constaté avant tout dans les hôpitaux par des représentants du personnel médical ou pharmaceutique, lesquels étaient tenus dès lors de faire cesser la distribution d'un pareil produit, ait été communiqué tout d'abord à certains journaux scientifiques, alors qu'on le cachait à l'administration de l'Assistance publique et au directeur de la pharmacie centrale qui aurait pu y remédier immédiatement! Ce n'est pas là une bonne manière d'entendre l'intérêt des malades.

Veuillez recevoir, etc.

É. Baudrimont,
Directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux.

(1) La quantité de sulfate retrouvée a dépassé celle qui avait été livrée depuis fin octobre. Cela s'explique en remarquant qu'on a rendu en même temps les restes de sulfate de quinine reçu antérieurement. Cela prouve de plus qu'il n'en a été presque pas consommé en raison du court espace de temps passé entre la livraison et la reprise du sel.

— Nous croyons devoir ne rien ajouter pour le moment à cette lettre. La justice est saisie; des experts sont nommés, qui présentent les garanties d'une entière compétence. Nous nous dispenserons même de toute remarque sur les conditions actuelles d'adjudication des fournitures de médicaments aux hôpitaux et sur les procédés en usage à l'administration de l'Assistance publique pour la vérification des produits livrés. Ces questions seront nécessairement engagées dans le débat judiciaire, et c'est alors qu'il sera le plus opportun de les examiner.

Mais il est bon de rappeler dès à présent, comme terme de comparaison, la manière dont on opère à la pharmacie centrale des *hôpitaux militaires.* Nous laissons de côté l'adjudication, qui a lieu, du reste, dans les mêmes conditions que pour les hôpitaux civils.

L'adjudicataire apporte sa quinine en caisses de 50 à 100 kilogrammes environ. Ces caisses sont vidées sur une table, et leur contenu mélangé à la pelle. Ce pelletage a pour but, on le devine, de déjouer la ruse des *caisses fourrées ;* c'est le nom vulgaire des caisses dans lesquelles un produit falsifié est recouvert d'une couche de sel pur. On prend un échantillon moyen composé de quinze à vingt prises, puisées au hasard; le pharmacien en chef ferme ensuite à clef la pièce où cette opération est faite. L'échantillon moyen est analysé tout de suite, non seulement qualitativement mais encore *quantitativement.* On dose l'eau, l'acide sulfurique, la quinine, la cinchonine et la quinoïdine; le tout sans préjudice de la recherche des fraudes vulgaires, telles que sucre, chlorhydrate d'ammoniaque, salycine, plâtre. On tolère 2 pour 100 de cinchonine conformément aux clauses du cahier des charges.

Dès que l'analyse est terminée, on écrit au fournisseur qui, selon le cas, reçoit un mandat de payement, ou vient reprendre le sel jugé inacceptable. Grâce à ces précautions, le sulfate de quinine employé dans les hôpitaux militaires n'a jamais cessé d'être pur. A. D.

Érection d'une statue a Bouillaud sur une place d'Angoulême.

Une souscription a été ouverte, il y a peu de temps, par l'Association des médecins de la Charente pour élever un buste au professeur Bouillaud, qui est né à Angoulême. Cette souscription a donné un résultat si favorable qu'il a été décidé de la continuer pour substituer une statue au buste. M. le docteur Bessette, président de l'Association médicale de la Charente, nous prie de prêter à ce projet la publicité de la *Gazette.*

Le corps médical tout entier approuvera, soutiendra ce projet. Bouillaud était, avec Andral, le représentant le plus illustre de cette forte génération de 1830, qui avait presque fait du drapeau de la médecine française celui du monde entier. Nous l'entendons encore s'écrier, dans un discours nécrologique : « Andral était le premier d'entre nous! » Condé en avait dit à peu près autant de Turenne quand il déclarait que la présence de celui-ci à l'armée se reconnaissait à la sagesse et à la sûreté des dispositions militaires. Et aussi bien, ce souvenir est-il si hors de propos? Bouillaud n'était-il pas le « plus vif, sans que son feu eût rien de précipité »; et Andral, le « plus froid, sans jamais rien avoir de lent »; et n'est-il pas vrai que le premier procédait plus par « illuminations » que le second? Et, puisque nous prenons haut nos comparaisons, pourquoi ne pas dire qu'Andral tenait plus d'Hippocrate, qu'il a commenté, et Bouillaud de Galien, qu'il citait volontiers? Ceux qui ont pu connaître les deux

professeurs prenant possession de leur chaire, l'un à trente-trois ans et l'autre à trente-cinq, ne peuvent avoir oublié combien celui-ci se montrait hardi, entreprenant, prompt à la généralisation et à la déduction; combien celui-là, au contraire, appliqué surtout à découvrir des faits ou à restituer ceux qu'on avait défigurés, se montrait réservé dans les interprétations pathogéniques. Un terrain où il est curieux d'observer les deux rivaux, c'est celui de l'hématologie. On accorde généralement à Andral l'honneur de l'avoir créée au sens moderne. Ses recherches sur le sang, telles qu'il les a conçues et exécutées avec l'aide de notre très éminent confrère M. Gavarret, bien jeune alors, et qui n'avait pas encore pris ses grades; ces recherches si rigoureuses étaient, en effet, sans précédent, encore que quelques-uns de leurs résultats ne fussent pas inconnus; mais la signification donnée aux faits par Andral est aussi limitée, aussi matérielle, pour ainsi dire, que les faits eux-mêmes. Les éléments du sang varient quant à la quantité et quant à certaines qualités physiques dans les diverses maladies, dont ces variations deviennent des caractères distinctifs. Bouillaud, bien auparavant, avait, à l'imitation de Gaspard et de Dupuy, étudié également par la méthode expérimentale, et en injectant des matières nuisibles dans les veines, les *altérations de totalité* du sang, ses effets sur les différents organes, et déduit de là une théorie étiologique des fièvres dites essentielles.

Nous ne pousserons pas plus loin le parallèle; la conséquence de ce qui précède paraîtra suffisamment claire à tout le monde : c'est d'abord que, si l'on n'élevait pas de statue à Bouillaud, il faudrait n'en avoir élevé et n'en élever désormais à aucun médecin du dix-neuvième siècle; ensuite qu'il est temps aussi qu'Andral ait la sienne. Il est vrai qu'Andral est né à Paris, et que l'érection d'une statue sur une place publique est une autre cérémonie dans la capitale que dans une ville de province.

Une souscription est ouverte dans les bureaux de la Gazette hebdomadaire.

Concours d'agrégation. — Le concours de l'agrégation en médecine s'est terminé vendredi soir par les nominations suivantes: pour la Faculté de Paris, MM. Hanot, Quinquaud, Hutinel et Albert Robin; pour la Faculté de Montpellier, MM. Blaise, Beaumel et Artigalas; pour la Faculté de Lyon, M. Bar; pour la Faculté de Nancy, M. Schmitt; pour la Faculté de Lille, M. Leroy.

Administration de l'Assistance publique a Paris. — Concours spécial pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 22 mars 1883, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats a été ouvert le mardi 20 février 1883, et sera clos définitivement le mercredi 7 mars, à trois heures.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 8 février 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Choix) : M. Bonnefoy (Charles-Joseph-Armand).

Au grade de médecin-major de 2e classe. — 1er tour (ancienneté) : M. Georges (Marie-Emile).

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants : MM. Barthez (François), legs, 2570 fr.; Bonnafont, 100 fr.; Bourdin (de Choisy-le-Roi), 80 fr.; Bucquoy, 100 fr.; Brun (Auguste), 100 fr.; Cloquet (le baron Jules), 1000 fr.; Gosselin (le professeur), 200 fr.; Grancher (M. et Mme), 1000 fr.; Hérard, 100 fr.; Marjolin (Georges), 20 fr.; Martineau et Desjardins, 300 fr.; Potain (le professeur), 4000 fr.; Ricord, 500 fr.; Rotureau, 100 fr.; Wickham (Robert), 25 fr.; les étudiants des Facultés de Montpellier, 621 fr. Total, 10816 fr.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil, vu la demande adressée par M. Taillebois à la date du 15 septembre 1881, tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles communales de Paris;

Vu le rapport de sa quatrième commission;

Délibère : 1° La demande de M. Taillebois tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles communales n'est pas acceptée. 2° L'administration est invitée à étudier l'organisation de visites sanitaires périodiques, qui seraient faites par les médecins-inspecteurs annuels, spécialement au point de vue des dents, des yeux et des oreilles. 3° M. le directeur de l'Assistance publique est invité à continuer l'étude de la création de services dentaires gratuits dans les hôpitaux de Paris. Les médecins dentistes des hôpitaux seront nommés au concours.

Nécrologie. — M. le docteur Troisier, père de notre distingué confrère de Paris, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux, vient de mourir, dans sa soixante-quatrième année, à Rethel (Ardennes), où il jouissait, comme homme et comme praticien, d'une considération bien méritée.

— Nous apprenons la mort de Karl Sigmund, décédé à Padoue le 1er février 1883. Cet illustre syphiliographe, né en Transylvanie le 27 août 1810, d'abord chirurgien, hygiéniste, voire même polyglotte distingué, etc., fut une des illustrations de la Faculté de médecine de Vienne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edmond Marx (de Bordeaux).

— On nous annonce également la mort de M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, auquel les générations médicales sont redevables, depuis de longues années, de multiples perfectionnements dans l'arsenal chirurgical.

Mortalité a Paris (7e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 février 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1206, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 14. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 65.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 25; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 123; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 111; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 5; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 7e semaine. — Il a été notifié cette semaine, au service de la statistique municipale, 1380 naissances et 1206 décès. Ces chiffres sont les plus élevés que nous ayons encore enregistrés cette année. Celui des décès dépasse notablement la moyenne des quatre dernières semaines, qui était de 1135. A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la rougeole (14 décès au lieu de 10), la diphthérie (55 au lieu de 43), l'infection puerpérale (6 au lieu de 3); une atténuation pour la fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 41) et la variole (14 au lieu de 15).

La situation hebdomadaire des hôpitaux permet de constater : une diminution des cas d'invasion pour la variole (26 admissions pendant la semaine du 5 au 11 février, au lieu de 29 pendant la période précédente), et le croup (31 au lieu de 37), ainsi qu'une légère aggravation pour la fièvre typhoïde (69 admissions au lieu de 57).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 1er mars 1883.

SUR LA TRANSMISSION DES MALADIES VIRULENTES DE LA MÈRE AU FŒTUS. — VARIOLE ET VACCINE. — L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Recherches expérimentales sur la transmission des maladies virulentes de la mère au fœtus. — Variole et vaccine.

Les faits sont connus depuis longtemps, particulièrement en ce qui concerne la variole. Ils sont généralement acceptés, quoique plus discutables, pour les autres fièvres éruptives et la fièvre typhoïde. Les explications un peu vagues dont on s'était contenté jusqu'ici ne suffisent plus actuellement, et les recherches de M. Pasteur sur la transmission des maladies virulentes ouvrent de nouvelles voies dans lesquelles de nombreux expérimentateurs s'engagent chaque jour, désireux de savoir si les résultats obtenus chez les animaux par l'inoculation des maladies virulentes sont applicables aux faits cliniquement observés chez l'homme.

Dès 1857, Brauell avait démontré que les embryons des animaux en gestation qui succombaient au charbon bactéridien (sang de rate, fièvre charbonneuse) ne donnaient à l'examen anatomique aucun signe de la maladie maternelle.

En 1865, Davaine avait confirmé ces résultats, et les deux savants arrivaient à cette conclusion universellement acceptée : que le microbe du charbon, la bactéridie, ne passait pas de la mère au fœtus.

Les expériences récentes de MM. Strauss et Chamberland (*Société de biologie*, novembre 1882) donnent des résultats absolument conformes à la loi Brauell-Davaine. Ces expérimentateurs ont même constaté que dans les cas de charbon prolongé obtenus par l'inoculation des liquides de culture de M. Pasteur, les fœtus restaient également indemnes, prouvant ainsi que le placenta constitue pour la bactéridie une barrière infranchissable. D'un autre côté ils se sont assurés que les produits de sécrétion des animaux charbonneux : la bile et l'urine en particulier, ne contenaient pas de bactéridies, appréciables à l'examen microscopique. Mais voulant savoir si ces liquides ne contenaient pas quelques germes infectieux échappant à l'examen microscopique, ils les ont sou-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Angleterre. — Suicide chez les enfants. — Naufrages cérébraux. — « Hurry, worry, waste ». — Les famines en Irlande et la culture de la pomme de terre. — Contraventions aux règlements d'hygiène publique. — Enquêtes médicales. — Les honoraires des médecins requis par l'autorité judiciaire. — Le meilleur mode d'exécution : pendaison brusque ou strangulation lente. — Procédé birman dans les accouchements dangereux : le piétinement abdominal.

De temps en temps les journaux médicaux d'outre-Manche oublient momentanément une partie de leur titre et ajoutent aux choses du jour, aux *current Topics*, de courts essais de philosophie ou de pathologie sociales. Ces incursions en territoire étranger ne sont pas toujours heureuses. Dernièrement un article de la *Lancet* parlait du suicide chez les enfants et surtout chez les petites filles. Si la question eût été étudiée à fond avec des observations, des autopsies ; si l'auteur avait essayé d'élucider un des points les plus intéressants et les moins connus de la médecine mentale les rapports du suicide et de la folie, son travail mériterait mieux qu'une mention dans un article fugitif. Au lieu de cela il a émis des idées si générales qu'il serait difficile de dire sur quelles données elles peuvent reposer. Il paraît qu'en France la proportion des suicides chez les petites filles est plus grande que partout ailleurs ; nous l'ignorions ; nous ignorons encore quelle quantité représente le surplus à notre actif.

La mort volontaire ne serait pas toujours le résultat d'une obnubilation intellectuelle ; des fillettes parfaitement raisonnables, dont l'encéphale n'a été influencé par aucun trouble, attentent parfois à leurs jours à la suite d'une contrariété, pour occuper l'attention du public, faire parler d'elles. La chose est possible, mais nous doutons qu'elle soit fréquente ; nous doutons surtout qu'on puisse la rattacher aux causes qu'on lui

mis à la méthode de la culture. Or les ballons ensemencés ont donné des liquides différents. Les uns contenaient des bactéridies en quantité notable et par conséquent un liquide inoculable. D'autres contenaient à peine deux ou trois bactéridies et l'inoculation était négative. D'autres enfin, et les plus nombreux, ne contenaient aucune bactéridie.

Pour MM. Strauss et Chamberland ces résultats sont tels que la présence des bactéridies dans les liquides de culture est toute fortuite et ne peut s'expliquer que par des ruptures vasculaires, des autopsies trop retardées, etc. Ils n'infirmeraient pas la loi Brauell-Davaine. La paroi des capillaires suffit à arrêter la bactéridie au passage — à plus forte raison les appareils glandulaires. Quant au placenta, c'est une barrière infranchissable et qui joue le rôle d'un filtre parfait. Il oppose, en effet, au microbe le triple obstacle des réseaux capillaires, maternels et fœtaux, et des couches superposées de l'épithélium placentaire.

Au point de vue de la non-transmission de la mère au fœtus, le charbon occuperait donc une place exceptionnelle dans les maladies virulentes qui sont pour la grande majorité, transmissibles de la mère au fœtus.

En effet, dans le charbon *symptomatique* dont l'élément infectieux est constitué par la *bactérie*, l'immunité fœtale n'est plus observée. La *bactérie*, élément mobile et beaucoup plus ténu que la bactéridie, passe dans le sang fœtal qui devient virulent comme le sang de la mère. MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont mis ce fait hors de doute.

Il en est de même pour le choléra des poules. Le microbe envahit tous les tissus, tous les liquides. Le sang du fœtus est aussi virulent que celui de la mère.

M. Pasteur a prouvé que le vibrion spécial qu'il a découvert dans la *septicémie expérimentale*, pouvait passer, quoique plus difficilement, de la mère au fœtus, chez le lapin et le cobaye.

Il résulte de ces divers faits d'expérience que trois maladies infectieuses à microbes bien déterminés peuvent passer de la mère au fœtus.

Pour compléter leurs expériences, MM. Strauss et Chamberland ont essayé d'inoculer directement le charbon au fœtus dans l'utérus de la mère à l'aide de trocarts capillaires. Malheureusement, en pareil cas, la mère est inoculée en même temps que le fœtus et on peut observer ce fait curieux d'une mère charbonneuse dont l'utérus contient un seul fœtus charbonneux : celui que l'on a directement inoculé, tandis que les autres fœtus restent sains.

Pour arriver à infecter le fœtus seul sans contaminer en même temps la mère, les deux expérimentateurs se proposent de rendre les mères réfractaires au charbon en les soumettant, par le procédé de Pasteur, à des inoculations successives de virus atténué. Cette méthode nouvelle, si elle réussit, fournira, d'après les prévisions de ses auteurs, les résultats les plus intéressants.

Un jeune docteur de la Faculté de Bordeaux, M. Jules Chambrelent, désireux d'éclairer par ses propres expériences cette question du passage des virus à travers les villosités placentaires, a fait avec le sang des poules cholériques des essais qui l'ont amené à des résultats analogues à ceux que nous venons de signaler. Les expériences de notre jeune confrère ont eu lieu en octobre 1882, sous la direction de M. le docteur Roux, préparateur de M. Pasteur.

M. Chambrelent employa d'abord le liquide de culture fourni par M. Pasteur lui-même. Les résultats furent peu concluants, en ce sens que le sang de la mère infectée était inoculable, tandis que celui du fœtus ne l'était pas. Mais si, au lieu d'employer le sang fœtal tel qu'on le retirait des cavités du cœur, on le soumettait préalablement à des procédés de culture, on voyait ce sang se charger de microbes et acquérir des qualités infectieuses, moins énergiques cependant que celui de la mère. On serait donc porté à admettre que le sang fœtal contenait primitivement des germes infectieux que la culture développait.

Convaincu par les expériences de M. le docteur Jolyet, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Bordeaux, de la nature microbiotique de la variole, M. Chambrelent estime que les expériences qu'il a faites avec le sang infecté du choléra des poules peuvent éclairer d'un jour tout nouveau l'étiologie de la variole fœtale.

D'après lui, quand une femme avorte dans le cours d'une variole, la mort du fœtus doit être essentiellement attribuée à la viciation du sang maternel. Brown-Séquard a en effet démontré que la présence de l'acide carbonique dans le sang était une cause constante de contractions utérines chez les femelles en gestation. Or la présence d'une quantité considérable de microbes aérobies dans le sang de la mère détermine nécessairement cette surcharge d'acide carbonique et par suite l'avortement.

Quand la femme n'a pas avorté et que la grossesse suit son cours, l'enfant, au moment de sa naissance, peut présenter des traces de variole. C'est un fait rare, mais qui peut se présenter. L'auteur en cite deux cas. L'un d'eux est particu

---

assigne. Notre confrère incrimine l'état social en France; chez nous la vie de famille n'existerait pas; l'individualisme serait la base de toutes nos institutions. En Angleterre, où la famille constitue la véritable unité, on ne voit point de catastrophes de même nature. Est-ce bien sûr? Un article du même journal permettrait de croire le contraire; cet article, qui a pour sujet le naufrage cérébral de certains personnages marquants, est intitulé : *Hurry, worry, waste*, cela veut dire à peu près : précipitation, surmenage, gaspillage. Ni l'un ni l'autre ne sont rares sur les bords de la Tamise.

« La manière de travailler est mauvaise; une semaine se passe rarement sans que l'on signale une catastrophe qui frappe un homme politique ; on a dit que la cause de tout cela serait l'habitude qu'on a prise dans les Assemblées législatives de changer la nuit en jour. La vérité c'est que de tels malheurs ne frappent pas plus les hommes politiques que les autres, c'est que leurs causes sont beaucoup plus graves qu'on ne le dit : ce sont les trois fléaux de notre époque, la précipitation, le surmenage et le gaspillage des forces. Ils frappent aussi bien le commerçant, qui se couche régulièrement de dix à onze heures du soir, que l'homme politique débitant des discours jusqu'aux premières heures du lendemain. Ce n'est pas l'excès de travail, c'est la hâte qui tue. Les gens dont le cerveau fonctionne activement fatiguent beaucoup plus qu'ils ne fatigueraient s'ils étaient moins fiévreux, moins impatients, s'ils n'usaient pas mal à propos leur énergie. Nous avons trop de fers au feu, trop d'affaires en tête, nous mettons trop d'ardeur dans nos efforts; le calme et la réflexion nous permettraient de conserver des forces en réserve et de faire beaucoup de travail sans fatigue. La précipitation haletante, l'attente anxieuse du résultat, la prodigalité intellectuelle sont les traits caractéristiques de l'activité contemporaine. Tout discours est livré à la presse en quelques heures, chacun le sait; la moindre erreur ou la moindre omission est vite et rudement relevée; il faut absolument saisir l'occasion aux cheveux ou elle ne se présentera plus.

lièrement curieux en ce sens que la grossesse était gémellaire et qu'un des enfants seulement était porteur de pustules varioliques.

Il est beaucoup plus fréquent de voir les enfants naître sans éruption. L'auteur pense qu'en pareil cas il ne faut pas absolument conclure à l'absence de la variole. L'éruption se produirait difficilement sur le fœtus, placé complètement à l'abri de l'air et plongé dans le liquide amniotique. Mais il est remarquable que dans des cas nombreux, les enfants, nés de mères guéries de variole contractée pendant la grossesse, se montrent réfractaires à toute tentative de vaccination et, plus tard, à la variole elle-même. L'auteur cite deux observations, dont l'une a été communiquée en 1871 par le docteur Desnos, où cette immunité vaccinale a été constatée; — immunité qu'il attribue à une sorte d'imprégnation varioleuse.

M. Chambrelent a annexé à sa thèse un chapitre fort intéressant sur ce qu'il appelle la *vaccination congénitale*, c'est-à-dire sur l'immunité que confère à un produit la vaccination pratiquée chez la mère pendant la gestation.

Cette question avait déjà été étudiée par Burkhard, de Bâle, sous le nom de vaccination intra-utérine (1877-1878).

Il résulte des expériences concordantes pratiquées par le médecin de Bâle et M. Chambrelent que dans la majorité des cas (6 sur 9), l'enfant né d'une femme vaccinée avec succès pendant sa grossesse ou ayant eu la variole dans cette même période, est rebelle à l'inoculation vaccinale.

D'ailleurs, ces faits d'immunité congénitale ne sont pas particuliers à la variole et à la vaccine humaine. MM. Pasteur, Toussaint, Arloing, ont signalé des faits analogues dans les maladies virulentes des animaux.

Il est facile de voir que ces rapprochements entre les maladies infectieuses observées chez les animaux et celles que l'on rencontre chez l'homme peuvent singulièrement éclairer des faits encore mal compris et qui n'étaient pas sortis du domaine de la simple observation clinique. Ces résultats sont dignes d'encourager les jeunes médecins à s'engager dans ces voies nouvelles où d'intéressantes découvertes peuvent récompenser leurs efforts.

Blachez.

L'hospice des Enfants-Assistés de Paris.

La situation déplorable dans laquelle se trouve depuis si longtemps l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, au point de vue de l'hygiène de sa population hospitalière, va-t-elle prendre fin? Les rapports que MM. les docteurs Lunier et Foville viennent d'adresser à M. le ministre de l'Intérieur, à la suite de l'enquête dont il les avait chargés, seraient bien faits pour donner cet espoir. C'est à la suite des éloquentes objurgations, — personne ne les a pu oublier, — portées par M. le docteur Marjolin à la tribune de l'Académie de médecine, que l'Administration ne s'est plus refusée à soumettre à un examen approfondi les plaintes, renouvelées depuis des années, qui ne cessaient d'être proférées de tous côtés, plaintes dont la raison d'être est suffisamment confirmée, ce nous semble, par cette proportion si considérable de 33,6 pour 100, officiellement indiquée par M. le docteur Lunier, pour la mortalité des enfants qui contractent dans cet établissement le germe de leur mal.

Certes, le régime de cet hospice offre des particularités nombreuses qui en rendent difficile l'amélioration aussi bien que la transformation; le recrutement et le mouvement de sa population ne sont pas sans de grandes complications; si bien que des enfants de divers âges et de provenances multiples s'y trouvent à la fois réunis, soit qu'ils aient été remis par le commissaire de police, confiés ou abandonnés par leurs parents, envoyés par les hôpitaux ou la préfecture de police, soit qu'on les ait admis à la consultation, ou enfin qu'ils soient réintégrés à l'hospice. Il en résulte que le séjour des enfants appartenant à ces diverses catégories varie constamment, depuis vingt-quatre à trente-six heures jusqu'à quarante jours. La majeure partie ayant moins de deux ans, on conçoit que le danger de contagion doit être grand dans une telle agglomération qui compte environ trois cents enfants présents et qui a un mouvement d'admission se chiffrant annuellement de huit à dix mille, comprenant plus de cent vingt mille journées de présence.

Quelles que soient les différences que l'on puisse remarquer dans la mortalité des diverses catégories d'enfants reçus à l'hospice, et à quelque cause qu'il faille attribuer ces différences, suivant la durée de séjour, l'âge des enfants, l'hygiène plus ou moins défectueuse des divisions dans lesquelles ils sont placés, il n'en faut pas moins reconnaître que les enfants ainsi hospitalisés présentent une mortalité 16,6

L'attention des hommes politiques est constamment en éveil, leur cerveau en fermentation. Pour le spéculateur, pour le commerçant, c'est la même chose. Il est étonnant qu'avec des habitudes de travail aussi peu physiologiques on n'ait pas à déplorer plus de malheurs, pas plus de morts par le cerveau. » L'auteur a raison; malheureusement toutes les considérations sont vaines; la pathologie sociale n'a pas sa thérapeutique; la formation des mœurs est affaire de siècles; il y a toujours dans les péripéties qui l'accompagnent un peu de fatalité; nulle part on ne le voit mieux qu'en Irlande. Depuis le moyen âge, son histoire ne présente que luttes sans espoir, immigrations de vaincus, prohibitions et répressions sanglantes. Ce pays en est aujourd'hui où il en était sous Charles Ier. Les philanthropes anglais lui donnent de temps en temps le nom d'île sœur; c'est tout ce qu'ils font pour lui. L'ouvrier des villes a faim, le paysan meurt d'inanition, le typhus recurrens a enlevé à diverses reprises des villages entiers, on l'appelait fièvre de misère. Le malheur, qui est souvent pour les individus un enseignement fécond, frappe les peuples sans les rendre plus sages. Les Irlandais s'organisent, formulent des revendications, ils ne songent guère à faire disparaître certaines causes de disette, tenant à une mauvaise entente de l'agriculture. La pomme de terre, formant la base de leur alimentation, n'aime point le climat de l'Irlande; elle se développe mal dans un sol détrempé par la pluie. La récolte de l'année dernière a été mauvaise, la famine ne s'est pas fait attendre. Le journal l'*Homme libre* en donne une description navrante, la mortalité est épouvantable. Le docteur Lyons a insisté naguère sur la nécessité de faire de sérieux efforts, pour amener les Irlandais à changer d'alimentation; « l'Écosse, disait-il, ne connaît point les disettes périodiques, et cependant son ciel n'est pas plus clément, son sol n'est pas plus fertile. L'avoine constitue le principal produit, elle rentre pour une sérieuse part dans la nourriture des montagnards et même des gens des basses terres. On pourrait l'ob-

fois plus élevée que celle des jeunes Parisiens du même âge dans les conditions ordinaires de la vie. Aussi bien, M. le docteur Lunier, dans son rapport statistique, si judicieux et si précis, conclut ainsi : « 40 pour 100, dit-il, des décès sont déterminés par des maladies non contagieuses contractées pour la plupart par des enfants avant leur admission ; et sur les 60 pour 100 qui succombent à des affections contagieuses et particulièrement à la rougeole et à la diphthérie, 44 pour 100 entrent à l'infirmerie dans les douze premiers jours de leur séjour, ce qui permet de supposer que la majeure partie d'entre eux étaient déjà contaminés lors de leur admission à l'établissement ; mais c'est déjà beaucoup trop qu'*un tiers au moins* des enfants qui meurent au dépôt y contractent l'affection contagieuse à laquelle ils succombent ».

Le remède à appporter à un danger aussi grave et aussi immédiat, c'est assurément la séparation rigoureuse dans des services distincts des enfants atteints de maladies contagieuses et la création d'un quartier d'observation ou lazaret pour tous les enfants suspectés de présenter ces affections, soit au moment de l'admission, soit plus tard. Cette solution s'est imposée de tout temps et c'est elle que réclamaient M. Marjolin comme tous les orateurs qui ont pris la parole à l'Académie l'an dernier à ce sujet. M. le docteur Foville, dans son rapport, n'a pas manqué de l'étudier à son tour avec le plus grand soin et de montrer comment elle pouvait être réalisée dans l'établissement actuel, à l'aide de diverses transformations de bâtiments, dont quelques-unes sont en cours d'exécution et dont la plupart ne sont encore qu'à l'état de projet ; il pense qu'il est toutefois avantageux de laisser réunis, comme aujourd'hui, dans le même hospice, les enfants abandonnés et les enfants en dépôt. Telle n'a pas été jusqu'ici l'opinion d'un certain nombre de médecins des plus autorisés ; ceux-ci croient en effet qu'il faudrait à tout prix éloigner ces deux services l'un de l'autre, quelques difficultés que cette séparation puisse apporter à leur administration respective, ainsi qu'aux relations fréquentes que les familles comme la justice ont besoin d'entretenir avec chacun d'eux. M. Foville ajoute, il est vrai, que le maintien en un établissement unique du dépôt proprement dit et du service des enfants abandonnés ne peut avoir lieu « qu'à la condition toutefois que l'on puisse donner à cet établissement une étendue suffisante, introduire dans la population un nombre de subdivisions plus grand qu'aujourd'hui et créer, pour certaines catégories d'enfants, des quartiers distincts, indépendants les uns des autres et séparés des bâtiments existants ».

Avec un tel correctif, il est aisé de mettre tout le monde d'accord, et l'hygiéniste le plus absolu comme le plus rigoureux ne peut qu'approuver la dissémination des divers services sur un aussi vaste terrain que celui occupé par cet hospice ; car il faut avant tout que les enfants bien portants n'aient aucune communication d'aucun genre avec ceux qui sont malades, et que parmi ces derniers les contagieux soient suffisamment isolés. Cela est-il possible dans ce cas particulier ? Assurément oui, si l'on suit les indications précisées par M. Foville. Mais les améliorations qu'il réclame seront-elles effectuées par l'Administration ? On ne peut que le souhaiter, tout en faisant remarquer que jusqu'au jour où il en aura été ainsi, la proportion de 33,6 pour 100 que M. Lunier a constatée pour les décès par affections contagieuses contractées dans cet hospice n'en demeurera pas moins menaçante.

Nous ne pouvons ici passer en revue les divers points examinés dans ces remarquables rapports, que l'on peut considérer à juste titre comme de véritables modèles d'enquête sanitaire administrative. Nous en approuvons volontiers les conclusions ; car il faut désormais reconnaître qu'il serait possible de soustraire la population infantile de l'hospice des Enfants-Assistés de Paris aux dangers depuis si longtemps signalés même en conservant l'organisation administrative actuelle, et seulement en transformant les divisions et élevant dans son vaste enclos des constructions mieux appropriées, avec des services distincts. C'est la transformation de l'avenir, et MM. Lunier et Foville l'ont précisée aussi radicalement qu'il est nécessaire. Nous ne pouvons toutefois que regretter qu'on ne leur ait pas posé la question de savoir quelles *mesures immédiates*, quelque provisoires qu'elles soient, il faudrait prendre pour empêcher la contagion de continuer à faire autant de victimes dans cet établissement ? C'est là la solution urgente, celle qui ne saurait attendre les expropriations de terrain, les devis et les projets des architectes soumis à des formalités multiples, aussi bien que l'exécution de travaux qui « sont loin d'être achevés et dont l'ensemble entraînera une dépense de plus d'un million ». Et puisque M. Foville sollicite de l'Administration « qu'aucune modification à l'aménagement et aux distributions des locaux occupés par les enfants sains ou malades ne soit entreprise sans que le médecin et le chirurgien aient eu communication des plans et aient été mis en demeure de donner leur avis écrit », nous n'en sommes que plus à l'aise pour soumettre cette question aux médecins de l'hospice

---

tenir en Irlande dans des conditions plus avantageuses, il y a déjà longtemps l'économiste Cobbett voulait qu'on abandonnât la culture de la pomme de terre pour le pâturage. »

Tout cela ne nous présente pas la pauvre Erin sous un jour brillant ; conseiller de manger de l'avoine c'est bientôt fait ; en admettant que ce conseil fût suivi, il n'est guère probable que la prospérité nationale en fût notablement accrue ; les causes de la misère sont trop profondes pour qu'une simple modification dans les assolements en eût raison. Et puis on ne change point avec un livre la vie intime d'un peuple, surtout quand il est opprimé, quand il défend son autonomie et ses chères habitudes avec un entêtement tout gaëlique.

Nos législateurs auraient beaucoup à apprendre en Angleterre sur l'organisation de la médecine publique. Il n'y a pas longtemps l'isolement des varioleux se faisait dans la salle de consultation du Bureau central à Paris, au moyen d'une ficelle qui la divisait en deux. Rien ne garantissait au voyageur qui prenait une voiture de place, qu'elle n'avait pas servi auparavant au transport d'un malade atteint d'une affection contagieuse. Obliger un maître d'hôtel à désinfecter une chambre dont le locataire a été atteint d'une maladie de cette nature, personne, même aujourd'hui, n'y songerait ; on est moins scrupuleux dans la terre classique de la liberté individuelle. Dernièrement un logeur de Liverpool était cité devant la Cour de police de cette ville pour avoir loué sans désinfection préalable une chambre occupée précédemment par une typhique. Le 12 janvier, un inspecteur de police ayant vu, à la porte de l'hôtel, un brancard de l'hôpital, apprit qu'il était destiné au transport d'une femme atteinte d'une dothiénentérie grave. Il recommanda immédiatement aux employés de veiller à ce que sa chambre ne fût pas louée jusqu'à nouvel ordre. Le lendemain il la trouve occupée par deux voyageurs qui devaient se rendre à Warrington et à Manchester. L'hôtelier peu scrupuleux a été condamné à une amende de cinq livres (125 francs). « Des délits de cette nature, ajoute le *Medical Times*,

dont les conseils si autorisés et le zèle éprouvé ont déjà permis d'obtenir des améliorations si considérables (1).

Contributions pharmaceutiques.

LE LINIMENT DE ROSEN

Rosen de Rosenstein, célèbre médecin suédois (1706-1773), a laissé un certain nombre d'ouvrages; et de tous ses travaux deux formules de médicaments seulement sont venues jusqu'à nous:

Une poudre stomachique, la poudre dite de Rosenstein, composée de graines de fenouil, d'écorce d'orange, 4 gr. de chaque; magnésie et sucre, 16 grammes de chaque; et un liniment dit liniment de Rosen. Cette dernière préparation est une excellente composition, qui jadis possédait la faveur des médecins, laquelle faveur n'était pas partagée par les pharmaciens qui trouvaient ce mélange de beurre de muscade, d'essence de girofle et d'alcoolat de genièvre, bizarre, défectueux et impossible à rendre homogène malgré une trituration prolongée. Les praticiens modernes, voyant combien cette formule laissait à désirer, avaient fini par l'abandonner. J'ai le ferme espoir qu'après avoir lu cet article, ils le prescriront de nouveau, et cela avec avantage; car, dans ce liniment; à l'action chaude de l'alcool fortement aromatique, vient se joindre la douce onctuosité du beurre de muscade qui reste et qui pénètre la peau.

Ayant eu souvent l'occasion de préparer du liniment de Rosen, il m'était pénible de voir sortir de mon officine un médicament dont l'une des parties semblait être incompatible avec l'autre; j'ai cherché un procédé commode de préparation, et je l'ai trouvé, il y a déjà quelques années, dans la simple addition de 2 à 3 pour 100 d'huile de ricin. Le mélange se fait avec une surprenante rapidité et forme une espèce d'émulsion jaune, d'un emploi facile. De toutes les huiles grasses, il n'y a que l'huile de ricin que l'on puisse employer. Son succès dans cette opération ne provient que de la remarquable propriété qu'elle possède de se dissoudre dans l'alcool. Seulement il faut que cet alcool ait au moins 90 degrés; or l'alcoolat de genièvre n'a que 80 degrés, il est donc nécessaire de faire cet alcoolat de toutes pièces, en dissolvant de l'essence de genièvre dans de l'alcool à 95 degrés. Ce n'est plus alors qu'un alcoolé, ce qui ne l'empêche pas d'être supérieur à l'autre, et d'agir pour son propre compte sur le beurre de muscade.

Toutes ces observations, présentées par moi à la Commission du Codex, lui ont fait accepter les modifications que j'ai fait subir à la formule primitive du liniment de Rosen.

Désormais, cette formule sera ainsi conçue :

Beurre de muscade.........	5 grammes.
Essence de girofle...........	5 —
Essence de genièvre........	2 —
Huile de ricin...............	3 —
Alcool à 95 degrés..........	85 —

Triturez dans un mortier le beurre avec l'huile, ajoutez les essences et ensuite l'alcool.

Pierre Vigier.

(1) Nous croyons savoir que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est prononcé, il y a quelques jours, pour la division des services de l'hospice des Enfants-Assistés et l'envoi de l'une des catégories d'enfants dans un établissement spécial, aux environs de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Contribution a l'étude clinique et anatomo-pathologique de la cirrhose hypertrophique graisseuse, par M. G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine, et M. C. Giraudeau, interne des hôpitaux.

L'abus des boissons alcooliques amène à la longue des altérations anatomiques multiples dont les mieux étudiées sont la sclérose et la surcharge graisseuse. De tous les viscères, le foie est celui sur lequel cet agent toxique manifeste de préférence son action nocive, en raison des liens vasculaires qui unissent étroitement cet organe à l'intestin, et du rôle que joue la glande hépatique comme entrepôt des matières grasses.

Ordinairement les deux processus pathologiques auxquels nous venons de faire allusion évoluent isolément suivant les conditions d'existence des individus, leur puissance assimilatrice et leur résistance vitale pour engendrer ici la cirrhose porte, ailleurs le foie gras alcoolique; mais, dans quelques cas, ils marchent de pair, et aboutissent alors à une variété de lésion signalée en ces termes, il y a quelques années, par l'un de nous (G. Hayem, *Archives de physiologie*, 1874, n° 1, p. 146) :

« Plusieurs fois nous avons vu à l'autopsie des foies gras extrêmement volumineux, mais qui en même temps étaient très indurés. A côté des cellules, devenues vésiculeuses par l'infiltration de la graisse, il existait une hyperplasie du tissu interstitiel jusqu'à l'intérieur des lobules. »

Depuis quelques années on a fait à diverses reprises de

devraient être frappés d'une peine plus sévère. Ceux qui les commettent ne se rendent pas compte du mal qu'ils peuvent faire; les autorités sanitaires peuvent être paralysées par la négligence et la mauvaise volonté des maîtres d'hôtel. »

C'est là un vœu auquel s'associeront les médecins de tous les pays.

En revanche, cette organisation donne lieu parfois à des procédures curieuses. Les Anglais améliorent, mais ils respectent scrupuleusement la forme pour tout ce qui touche à la législation et à la justice.

On entend encore à la Chambre des communes une formule qu'adressaient les hérauts de Guillaume le Conquérant, quand ils promulguaient une loi nouvelle ou réclamaient la dîme royale. — Je ne dis pas qu'on la prononce tout à fait de la même manière par exemple. — Les magistrats jugent autrement qu'on ne jugeait il y a deux cents ans; mais ils portent comme leurs prédécesseurs la perruque à marteaux.

Un des traits caractéristiques de la procédure britannique, c'est la multiplicité des enquêtes et des jurys. Dernièrement, le docteur Graham, coroner médical de Castleford, en a fait une à propos d'un enfant mort d'angine striduleuse ou de coqueluche. Il n'y avait pas soupçon de crime; l'officier sanitaire s'inquiéta même assez peu de la cause du décès. Le point de départ de tout, c'est qu'un certificat avait été délivré par un médecin qui n'était pas régulièrement inscrit, en vertu du *Medical act;* l'officier de l'état civil refusa de le recevoir.

Le docteur Kemp avait d'abord traité l'enfant. Son état devenant plus grave, les parents appelèrent un certain M. Jackson, praticien répandu, mais sans diplôme reconnu. Le petit malade étant mort trois semaines plus tard, il inscrivit sur le certificat de décès: « Coqueluche avec convulsions » et fit suivre sa signature d'une qualification de fantaisie. Le coroner conduisit l'enquête d'une manière bizarre: il refusa d'entendre Jackson, sous prétexte qu'il n'était pas dans une situation régulière; il ne réclama point l'autopsie

cette altération complexe une entité morbide qui a reçu des noms différents, suivant les auteurs : hépatite interstitielle diffuse aiguë pour M. Lancereaux (*Anatomie pathologique*) et son élève M. Dupont (Thèse, 1877), cirrhose avec stéatose du foie pour M. Hutinel (*France médicale*, 1881), cirrhose hypertrophique graisseuse pour M. Sabourin (*Archives de physiologie*, 1881). Cette dernière dénomination a été généralement adoptée.

Ayant eu récemment l'occasion de recueillir quatre observations de ce genre présentant, dans leur évolution clinique et dans la topographie des lésions, quelques particularités qui ont été laissées dans l'ombre jusqu'à aujourd'hui, nous avons eu l'idée de les publier, espérant contribuer ainsi à l'histoire d'une affection encore mal connue et pouvant revêtir des allures variables.

Voyons d'abord les observations.

Obs. I. — C... (Victorine), âgée de quarante-six ans, marchande de vins, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, lit n° 11, le 7 juin 1882, dans le service de M. Hayem.

Cette femme, qui a toujours habité Paris, présente un embonpoint considérable. Elle n'a jamais eu ni fièvre intermittente, ni syphilis; mais elle accuse des habitudes alcooliques invétérées.

Mariée à l'âge de vingt ans, elle a eu quatre enfants tous bien portants.

En 1872, elle fut prise pour la première fois d'un ictère qui apparut spontanément, et s'accompagna de douleurs abdominales, sourdes, ayant leur maximum dans l'hypochondre droit, et s'irradiant dans le côté correspondant du dos. Les téguments avaient une coloration jaune foncé qui persista plusieurs mois, en présentant une intensité variable. A part quelques troubles digestifs, la santé générale resta bonne, et la malade continua de vaquer à ses occupations sans avoir gardé le lit un seul jour.

A trois reprises différentes et à des intervalles irréguliers, l'ictère reparut à la suite d'excès alcooliques; il dura chaque fois un ou deux mois sans obliger jamais la malade à interrompre ses occupations.

Enfin, le 3 juin 1882, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée à l'hôpital, étant ivre, elle tomba dans un escalier et se fit dans sa chute une contusion violente au niveau de la région frontale gauche, ainsi qu'une plaie peu profonde à la racine du nez, dont on constate encore aujourd'hui les traces.

Le lendemain matin, elle s'aperçut qu'elle était jaune; elle éprouvait, en outre, un abattement prononcé qui l'obligea à garder le lit.

Au bout de quatre jours, son état ne s'améliorant pas, elle entra à l'hôpital. Elle présentait alors une coloration jaune orangé du tégument cutané et des muqueuses conjonctivales et sublinguales.

Les mains et la langue étaient le siège d'un tremblement continuel; en outre, l'agitation et la loquacité de la malade ne laissaient pas de doute sur l'origine alcoolique de ces accidents.

L'épaisse couche adipeuse sous-cutanée qui infiltrait les parois abdominales et le météorisme notable qui existait rendaient assez difficile l'examen de la région hépatique; cependant on pouvait s'assurer que le foie, augmenté de volume, débordait les fausses côtes de deux travers de doigt environ; que sa surface était lisse, un peu douloureuse à la pression, et qu'il n'existait pas d'ascite.

L'inappétence était complète, la soif vive, la constipation opiniâtre.

Les urines, peu abondantes, d'un brun foncé, contenaient une grande quantité de pigment biliaire.

La respiration était régulière; les battements du cœur, un peu sourds, ne s'accompagnaient d'aucun bruit de souffle. La température, prise dans le rectum, était de 37°,6.

Le lendemain, 8 juin, la loquacité avait encore augmenté, la malade parlait de son commerce et voulait quitter l'hôpital.

Le tremblement des mains et de la langue était toujours très prononcé. Pas de fièvre; 37°,4. — Calomel, 60 centigrammes en six paquets.

Le soir, un délire violent éclata, la malade voulut se lever; elle injuriait les personnes qui l'approchaient; on dut lui mettre des entraves. Température, 37°,8. — Une pilule d'opium de 5 centigrammes.

Le surlendemain, 9 juin, l'ictère avait pris une teinte terreuse qui le faisait paraître moins prononcé que les jours précédents. La malade eut dans la journée trois selles d'un jaune ocre; vers le soir, le délire d'action, accompagné de tremblement des mains et des muscles de la face, reparut. Température rectale, 37°,4.

A minuit, le délire cessa peu à peu, la malade tomba dans le coma, et elle mourut à trois heures du matin.

Autopsie le 11 juin. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le grand épiploon et le mésentère sont surchargés de graisse.

Le foie, augmenté de volume, pèse 2kil,550; sa forme est conservée; sa consistance paraît notablement accrue; sa surface est lisse. Au niveau de sa face supérieure on trouve des traces peu nombreuses et peu étendues de péritonite chronique; dans les autres points, la capsule de Glisson laisse voir par transparence le tissu hépatique, qui a une coloration jaune orangé.

A la coupe, le tissu est dur, résistant, formé de points alternativement brunâtres et jaune foncé non saillants.

Les canaux biliaires contiennent une grande quantité de bile brunâtre; les canaux cholédoques et hépatiques sont libres; un stylet introduit dans leur intérieur y pénètre sans difficulté. Nulle part on ne trouve de calculs biliaires ni de bouchons muqueux. La muqueuse des gros canaux biliaires est colorée en brun dans toute leur étendue; la vésicule biliaire, volumineuse, contient une grande quantité de bile brunâtre, filante, que l'on peut faire refluer par le canal cystique.

La rate, volumineuse, ferme, couleur lie-de-vin, pèse 310 gram.

L'estomac est notablement dilaté; au niveau de la grosse tubérosité il existe de nombreuses ecchymoses sous-muqueuses sans trace d'ulcérations; les intestins ainsi que l'œsophage sont sains.

Le cœur, surchargé de graisse, est légèrement hypertrophié; le muscle cardiaque et les valvules sont saines.

Les poumons sont le siège d'une congestion généralisée intense; ils ne contiennent pas de tubercules.

Les reins sont un peu plus volumineux qu'à l'état normal; leur capsule se détache facilement sans entraîner de tissu rénal; la substance corticale est d'un blanc jaunâtre et un peu hypertrophiée.

Les méninges sont saines, à l'exception de la pie-mère, qui est fortement congestionnée; la substance cérébrale, ferme, présente un piqueté rouge dans l'épaisseur de la couche corticale.

---

parce qu'elle n'eût rien appris relativement à la coqueluche ou à la laryngite striduleuse.

« Les *registrar*, dit-il, n'ont pas d'instructions pour refuser les certificats des médecins irréguliers, et le jury n'a pas autre chose à faire que de prononcer une censure ou un blâme contre Jackson. »

Le jury n'a pas admis cette conclusion; la cause de la mort est restée douteuse, puisqu'il n'y avait pas eu d'autopsie et qu'on n'avait pas entendu la déposition du dernier médecin qui avait soigné le malade; la question de la valeur des certificats délivrés dans ces conditions est toujours pendante.

Croit-on, demande un autre journal, à propos d'une enquête plus puérile encore, que l'on gagnera quelque chose à en faire ainsi à propos de tout; croit-on que l'abus soit un bon moyen d'assurer le respect? Ce n'est guère probable.

Il y a en France d'assez singulières traditions sur les droits des médecins requis. J'ai connu un brigadier de gendarmerie actif, remuant, ayant même une pointe d'ambition. Par malheur, il n'avait guère l'occasion d'exercer ses qualités dans le modeste chef-lieu de canton où le hasard l'avait placé: des procès de lanterne, parfois un délit de chasse, c'était tout ce qu'on eût pu trouver dans les archives de la gendarmerie.

Un beau soir du mois de juin, le brigadier revenant avec un de ses hommes d'une commune voisine, faisait d'amères réflexions sur la placide vertu de ses compatriotes et la rareté des crimes. Tout à coup il découvre dans un champ de de seigle une coulée toute fraîche avec des taches de sang. Notre homme écarte délicatement les épis, arrive à l'extrémité du trajet. Horreur! il se trouve en présence d'une petite masse charnue et informe... Pour le coup, il tient sa cause célèbre : avortement criminel, enquête habilement menée, témoignage à la cour d'assises, félicitations du président, enfin l'avancement attendu si longtemps. Le zélé brigadier voyait tout cela comme dans un songe. Il laisse

L'examen histologique du foie montre, à un faible grossissement (30 diamètres), que le parenchyme hépatique est sillonné de travées conjonctives épaisses colorées en rose par le picro-carmin (la pièce ayant été, au préalable, traitée par les réactifs ordinaires, acide picrique, gomme et alcool), et n'occupant qu'une étendue peu considérable de la surface de coupe.

Ces travées, de dimensions très inégales et d'aspect très irrégulier, s'anastomosent entre elles par des prolongements grêles, de façon à limiter plus ou moins complètement des espaces remplis de substance hépatique; elles diffèrent complètement, par conséquent, des travées bien circonscrites et nettement annulaires de la cirrhose porte vulgaire.

De leur périphérie partent des prolongements plus ou moins longs qui s'infiltrent dans l'intérieur du parenchyme glandulaire, et par places circonscrivent des groupes de cellules hépatiques.

Les plus grosses bandes conjonctives sont développées au pourtour des branches de la veine porte, et contiennent dans leur intérieur de nombreux canalicules biliaires de nouvelle formation coupés les uns transversalement, les autres longitudinalement; ces derniers serpentent au milieu du tissu scléreux et émettent des branches dichotomiques.

A un plus fort grossissement (380 diamètres), on constate que le tissu conjonctif, qui constitue ces travées, a acquis par places une organisation avancée; il est, en effet, constitué par des faisceaux fibreux fortement serrés les uns contre les autres, tandis qu'à la périphérie ils sont infiltrés de petites cellules colorées en rouge intense et séparées par des capillaires sanguins remplis d'hématies; ce tissu embryonnaire constitue, en outre, la majeure partie des prolongements intralobulaires.

Les *canaux biliaires*, très nombreux, très volumineux, se rencontrent dans l'épaisseur de toutes les travées; en certains points on les voit émettre des ramifications qui se dirigent dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire et qui occupent le centre d'un prolongement intralobulaire.

Ces canaux de nouvelle formation sont tapissés de grosses cellules cubiques qui obstruent leur lumière; dans ceux qui ont un calibre plus considérable, la lumière est comblée par des cellules épithéliales et des blocs pigmentaires; la paroi interne de ces derniers se confond avec le tissu conjonctif, au sein duquel ils sont plongés.

Dans leur voisinage, on trouve presque partout des traînées de cellules embryonnaires qui suivent leur direction et qui sont l'indice d'un processus inflammatoire en voie d'évolution.

Les branches de la veine porte, perméables sur toute leur étendue, occupent le centre des grandes travées conjonctives; c'est autour d'elles que le processus scléreux est le plus développé; leur paroi externe se continue sans ligne de démarcation avec le tissu conjonctif ambiant, qui les maintient largement béantes; leur paroi interne semble saine dans la majeure partie d'entre elles; sur quelques-unes, cependant, on trouve des traces d'endophlébite végétante.

Quelques branches des veines sus-hépatiques occupent le centre de petits îlots conjonctifs arrondis, isolés au milieu du lobule, ou bien émettant un prolongement qui se dirige vers la travée la plus voisine. Les parois de ces veines sont à peine distinctes et ne se reconnaissent qu'à leur coloration d'un rouge plus foncé que celle du tissu conjonctif ambiant. Dans aucun des îlots développés autour d'elles on ne voit de canalicules biliaires.

Les branches de l'artère hépatique sont enfouies au milieu des travées qui accompagnent les branches de la veine porte; leur paroi externe, triplée de volume, se reconnaît distinctement à sa disposition annulaire; enfin la lumière d'un grand nombre d'entre elles est oblitérée par du sang coagulé.

Le parenchyme hépatique ne présente nulle part la disposition lobulée régulière du foie sain; une grande partie des cellules qui le constituent sont surchargées de gouttelettes graisseuses ayant refoulé le noyau à la périphérie, et présentant par places, dans leur intérieur, des cristaux rayonnés d'acides gras. Celles qui ont échappé à cette transformation sont d'un brun verdâtre, infiltrées de calculs biliaires microscopiques et sans noyau apparent.

La proportion entre ces dernières et celles qui sont surchargées de graisse varie avec les régions du foie que l'on examine, et, sur une même coupe, avec le point que l'on considère, sans qu'il soit possible de dire si, dans un lobule, elles siègent de préférence à la périphérie ou au centre; enfin, entre les cellules, on trouve des éléments embryonnaires et de nombreux globules sanguins occupant l'intérieur des capillaires.

Obs. II. — C... (Marie), âgée de quarante ans, institutrice, entre le 5 juillet 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, n° 23, dans le service de M. Hayem.

Cette femme accuse des habitudes alcooliques auxquelles elle aurait renoncé, dit-elle, depuis plusieurs années (?).

Elle n'a fait aucune maladie antérieure, n'a eu ni fièvre intermittente, ni colique hépatique, ni syphilis.

Douée d'un embonpoint considérable, elle aurait un peu maigri depuis six mois environ; à partir de la même époque, elle s'aperçut que ses digestions devenaient pénibles : elle avait des renvois, des nausées, du dégoût pour la viande, de la constipation; en outre, ses forces diminuaient.

Au mois d'avril ses troubles digestifs s'aggravèrent; elle éprouva à cette époque une douleur vive dans le côté droit, des vomissements alimentaires se montrèrent, et enfin de l'ictère apparut. Au bout de huit jours une amélioration notable s'étant produite dans l'état de la malade, et l'ictère ayant disparu peu à peu, elle put reprendre ses occupations, momentanément interrompues.

Le 20 juin, les vomissements ayant reparu, ainsi que la douleur au niveau du foie, elle dut une seconde fois cesser son travail.

Du 20 juin au 1er juillet, tous ces accidents ne firent que s'aggraver; en outre, la malade fut prise de lassitude telle qu'elle ne pouvait se tenir debout.

Le 1er juillet, l'ictère reparut pour la seconde fois; il augmenta d'intensité les jours suivants, et les vomissements devinrent alors bilieux.

Le 5 juillet elle entra à l'hôpital. A cette époque, l'ictère, plus prononcé à la face, présentait une teinte jaune orangé intense; il existait, en outre, un peu d'œdème des membres inférieurs. L'embonpoint était encore considérable; l'abdomen, ballonné, ne contenait pas de liquide ascitique. La malade se plaignait d'une douleur vive ayant son maximum dans l'hypochondre droit; la pression exercée sur cette région était douloureuse, et faisait constater la présence d'une surface lisse constituée par la face supérieure du foie, débordant de plusieurs travers de doigt les

---

son gendarme en faction, sabre nu, sur le lieu du crime, court chez le médecin qui venait justement de rentrer et lui fait part de sa découverte.

Celui-ci l'écoute d'une oreille distraite; mais en présence d'une réquisition, il n'y avait pas à hésiter. On attelle et au bout d'une demi-heure on était dans le champ suspect. A peine le docteur tenait-il entre les doigts le *corpus delicti*, qu'un homérique éclat de rire scandalise les deux militaires qui s'apprêtaient à verbaliser.

« Allons, mon ami, dit-il au brigadier, n'ébruitons pas la chose, on s'est moqué de vous et voilà tout : votre prétendu fœtus n'est qu'une taupe écorchée. »

L'épilogue est moins gai que l'histoire. Quand le médecin réclama une vacation de six francs, on lui réclama un bon de réquisition qu'il n'avait pas. Il n'obtint pour sa course de plusieurs kilomètres et sa leçon d'anatomie comparée aux gendarmes, qu'une lettre assez impertinente du procureur impérial, l'informant que sa demande d'honoraires était mal fondée.

En Angleterre on eût payé et bien payé.

Dernièrement, le docteur Arthur Roberts écrivait à peu près en ces termes au *Brit. med. Journal* : « J'ai été requis par un juge de paix pour examiner un individu que l'on supposait atteint d'aliénation mentale, et faire un rapport sur le cas. Que m'est-il dû? — Deux guinées pour la visite et cinq guinées pour le rapport. » En tout 175 francs; cela valait mieux sûrement qu'une collection d'autographes du procureur impérial. Voilà un tarif que la plupart des médecins français aimeraient à voir adopter par les magistrats.

— La question du meilleur mode d'exécution a été de nouveau soulevée à propos d'un travail d'un zoophile bien connu, M. Lane Fox. Il a proposé de foudroyer les animaux domestiques inutiles au moyen d'une batterie électrique; on a répondu que ce procédé serait dispendieux, qu'il exigerait une installation spéciale et que sa mise en pratique ne serait pas toujours sans danger pour l'exécuteur. Si, au

fausses côtes, et se terminant par un bord tranchant. Les dimensions approximatives de l'organe étaient les suivantes : diamètre axillaire, 22 centimètres; diamètre mammaire, 18 centimètres; diamètre épigastrique, 12 centimètres.

La rate, augmentée de volume, mesurait 8 centimètres environ dans le sens de la longueur. L'abattement était très prononcé, la langue sèche, la soif vive, l'inappétence complète; de temps à autre la malade avait des vomissements bilieux. Les urines étaient peu abondantes (500 grammes), d'un brun foncé, coloration due à une notable quantité de pigment biliaire; elles contenaient en tout 8 grammes d'urée et étaient légèrement albumineuses. Le pouls, dépressible, mais régulier, donnait 80 pulsations par minute; les battements du cœur s'entendaient mal; la respiration était régulière Température rectale, 38°,2. — Calomel, 1 gramme en 10 paquets.

Le 7, la malade a eu deux selles noirâtres très abondantes; le tympanisme persiste. Température du matin, 37°,4; celle du soir, 38°,8.

Le 8, abattement plus prononcé que les jours précédents; langue sèche couverte d'un enduit noirâtre. Vomissements jaunâtres, deux selles jaune ocre, diarrhéiques; l'ictère a augmenté; urines très foncées, 1 litre. Température, 37°,6 le matin et 38°,2 le soir.

Le 9, douleur vive à la pression dans le flanc droit; le volume du foie reste stationnaire. Température, 37°,8 et 38°,4.

Le 10, l'ictère prend une teinte terreuse, l'œdème remonte jusqu'aux genoux; il n'existe ni ascite, ni développement des veines sous-cutanées abdominales; le tympanisme est toujours aussi prononcé. Urines, 500 grammes; subdélirium vers le soir. Température, 37°,6 et 38°,6. — Une injection de morphine.

Le 12, abattement très prononcé; le tympanisme augmente; les bruits du cœur sont sourds, irréguliers; les urines peu abondantes, 455 grammes; elles contiennent une notable quantité d'albumine et 9 grammes d'urée. Température, 38°,4 et 39°,2. — Potion alcool et quinquina.

Le 13, incontinence des matières fécales et des urines; plus de vomissements; état typhoïde des plus prononcés. Température, 38 degrés et 38°,4.

Le 14, les vomissements reparaissent, l'ictère diminue d'intensité, mais la teinte terreuse s'accentue de plus en plus. Température, 38 degrés et 38°,6.

Le 15, la malade tombe dans le coma. Température, 38°,2 et 38°,4.

Le 16, la température est très élevée, 40°,4; le pouls, petit, est très fréquent : 120; râles trachéaux abondants. Mort à cinq heures de l'après-midi.

Autopsie. — La cavité péritonéale renferme un demi-litre environ de liquide ascitique jaunâtre. Le foie, très hypertrophié, pèse 3kil,500; sa surface est lisse, brillante, d'une couleur orangée; sa résistance est accrue. La surface de section n'est pas granuleuse; elle est colorée en jaune foncé, et présente par places des points foncés à côté de points d'un jaune clair, ce qui donne à la coupe un aspect granité. Les voies biliaires sont libres, elles contiennent très peu de bile; la vésicule biliaire est revenue sur elle-même, elle renferme une petite quantité de liquide jaune filant; les vaisseaux sanguins sont gorgés de sang. La rate, doublée de volume, a une coloration rouge vif; son tissu est ferme. L'estomac présente des ecchymoses sous-muqueuses au niveau du grand cul-de-sac. Les intestins sont sains. Les reins ont un volume normal; leur capsule adhère fortement à la couche corticale; celle-ci est ramollie et colorée en jaune. Le cœur est mou, flasque, surchargé de graisse; le myocarde a une teinte feuille morte. Les poumons sont le siège d'une congestion intense et généralisée. Les centres nerveux paraissent sains.

Les détails *histologiques* dans lesquels nous sommes entrés à propos de l'observation précédente nous permettront d'être brefs dans l'exposé qui va suivre.

Prenant comme terme de comparaison les lésions que nous avons décrites ci-dessus, nous nous attacherons surtout à faire ressortir les dissemblances que nous avons notées dans l'état du foie chez nos autres malades.

Les travées conjonctives, développées au pourtour des branches de la veine porte, sont moins volumineuses et moins anciennes que celles qui existaient dans le foie que nous avons étudié plus haut; mais ici le processus scléreux est plus diffus, plus profond. pour ainsi dire. Dans toute l'étendue du parenchyme glandulaire, en effet, on trouve des mailles de tissu conjonctif embryonnaire anastomosées entre elles, et englobant chacune dans leur intérieur un nombre variable de cellules; quelques-unes de ces mailles n'en renferment qu'une ou deux; d'autres, au contraire, en contiennent un nombre beaucoup plus considérable. En certains points ce tissu conjonctif de nouvelle formation fait défaut, et les cellules hépatiques paraissent alors accolées les unes aux autres.

Dans les grosses travées, on trouve des *canalicules biliaires* de nouvelle formation, mais en nombre moins considérable que dans le foie de notre premier malade; ces canalicules se présentent sous diverses incidences, partout ils sont entourés de faisceaux conjonctifs infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires; quelques-uns, entourés de tissu conjonctif, serpentent dans l'intérieur du parenchyme glandulaire.

Les branches des vaisseaux sanguins présentent des lésions analogues à celles que nous avons décrites précédemment; celles de l'artère hépatique sont remplies de sang coagulé, et on trouve, en outre, de nombreux globules sanguins disséminés entre les cellules hépatiques. Ces dernières, surchargées de graisse pour la plupart, ont triplé de volume. Le petit nombre de celles qui ont échappé à cette infiltration présentent un noyau assez distinct, coloré en rouge intense, et quelques rares granulations pigmentaires disséminées dans leur intérieur. Ces cellules, à peu près saines, sont groupées au nombre de trois ou quatre, et affectent avec les grosses travées conjonctives des relations de voisinage assez étroites; elles sont entourées de mailles conjonctives beaucoup moins nettes, beaucoup moins développées que celles qui circonscrivent les groupes de cellules infiltrées de graisse.

Obs. III. — Br... (Alphonse), âgé de cinquante-quatre ans, marchand ambulant, entre le 19 juillet 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, lit n° 22, dans le service de M. Hayem. En 1848, il eut en Pologne plusieurs accès de fièvre intermittente tierce qui persistèrent un mois environ; quelques mois après, il eut de nouveau plusieurs accès qui disparurent rapidement; depuis cette époque ils ne se sont pas reproduits. Il avoue avoir fait depuis longtemps, et jusqu'au jour où il est tombé malade, de nombreux excès alcooliques; cependant sa santé a été bonne jusqu'au mois de mai 1882, c'est-à-dire deux mois avant son entrée à l'hôpital. Il s'aperçut alors qu'il maigrissait

---

lieu de l'appliquer aux animaux, on l'appliquait aux condamnés? Le supplice usité en Angleterre est barbare; le supplicié lancé dans l'espace est étranglé brutalement par le nœud d'une corde longue de neuf pieds.

L'unique avantage de la méthode c'est de soustraire à la sinistre curiosité du public les dernières convulsions du malheureux. Malgré tout il se passe parfois des choses atroces : la mort n'est pas toujours immédiate. On en a eu la preuve lors de l'exécution d'un certain Taylor à Wandsworth; à Galway Myle Joyce put saisir la corde d'une main.

A tous les points de vue, il vaudrait mieux frapper le condamné d'une étincelle électrique; pour le coup, les foudres de la loi ne seraient plus une vaine image. Si l'on ne veut pas en venir au procédé scientifique, on pourrait se contenter de l'étranglement progressif, proposé par M. Hammond, le névrologiste américain. D'après ce savant, les sensations précédant la perte de connaissance sont plutôt agréables que pénibles; sans doute la méthode n'a pas tous les caractères d'une médication sociale parfaite puisque le *cito* fait défaut, en revanche elle expédie pour l'éternité *tuto et jucunde*. N'est-ce pas une sérieuse recommandation en sa faveur?

Je ne sais pourquoi ces considérations ont un faux air archaïque. Il est singulier qu'on discute encore sur le moyen de tuer, l'abolition de la peine de mort n'étant plus qu'une affaire de temps. Ses partisans n'ont pour eux que des arguments de fait dont la valeur est problématique. On parle de réparation; c'est un singulier moyen pour obliger un mauvais drôle à réparer le tort qu'il a fait volontairement de l'étrangler ou de le décapiter. La prétendue vindicte sociale ressemble à la colère de l'enfant qui brise le bâton qui l'a blessé, ou frappe du pied un mur contre lequel il a donné de la tête.

— Terminons en soumettant aux méditations des hommes

rapidement, qu'il perdait ses forces peu à peu; son appétit disparaissait, et il avait un dégoût très prononcé pour la viande. Devenant de plus en plus faible, il fut obligé d'interrompre son travail le 1er juin. A partir de cette époque, l'affaiblissement progressa rapidement, l'inappétence devint bientôt absolue, des nausées, des vomissements et de la constipation apparurent en même temps que son ventre se ballonnait; jamais il n'éprouva de douleurs dans l'hypochondre droit.

A son entrée à l'hôpital, le 19 juillet 1882, il présente un ictère assez prononcé, dont le début remonterait à trois ou quatre jours. Toute la surface du corps a une teinte jaune orangé plus prononcée au visage; la peau est sèche, et par places on enlève par la friction des écailles furfuracées.

L'abattement est extrême, le malade répond difficilement aux questions qu'on lui pose; la langue est sèche, fuligineuse; la perte d'appétit est complète, la soif vive; on ne constate pas de douleurs spontanées dans la région du foie, mais la pression au niveau des fausses côtes y réveille une sensibilité assez vive. Bien que le ballonnement du ventre soit assez notable, on peut limiter par la percussion le foie, qui mesure 23 centimètres de hauteur suivant la ligne axillaire, 22 sur la ligne mammaire, et 13 au niveau de l'épigastre; il déborde de cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes; sa surface est lisse et unie; son bord inférieur peut être limité avec les doigts sur toute son étendue.

Les selles, un peu diarrhéiques, ont une couleur jaune d'ocre; à l'anus, il existe un bourrelet hémorrhoïdal laissant suinter un peu de sang; les urines sont peu abondantes, très foncées, et contiennent une grande quantité de pigment biliaire.

Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés, 92 pulsations par minute; il n'existe pas de souffle; les artères sont athéromateuses; l'appareil respiratoire est sain; pas de fièvre; 37°,6 le soir. — Calomel, 1 gramme en dix paquets; bouillon; lait.

Le 20, prostration plus prononcée que la veille. A vomi des matières jaunâtres.

Le 21, diarrhée abondante, selles jaune d'ocre; après chaque selle, écoulement par l'anus d'une petite quantité de sang. Pas de fièvre; 37°,2 le matin, 37°,6 le soir.

Le 22, les urines, très peu abondantes (500 grammes), contiennent 10 grammes d'urée; l'anorexie est complète; la diarrhée persiste; l'ictère est stationnaire; le volume du foie n'augmente pas; la sensibilité à la pression au niveau de l'hypochondre droit est vive.

Le 23, même état.

Le 24, l'ictère diminue d'intensité, la coloration des téguments prend une teinte terreuse; la prostration a encore augmenté. La température est de 37°,6 le matin, 38 degrés le soir. Un bain alcalin à 33 degrés. Dyspnée peu intense.

Le 25, crachats visqueux d'un vert foncé; examinés au microscope, on voit qu'ils contiennent une grande quantité de globules sanguins déformés, des cellules épithéliales, des vésicules adipeuses et des granulations, soit libres, soit réunies au nombre de trois ou quatre en chaînettes; submatité dans le tiers supérieur du poumon droit, en arrière; respiration soufflante en cette région. Les téguments ont une teinte jaune terreuse moins foncée que la veille, l'anurie est presque complète. Le pouls est petit, rapide, 95 pulsations; la température est de 38 degrés le matin, 38°,2 le soir.

Le 26, douleur vive à la pression de l'hypochondre droit. Le foie a légèrement diminué de volume; il mesure 19 centimètres sur la ligne axillaire, 15 sur la ligne mammaire, et 9 à l'épigastre. La température est de 38 degrés le matin et de 38°,2 le soir.

Le 27, coma presque complet, anurie, incontinence des matières fécales. Mort à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve à peu près un litre de sérosité dans la cavité péritonéale. Le foie mesure 27 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, 30 centimètres dans le sens transversal, et 13 environ d'épaisseur; il pèse 2350 grammes. La capsule de Glisson, lisse, transparente, laisse voir la substance hépatique, qui a une teinte orangée; sa consistance est accrue; la surface de coupe est lisse, d'un jaune orangé, nuancée par places de points rouges, dont l'aspect rappelle ceux de l'atrophie jaune aiguë. Les vaisseaux sanguins, les canaux biliaires sont presque vides. Les gros canaux ne sont ni comprimés, ni obstrués; la vésicule biliaire contient de la bile jaune, filante, au milieu de laquelle nagent de petites masses noirâtres s'écrasant facilement sous le doigt, sorte de sable biliaire. La muqueuse de l'estomac est congestionnée, mais sans ecchymoses. La rate, diffluente, est triplée de volume. Les reins sont augmentés de volume, mous; le droit pèse 180 grammes, le gauche 215 grammes; leur substance corticale est colorée en jaune; leur capsule, un peu épaissie, se détache assez difficilement. Le poumon gauche est congestionné dans toute son étendue; il en est de même des lobes inférieur et moyen du poumon droit; le lobe supérieur de ce dernier est atteint d'hépatisation grise. Le péricarde contient une petite quantité de liquide séreux coloré en jaune. Le cœur est volumineux, pèse 440 grammes; il est mou, flasque, recouvert d'une épaisse couche de tissu graisseux. Le myocarde a une teinte café au lait. L'endocarde est très fortement coloré en rouge; pas de caillot dans le ventricule gauche; le ventricule droit contient quelques caillots agoniques.

L'*examen histologique du foie* permet de constater des lésions analogues à celles que nous avons décrites à propos de nos deux premières observations, avec cette différence que le processus scléreux a atteint ici un degré plus avancé.

Au niveau des espaces portes, en effet, on trouve de grosses travées conjonctives irrégulières formées de tissu fibrillaire renfermant à peine quelques cellules embryonnaires; ces travées émettent des prolongements volumineux, formés également de tissu conjonctif ancien, et limitant des mailles tellement étroites que la largeur de chacune d'elles est moins considérable que celle des faisceaux qui la circonscrivent. Ces mailles renferment des cellules hépatiques atrophiées, contenant quelques granulations pigmentaires qui masquent le noyau; d'autres sont infiltrées de grosses gouttelettes graisseuses, mais d'une façon générale ces dernières sont plus abondantes dans les points de la préparation où le tissu conjonctif est peu développé ou manque complètement, c'est-à-dire à une distance assez considérable des espaces portes.

Les *canaux biliaires* présentent le même aspect que ceux que nous avons observés dans le foie de notre premier malade; ils sont même plus nombreux et plus volumineux. Dans leur voisinage, on trouve également des cellules embryonnaires disséminées au milieu du tissu conjonctif qui les entoure; cette disposition est ici d'autant plus manifeste que dans les autres points des travées on en rencontre fort peu.

---

compétents un procédé employé en Birmanie dans les accouchements dangereux et rapporté par M. C. J. Ady.

« Je fus appelé récemment à Dallah près d'une femme en couches. A mon arrivée, je la trouvai épuisée; le travail durait depuis quatre jours. Le tronc était entouré au-dessus de l'ombilic par un lien constricteur très serré. Je ne pus le faire enlever qu'avec beaucoup de difficultés et en menaçant de partir si l'on ne m'obéissait pas immédiatement. Au toucher, je trouvai le col dilaté de la grandeur d'une pièce d'un shilling. Je complétai mécaniquement la dilatation avec les doigts et j'administrai l'ergot de seigle. Bientôt la tête arriva au périnée, la malade voulut absolument qu'on laissât la nature faire le reste. Après m'être retiré dans une autre pièce, je rentre au bout d'un moment; elle était liée de nouveau. Cette fois je ne pus obtenir que le bandage fût enlevé. Je dus me retirer encore en recommandant de laisser la malade en repos. On tint singulièrement compte de ma recommandation. Rappelé dans la chambre par un tapage insolite, je trouve une femme en train de piétiner de toutes ses forces l'abdomen de la parturiente. D'autres étouffaient ses gémissements sous des cris de joie à chaque mouvement de progression de la tête fœtale. Le périnée était complètement déchiré. Je me hâtai d'arracher cette sage-femme d'un nouveau genre, une autre prit sa place, puis une troisième. De guerre lasse je dus abandonner la place à ces folles furieuses. La femme est toujours vivante. Une primipare qui fut elle aussi en travail pendant quatre jours fut moins heureuse. Le trépignement abdominal amena sa mort et celle de son enfant. »

Dr L. Thomas.

Les altérations des vaisseaux sanguins sont les mêmes que celles qui ont été étudiées précédemment.

Obs. IV (recueillie dans le service de M. Dieulafoy, suppléé par M. Dreyfus-Brisac). — Les renseignements suivants nous ont été communiqués par M. Dreyfus-Brisac, qui a bien voulu nous confier les pièces anatomiques pour en faire l'examen histologique.

X..., âgée de quarante-cinq ans, marchande des quatre saisons, alcoolique avérée, entre à l'hôpital Saint-Antoine au mois de septembre 1882. Cette femme, d'un embonpoint considérable, a eu à quatre reprises, dans l'espace de deux ans, de l'ictère qui a duré chaque fois plusieurs semaines. Depuis plusieurs mois elle a des digestions pénibles, du dégoût pour la viande et de la constipation. Elle a perdu ses forces; elle dit avoir maigri; enfin elle serait devenue jaune depuis une semaine environ.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle présentait un ictère intense jaune orangé; ses urines, rares, foncées, contenaient de l'hémaphéine; elle accusait une douleur fixe dans l'hypochondre droit, accrue par la pression; son foie était augmenté de volume; elle était abattue, ne pouvait se tenir debout, répondait mal aux questions qu'on lui posait, et était atteinte vers le soir de subdélirium. Sa température était normale. Au bout de deux ou trois jours, la malade tomba peu à peu dans un état subcomateux avec incontinence d'urine et des matières fécales.

La salle où elle se trouvait ayant été évacuée, on dut la faire passer dans un autre service, et on la perdit de vue. Quatre à cinq jours après, on la transporta dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, service dirigé par M. Dreyfus-Brisac; elle présentait alors une éruption variolique discrète; elle était, du reste, toujours dans le coma, et elle mourut au bout de deux jours.

A l'*autopsie*, on trouve disséminées sur la surface du corps de nombreuses pustules varioliques desséchées. La couche sous-cutanée de la paroi abdominale et le grand épiploon sont surchargés de graisse. Le foie, très hypertrophié, pèse 2kil,750; il présente une coloration jaune d'ocre; sa surface est parsemée de granulations plus volumineuses que celles de la cirrhose porte vulgaire; son tissu, dur, résistant, crie sous le scalpel. A la coupe, on trouve des îlots de substance jaune d'ocre circonscrits par du tissu conjonctif, et faisant saillie à la surface du parenchyme sous forme de granulations; les vaisseaux sanguins contiennent peu de sang, les canaux biliaires laissent écouler une petite quantité de bile jaunâtre, et la vésicule biliaire est distendue par de la bile; elle contient, en outre, de nombreux calculs biliaires de petite dimension; les gros conduits biliaires sont perméables.

La rate, augmentée de volume, pèse 370 grammes; son tissu est ferme.

Le cœur, mou et flasque, est surchargé de graisse.

Les poumons sont le siège d'une congestion hypostatique intense.

Les reins sont légèrement augmentés de volume, la capsule se détache facilement, la couche corticale est molle et d'un blanc jaunâtre, la couche médullaire congestionnée

A l'inverse de ce que nous avons décrit dans les trois observations précédentes, la disposition de la sclérose est ici manifestement annulaire; en beaucoup de points, les anneaux fibreux qui circonscrivent les îlots de substance hépatique sont de dimensions assez considérables et égales sur tout leur parcours; en certains points ils s'accolent à ceux qui les avoisinent, de telle sorte que deux ou trois d'entre eux se touchent par une de leurs faces.

Au niveau de ces points de contact, la travée est très épaisse, et renferme dans son intérieur une branche de la veine porte. A l'intérieur des anneaux, le parenchyme hépatique est sillonné de mailles conjonctives qui se continuent avec la zone fibreuse enveloppante. Dans les parties de la préparation où la disposition annulaire est moins nette, on trouve des travées irrégulières occupant les espaces portes, et des réseaux conjonctifs disséminés dans l'intérieur du lobule.

Les grosses travées sont formées de tissu conjonctif fibrillaire contenant entre les faisceaux des capillaires gorgés de globules sanguins et quelques rares cellules embryonnaires; celles-ci, au contraire, sont très nombreuses dans les travées moins volumineuses.

Les canaux biliaires, comme dans les trois foies étudiés ci-dessus, sont augmentés de volume, remplis de granulations pigmentaires et de grosses cellules cubiques. On constate aussi une néoformation de canalicules, très développée dans l'intérieur des grosses travées, à peine marquée ou manquant même dans les points où la sclérose est de date récente et peu prononcée.

Les altérations des vaisseaux sanguins sont les mêmes que dans tous les cas de cirrhose porte, nous n'y insisterons pas.

Les cellules hépatiques sont, pour la plupart, infiltrées de grosses gouttes de graisse qui triplent leur volume; celles qui ont échappé à cette transformation sont d'un brun verdâtre et contiennent de nombreuses granulations de pigment biliaire; entre toutes ces cellules on trouve des globules sanguins et des éléments embryonnaires.

Si maintenant nous comparons entre elles les lésions rencontrées dans le foie de nos divers malades, nous voyons que la sclérose et la surcharge graisseusse s'y trouvent partout associées et que ce sont elles qui expliquent les caractères macroscopiques présentés par cet organe à l'autopsie.

La sclérose plus prononcée au niveau des espaces portes n'avait épargné cependant ni les fissures interlobulaires, ni l'intérieur même des lobules sans présenter néanmoins *dans sa distribution aucune régularité;* à côté d'un point où la prolifération conjonctive atteignait son maximum, on en trouvait un autre où elle faisait presque complètement défaut, et à ce titre la dénomination de *cirrhose diffuse* lui convient à tous égards. Bien plus, le degré de cette sclérose variait avec le foie qu'on examinait : à peine prononcée dans celui de la malade qui fait l'objet de notre seconde observation, elle atteignait son plus haut degré chez les deux sujets dont nous avons rapporté l'histoire en dernier lieu.

L'un des foies que nous avons examinés (obs. IV) présentait en outre une particularité intéressante au point de vue de la topographie de la lésion.

On sait, en effet, que dans la majorité des cas de cirrhose hypertrophique graisseuse qui ont été publiés, la prolifération conjonctive ne revêtait pas l'aspect annulaire de la cirrhose vulgaire. M. Sabourin, qui a insisté avec raison sur ce point, a signalé une cause d'erreur qui consiste à prendre pour des lobules hépatiques des groupes de cellules circonscrites par des travées de second ordre.

Or dans le foie que nous avons eu entre les mains et auquel nous faisons allusion, nous pouvons affirmer que par places la cirrhose était bien annulaire et aussi régulièrement que dans n'importe quelle cirrhose porte typique. Envisagée au point de vue microscopique pur, la lésion était donc en ces endroits comparable à celle qui a été décrite récemment par M. Hanot (*Archives de médecine*, 1882) sous le nom de cirrhose atrophique aiguë ou graisseuse, avec cette différence que, dans cette dernière, la sclérose est presque exclusivement extralobulaire, tandis que chez notre malade elle avait envahi, en outre, l'intérieur du lobule. Nous nous empresserons toutefois d'ajouter que cette disposition doit être assez rare, car nous ne l'avons pas rencontrée dans les autres foies que nous avons examinés.

Signalons aussi l'âge différent des productions conjonctives dans les différents points de la glande : formées presque exclusivement de tissu fibrillaire au niveau des espaces portes et dans certaines fissures interlobulaires, elles étaient surtout constituées de cellules embryonnaires dans l'intérieur des lobules, ce qui permettait de reconstituer la marche envahissante du processus scléreux qui, d'abord extralobulaire, s'était propagé peu à peu à l'intérieur du lobule.

Nous avons vu cependant que dans les plus anciennes travées on trouvait disséminées quelques cellules embryonnaires, indice de la dernière poussée inflammatoire qui avait marqué l'ultime stade de la maladie. C'est à la même cause que l'on doit rattacher la congestion intense des branches de l'artère hépatique et des capillaires sanguins intralobulaires qui existait dans les quatre foies que nous avons examinés.

La surcharge graisseuse des éléments cellulaires et leur infiltration par le pigment biliaire constituaient les principales lésions du parenchyme hépatique sans qu'il fût possible de trouver aucune régularité dans la distribution de l'une ou de l'autre, à l'inverse de ce qui a été décrit par plusieurs auteurs. En ce qui concerne leur mode d'évolution, nous croyons, en nous basant sur l'observation clinique et sur les

altérations constatées dans les cas de cirrhose hypertrophique graisseuse sans ictère que ces deux altérations cellulaires sont contemporaines, et que dans les derniers temps de la vie elles ont subi une poussée aiguë, un coup de fouet, lorsque sont apparues les accidents d'ictère grave qui ont emporté nos malades.

Rappelons enfin la dilatation et la multiplication des canalicules biliaires ainsi que l'infiltration d'éléments embryonnaires disséminés dans l'épaisseur des bandes conjonctives qui les entouraient, altérations que nous avons décrites en détail à plusieurs reprises. Bien que signalées par MM. Lancereaux et Sabourin, cette angiocholite et cette périangiocholite nous ont paru plus prononcées que les descriptions de ces auteurs ne le comportent, sans doute à cause des poussées successives d'ictères survenues chez nos malades. Aussi ne serions-nous pas éloignés de l'idée de faire jouer aux voies biliaires un rôle plus accentué qu'on ne l'a fait jusqu'à aujourd'hui, au moins dans *certains cas* de cirrhose hypertrophique graisseuse.

II

L'évolution clinique de la cirrhose hypertrophique graisseuse ayant revêtu chez plusieurs de nos malades des allures un peu différentes de celles qu'on lui attribue généralement, nous croyons devoir y insister.

Tantôt, on le sait, cette affection reste absolument latente ou ne se révèle que par l'augmentation de volume de l'organe, et, comme ce symptôme se rencontre dans un grand nombre de maladies du foie, il ne suffit pas à lui seul pour établir le diagnostic.

Les malades, dans ces conditions, meurent le plus souvent de tuberculose, quelquefois d'une maladie intercurrente, et le diagnostic réel n'est alors possible qu'à l'autopsie, cette forme peut donc être qualifiée à juste titre de *latente*.

Chez d'autres sujets, tuberculeux ou non, l'affection se développe lentement, sourdement, jusqu'au jour où apparaissent des phénomènes dyspeptiques consistant en dégoût pour les aliments, principalement pour la viande, ballonnement du ventre, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements glaireux ou pituiteux, sensation de douleur et parfois douleur véritable dans l'hypochondre droit qui est toujours légèrement saillant. A ces symptômes viennent bientôt se joindre de l'abattement, de la perte des forces et de l'amaigrissement. La marche rapide des accidents empêche souvent ce dernier signe d'être très prononcé et comme la cirrhose graisseuse s'attaque de préférence aux alcooliques gras, l'aspect extérieur des malades contraste alors, sauf le cas de tuberculose concomitante, avec la maigreur quasi squelettique des cirrhotiques vulgaires.

Quoi qu'il en soit, au bout de quelques jours, de quelques semaines au plus, apparaissent des accidents qui ne sont autres que ceux de l'ictère grave à marche subaiguë et qui emportent les malades à la fin de la première semaine ou dans le cours de la seconde. C'est de cette façon en effet que nous avons vu l'affection évoluer chez le malade qui fait l'objet de notre troisième observation.

Mais à côté de cette forme à *marche progressive et rapide* qui, même dans les cas où cette variété de cirrhose peut être diagnostiquée, n'est probablement pas aussi fréquente qu'on l'a prétendu, nous désirons appeler l'attention sur une série de phénomènes qui n'ont pas été suffisamment mis en lumière et qui impriment à la maladie une allure particulière.

Nous voulons parler de ces *poussées* successives de congestion hépatique accompagnée d'ictère dont l'histoire de trois de nos malades (obs. I, II et IV) nous a fourni des exemples ; chez l'une (obs. I), l'ictère était apparu pour la première fois dix ans environ avant l'entrée de la malade à l'hôpital, depuis cette époque il s'était reproduit à trois reprises différentes, laissant entre chaque poussée des intervalles de moins en moins considérables à mesure que la sclérose progressait. Celle qui fait l'objet de notre quatrième observation avait également eu trois poussées d'ictère dans l'espace de deux ans. La troisième de nos malades enfin avait eu de l'ictère six mois auparavant.

En outre, parmi les observations de cirrhose graisseuse qui ont été publiées, nous en avons trouvé plusieurs dans lesquelles les mêmes phénomènes ont été signalés, entre autres une due à M. Stackler (thèse de Dupont) (obs. II) dans laquelle il est dit que la malade avait eu pour la première fois de l'ictère cinq mois avant son admission à l'hôpital, et une seconde publiée par M. Mathieu dans les bulletins de la Société anatomique (1881) ayant trait à une femme qui présentait déjà une teinte jaune de la peau trois mois avant sa mort.

Ces poussées congestives, indépendamment de l'ictère, se caractérisent par une augmentation du volume du foie et de la douleur dans l'hypochondre droit, elles se manifestent soit à l'occasion d'excès alcooliques, soit sous l'influence du surmenage, et peuvent se répéter trois, quatre fois et même davantage, à plusieurs mois d'intervalle, avant l'évolution des phénomènes ultimes.

Entre chacune d'elles, l'ictère disparaît, mais le foie reste volumineux et sa sensibilité est exagérée. La constatation de ces phénomènes chez un alcoolique et surtout chez *une alcoolique* douée d'un embonpoint considérable, devra faire penser à la possibilité d'une cirrhose graisseuse et faire prévoir à courte échéance l'apparition d'accidents d'insuffisance hépatique rapidement mortels.

CORRESPONDANCE

Le microbe de la tuberculose.

M. le docteur Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, nous adresse la lettre suivante. Nous n'hésitons pas à l'insérer espérant, comme son auteur, que M. le docteur Koch voudra bien y répondre en exposant, avec les détails qui paraissent nécessaires, le manuel opératoire qui lui a permis d'obtenir les résultats annoncés par lui. L'autorité et l'expérience de M. le professeur Feltz sont connus de tous ceux qui ont étudié, au point de vue de leur pathogénie et surtout de l'influence exercée par les micro-organismes, les maladies infectieuses ou contagieuses. Si un savant aussi habitué aux analyses histo-physiologiques n'a pu réussir comme M. le professeur Koch, c'est que les deux expérimentateurs ont procédé différemment. Le mieux est, en conséquence, de signaler franchement les résultats auxquels on est parvenu et de demander à l'auteur de la découverte du parasite de la tuberculose des explications, que, nous l'espérons, il ne nous refusera pas. (*La Rédaction.*)

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Le monde médical a été vivement impressionné par la découverte du microbe de la tuberculose que le professeur Robert Koch a fait connaître dans un article sur l'étiologie de la tuberculose, publié dans la *Berliner Clinische Wochenschrift* du 10 avril 1882 et analysé dans la *Gazette hebdomadaire* du 18 août 1882.

Venant de répéter avec plein succès les expériences de M. Pasteur sur le charbon et les virus atténués, j'ai voulu, avec le concours de mon préparateur M. Ehrmann, refaire le travail de M. Koch, en ce qui concerne la recherche du microbe dans la tuberculose et la culture de celui-ci. A cet effet, je n'ai pas cru pouvoir mieux faire que de suivre à la lettre les indications données par le savant allemand.

Pour trouver le microbe du tubercule et le reconnaître dans les différentes productions tuberculeuses (crachats, liquides de cavernes, tubercules à différentes phases d'évolution), j'ai traité ces

matières comme l'indique M. Koch pour chacune d'elles. Les préparations ainsi obtenues ont été soumises successivement à l'action du bleu de méthylène, de la vésurine et de l'eau distillée. J'ai vu effectivement en agissant ainsi que les éléments anatomiques, noyaux, cellules et détritus cellulaires, se coloraient en brun et j'ai pu constater aussi qu'il apparaissait souvent dans les préparations des bâtonnets restés plus ou moins bleus, très minces, très courts, rectilignes ou courbes, paraissant semblables à ceux que décrit M. Koch et que figurent MM. Kloenne et Muller de Berlin.

Les liquides de cavernes et les produits plus ou moins dégénérés du testicule étant essentiellement favorables par leur constitution chimique et les conditions de température au développement des micro-organismes, l'on ne saurait conclure à la spécificité des microbes que la réaction de M. Koch fait découvrir. Aussi ai-je cru que les cultures et les inoculations des produits cultivés pouvaient seuls trancher la question.

Je me suis avant tout préoccupé de la confection du terrain indiqué comme très favorable au développement du bacille du tubercule. J'ai fait chauffer, comme l'indique M. Koch, du sérum de sang de bœuf ou de mouton dans des verres de réactifs bouchés à la ouate, pendant six jours consécutifs, à raison d'une heure par jour à 58 degrés. J'ai ensuite chauffé dans des verres de montre ces mêmes liquides à 65 degrés, pendant plusieurs heures, jusqu'à consistance gélatineuse. J'ai obtenu ainsi, comme le dit M. Koch, des masses gélatineuses, jaunâtres, parfaitement transparentes malgré un peu d'opalescence. Mes verres de montre chargés de ces milieux de culture ensemencés de tubercules ou non, ont ensuite été placés, comme le veut l'article de la *Clinische Wockenschrift*, dans une étuve à température constante de 37 à 38 degrés. Grand fut mon étonnement de voir dès les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, mes milieux de culture se dessécher complètement, se fendiller en tout sens et prendre toutes les apparences de la colle-forte et même l'opacité de cette dernière.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai successivement modifié le procédé en enfermant les milieux de culture entre deux verres de montre fixés l'un contre l'autre par une bande de caoutchouc et ensuite en plaçant dans l'étuve un bocal plein d'eau distillée, pour empêcher la dessiccation de l'air et m'opposer dans les limites du possible à l'évaporation complète des parties liquides de mes sérums. Je n'ai pas réussi davantage dans mes tentatives.

En présence de mes insuccès je ne saurais être assez reconnaissant si l'on pouvait me fournir les renseignements nécessaires pour éviter ces sortes de mésaventures, car je ne voudrais pas mettre en doute, avec les seuls faits que je viens de mentionner, les résultats que M. Koch affirme d'une façon si positive.

Feltz,

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Nancy, le 28 janvier 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Surdité. — M. *Fr. Romanet du Caillaud* adresse deux notes portant pour titres : *Guérison empirique de certains cas de surdité par les paysans des environs de Péking*, et *Utilisation par la médecine chinoise du fiel du serpent boa de l'Indo-Chine.* (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Pouvoir toxique de la quinine et de la cinchonine. Note de M. *Bochefontaine.* — Voici les principaux résultats de cette étude, poursuivie sur plus de cinquante animaux, batraciens (grenouilles) et mammifères (cobayes, lapins et chiens).

1° L'injection hypodermique de 25 milligrammes de sulfate de quinine sur une grenouille pesant une trentaine de grammes donne la mort au bout de deux ou trois jours. Pour obtenir le même résultat avec le sulfate de cinchonine, on doit injecter 35 milligrammes de substance environ.

2° Sur le cobaye, la dose de sulfate de quinine, en injection sous-cutanée, nécessaire pour amener la mort dans l'espace d'une heure environ, est de 20 centigrammes pour un animal adulte. La quantité de sulfate de cinchonine capable de tuer un cobaye dans les mêmes conditions serait de 23 centigrammes.

3° Les résultats observés chez le lapin sont un peu différents. Des individus pesant 1800 grammes ont succombé en deux heures trente minutes à l'action de 1 gramme de sulfate de quinine injecté sous la peau. Un animal du poids de 2200 grammes est mort après avoir reçu 40 centigrammes de sulfate de cinchonine.

4° Pour amener la mort d'un chien du poids de 12 kilogrammes, il suffit d'une injection hypodermique de 2gr,5 et même 2 grammes de sulfate de quinine, ou de *bromhydrate de quinine.* Le résultat final arrive au bout de deux heures trente minutes environ. Pour donner la mort dans l'espace de huit ou neuf heures à un chien du poids de 7kg,5, il faudrait injecter au moins 2 grammes de sulfate de cinchonine. L'affaiblissement, puis la résolution paralytique, voilà les symptômes généraux qui précèdent la mort déterminée par la quinine ou par la cinchonine, chez la grenouille.

5° Chez les cobayes, lapins et chiens qui ont reçu la *quinine* sous la peau, la mort est précédée des phénomènes connus de l'ivresse quinique, de vomissements, quelquefois d'une dyspnée extrême suivie de ralentissement de la respiration, d'affaiblissement paralytique auquel se joignent d'ordinaire des convulsions ou des tremblements convulsifs. Huit chiens sur douze ont eu de violentes convulsions épileptiformes. Chez un lapin, j'ai compté 160 respirations par minute. Dans aucune de ces expériences, quelle que soit l'attention avec laquelle on les ait cherchées, on n'a pu constater l'irrégularité, l'ataxie motrice, l'incoordination, l'arythmie, l'asystolie du cœur dont on a parlé dans ces derniers temps. Les battements du cœur sont restés réguliers chez les grenouilles, cobayes, lapins et chiens soumis à l'expérience.

De la valeur de l'entre-croisement des mouvements d'origine cérébrale. Note de M. *Couty.* — La classification des mouvements en cérébraux et médullaires ou réflexes est fondée surtout sur ce fait, que l'excitation ou la lésion d'un hémisphère entraîne des modifications motrices du côté opposé, au lieu d'agir sur les muscles du même côté; et, quoique divers expérimentateurs, notamment MM. Vulpian et Brown-Séquard, aient montré le peu d'importance fonctionnelle de l'entre-croisement anatomique des faisceaux pyramidaux, l'entre-croisement physiologique est encore universellement admis; mais il n'a pas, suivant l'auteur, la constance qu'on lui a supposée.

M. Couty rapporte un certain nombre d'expériences faites sur le gamba, le paresseux, le vautour, le lapin, expériences ayant consisté dans l'électrisation de la surface cérébrale. Les résultats obtenus ont été, du reste, conformes à ceux que produisent les altérations traumatiques ou inflammatoires. Les lésions d'un hémisphère, quoique d'ordinaire plus ou moins diffuses, entraînent, chez les mêmes animaux, une simple gêne bilatérale plutôt qu'une suppression localisée des mouvements; la force et l'agilité diminuent; le gamba ne peut plus marcher régulièrement ni se soulever par sa queue; le lapin saute mal, son train postérieur est en retard, et au repos la position des membres se trouve modifiée; l'urubu, s'il marche, porte ses jambes en hésitant, ou même il les croise l'une devant l'autre, et s'il court, il tombe quelquefois en arrière, plus rarement en avant, et il éprouve de la difficulté à se relever, etc.

En résumé, si l'on mesure l'action motrice attribuée au cerveau par les phénomènes consécutifs aux lésions ou aux excitations de cet organe, on constate que la bilatéralité est la règle chez certaines espèces de mammifères inférieurs et d'oiseaux, et l'on retrouve exceptionnellement ce caractère

dans les espèces les plus perfectionnées. L'entre-croisement physiologique cérébro-médullaire n'a donc rien de constant; il n'est pas lié à la constitution anatomique des organes; il manque sur des cerveaux déjà élevés dans l'évolution, sensibles à l'électricité, ou, comme celui de l'urubu, relativement volumineux. Ce caractère n'a donc pas la valeur qu'on lui avait attribuée, et l'on peut établir facilement une transition entre le mouvement volontaire le plus compliqué et le simple réflexe.

Vision des radiations ultra-violettes. Note de M. *de Chardonnet*. — *Le spectre du cristallin correspond exactement au spectre visible*, et cette lentille a pour fonction physiologique d'intercepter toute radiation ultra-violette. Dès lors, se pose la question suivante : si nous ne percevons pas les radiations ultra-violettes, est-ce parce que la rétine est insensible aux courtes ondes, ou bien parce que ces ondes ne lui parviennent pas?

Pour trouver la solution, l'auteur a eu recours au témoignage de malades atteints d'aphakie, c'est-à-dire privés de cristallin par l'opération de la cataracte. Les observations ont été faites de la manière suivante : la lumière jaillissait d'un régulateur Foucault dans une lanterne Duboscq, dont l'ouverture était fermée par une double glace argentée de Foucault. On sait que ces minces couches d'argent laissent passer uniquement les radiations comprises entre les raies O et T du spectre ultra-violet. Tantôt le sujet que nous interrogions regardait simplement la lumière électrique à travers cet écran; tantôt l'image des charbons, invisible pour nous, était projetée au fond de son œil au moyen d'une lentille en quartz.

De ces expériences l'auteur conclut :

« *La rétine est sensible aux radiations ultra-violettes comme aux radiations visibles* lorsqu'elles lui parviennent, et cela, au moins, jusque vers la raie S (il est impossible de se prononcer sur la question de savoir si la rétine serait sensible aux radiations *ultra-solaires*, arrêtées, dans tous les cas, par la cornée et l'humeur vitrée). C'est donc bien le cristallin seul qui limite le spectre visible. »

Sur la génération des cellules de renouvellement de l'épiderme et des produits épithéliaux. Note de M. *Retterer*. — Longue et minutieuse description impossible à reproduire ici, et dont voici la conclusion :

« L'épiderme du chien, ainsi que celui de l'homme et des autres mammifères, se compose donc : 1° de la couche à noyaux; 2° de la couche segmentaire ou d'individualisation des cellules de renouvellement; 3° du *stratum granulosum* (ces trois premières couches constituant le corps muqueux de Malpighi); 4° de la couche cornée. L'épithélium antérieur de la cornée est formé de même : 1° par une couche à noyaux; 2° par une couche segmentaire; 3° par une couche de cellules aplaties. Il présente la même évolution nucléaire et cellulaire, sauf l'absence de couche cornée.

» Sur l'embryon des mammifères, l'apparition de l'épiderme qui succède à l'ectoderme se fait de la même façon que le renouvellement épidermique continu pendant toute l'existence de l'animal. »

Apnographe. — M. *Bergeon* adresse une note sur un nouvel appareil enregistreur de la respiration, l'*apnographe* à transmission.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le professeur *Bouchard* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Ferrand* envoie une lettre de candidature à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. le docteur *V. Poulet* (de Plancher-les-Mines, Haute-Saône) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division et adresse, à l'appui, un mémoire manuscrit, intitulé : *De l'opération césarienne avec suture utérine.*

M. le docteur *H. Bernard* envoie le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées dans les trois cantons de Grenoble pendant l'année 1882. (*Commission de vaccine.*)

Décès de M. Cloquet. — M. le Président fait part de la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. *Jules Cloquet*, doyen de la Compagnie, qu'il avait présidée en 1860. La séance est levée en signe de deuil.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Le rachitisme et la syphilis héréditaire. — Fistule dentaire de la région lacrymale. — Cancer secondaire de la cloison recto-vaginale.

M. *Parrot* n'a pas besoin de décrire les lésions du rachitisme, ces lésions sont bien connues. Mais celles de la syphilis héréditaire prêtent encore à la discussion. Il y a quelques années, au début de ses recherches, M. Parrot, trouvant des relations entre les lésions du rachitisme et celles de la syphilis héréditaire, crut qu'il y avait aussi des différences, et il cherchait ces différences. Mais ses efforts furent vains; il trouva de grands rapports entre les lésions de ces deux maladies; mais les différences n'existaient que selon l'âge des sujets; c'était là un point important à saisir. Les lésions du rachitisme constituent la lésion mûre, tandis que les lésions de la syphilis héréditaire sont des lésions en voie de développement; les unes sont le brin d'herbe, les autres l'épi mûr.

Pour faire pénétrer la conviction dans l'esprit de ses élèves, M. Parrot chercha une démonstration nette. Il fallait des signes, des indices qui permissent d'établir le diagnostic de syphilis héréditaire en dehors des renseignements fournis par les parents; il fallait se passer des renseignements des parents, souvent inexacts et erronés. Comment? M. Parrot croit avoir résolu ce problème par l'étude des lésions actuelles et les traces des lésions anciennes.

Vous connaissez les lésions de la syphilis héréditaire active : syphilides cutanées et muqueuses. Puis viennent les lésions viscérales, surtout constatées à l'autopsie. Un troisième élément de diagnostic, c'est la syphilide que l'on trouve sur la langue : syphilide desquamative de la langue.

Il y a d'autres moyens, et surtout deux, que M. Parrot considère comme capitaux. Les stigmates de la syphilis héréditaire sont des traces cicatricielles que l'on rencontre en des points toujours les mêmes et ayant toujours les mêmes caractères; ces taches sont l'indice certain de la syphilis héréditaire. Enfin, un autre moyen de diagnostic, c'est l'état des dents. Pour M. Parrot, toutes les fois que les dents présentent ces érosions, cette atrophie qui porte sur les deux dentitions, il y a syphilis héréditaire (altération en cupule, en sillon, cuspidienne, en hache, de Hutchinson). Ce sont des altérations qui se montrent toujours sur les mêmes dents, au même âge. Voilà les bases du diagnostic de la syphilis héréditaire.

M. Parrot commence ensuite la deuxième partie de sa démonstration. A partir des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à l'époque de la deuxième dentition, on trouve des lésions de différentes sortes qui ont pour but final le rachitisme. On trouve ces lésions sur les os; elles conduisent par des transformations successives au rachitisme. M. Parrot en montre de nombreux exemples à la Société.

Il y a trois types principaux de lésions osseuses : les ostéophytes durs ou altérations chondro-calcaires; les atrophies gélatiniformes, et le tissu spongoïde ou véritable rachitisme. Un type quelconque retient du type précédent des caractères qui unifient les lésions diverses. Tous les cas ne

sont pas aussi clairs; quand un enfant est arrivé à l'âge de trois ans, c'est par le rachitisme qu'il commence, et on n'observe pas les autres lésions antérieures.

Dans le premier type, les os ont l'apparence à peu près normale, mais ils sont déformés par des ostéophytes considérables. On voit surtout ces ostéophytes sur la moitié inférieure de l'humérus, en arrière, et à la face interne du tibia. Les couches nouvelles, moins dures que l'os normal, s'en distinguent par la direction de leurs trabécules perpendiculaires à l'axe diaphysaire. Au voisinage de l'apophyse, on trouve 1 ou 2 millimètres de substance crayeuse, friable, chondro-calcaire; c'est du tissu cartilagineux infiltré de sels calcaires. On observe ces lésions sur des fœtus macérés et sur les enfants jusqu'à la sixième semaine.

Plus tard, on trouve l'atrophie gélatiniforme. Certaines portions circonscrites de l'os sont remplacées par du tissu mou, jaune maïs ou rouge cerise. Mêmes ostéophytes que précédemment. Les os du crâne semblent parfois perforés par cette atrophie gélatiniforme. A l'extrémité des os longs, on trouve de véritables brisures juxta-épiphysaires; c'est une pseudo-paralysie syphilitique.

Dans le troisième type, les extrémités des os longs, qui avaient commencé à devenir malades, sont tout à fait prises; c'est le bourgeonnement du tissu spongoïde (Jules Guérin). Le tissu spongieux de la diaphyse tend à devenir spongoïde; autour de l'os, ostéophytes spongoïdes. Les pièces que M. Parrot présente sont prises sur des enfants évidemment syphilitiques, et on voit que les lésions ne diffèrent pas de celles du rachitisme. Il est impossible de trouver des différences.

En suivant cette série d'altérations, il est impossible de ne pas arriver à cette conclusion, que la cause qui a produit les premières produit aussi les dernières. 90 fois sur 100 la syphilis héréditaire est notoire. Pour les 10 autres cas, M. Parrot dit que la syphilis peut n'avoir pas laissé de traces, que la syphilis peut se montrer sous forme de lésions osseuses seulement. En effet, de tous les organes du corps les plus fréquemment atteints, ce sont les os.

Si l'on considère qu'on peut suivre la lésion dans son évolution, qu'elle présente toujours les mêmes caractères histologiques, toujours à un certain âge de la vie on doit reconnaître une source unique à ces lésions.

Van Swieten donnait pour cause au rachitisme des parents trop jeunes ou ivrognes; plus tard, on accusa les parents lymphatiques ou scrofuleux, etc. Jules Guérin invoque l'allaitement trop prolongé, ou une alimentation prématurément trop forte. Les faits démontrent que ces causes sont sans effet réel. Seemann dit qu'il n'y a pas assez d'acide chlorhydrique dans l'estomac pour dissoudre les sels calcaires des aliments; mais la décalcification joue un rôle minime dans le rachitisme. Broca et Gamba invoquent un trouble nutritif. Bouchardat accuse l'entérite. On a dit encore que les enfants n'avaient pas assez de lumière, étaient exposés au froid humide; mais on trouve des rachitiques dans les meilleures conditions hygiéniques.

Toutes ces causes peuvent préparer le terrain; mais si l'enfant n'a pas le germe, c'est-à-dire la syphilis héréditaire, il ne deviendra pas rachitique.

M. *Magitot* a vu un grand nombre d'érosions dentaires chez des sujets qui n'avaient pas la syphilis, chez des individus ne présentant aucune trace de syphilis héréditaire. Un fait qui est démonstratif, c'est qu'on peut trouver ces érosions chez le bœuf; M. Magitot en a présenté un exemple au Congrès de Londres. Il attribue une grande influence à toutes les diathèses sur la constitution des dents, surtout à la syphilis, mais pas une influence produisant spécialement l'érosion dentaire, mais plutôt l'atrophie et la difformité des dents.

M. *Després* n'admet pas que le rachitisme ait pour cause unique la syphilis héréditaire; il y a des faits qui contredisent formellement cette affirmation.

M. *Parrot* présente un enfant qui a sur le crâne des lésions gélatiniformes; un autre enfant qui a le thorax rachitique et sur les fesses des cicatrices de gommes syphilitiques; un troisième enfant qui a le rachitisme des membres inférieurs et sur les fesses des macules syphilitiques.

— M. *Després* fait un rapport sur une observation lue à la Société de chirurgie par M. Parinaud : fistule de la région lacrymale attribuée à une lésion dentaire.

— M. *Nicaise* présente une pièce recueillie sur le cadavre d'une femme de soixante ans morte d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. C'est une tumeur recto-vaginale formée par un cancer secondaire de nature colloïde. Ce cancer s'est probablement développé dans un des ganglions lymphatiques situés autour du col de l'utérus.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Secousse des muscles vératrinisés : M. Mendelssohn. — Paralysies directes et croisées par irritation de la protubérance : M. Brown-Séquard. — Parasites épidermiques des poissons : M. Henneguy. — Développement des œufs de batraciens; globules polaires : M. M. Duval. — Action de l'eau oxygénée sur l'albumine : MM. P. Bert et Regnard. — Développement des nerfs des mammifères : M. Vignal. — Piqûres du bulbe : M. Laborde.

M. *Mendelssohn* a étudié à la suite de Kölliker, Marey, Bezold, Prevost, etc., les contractions des muscles vératrinisés. Il insiste sur les principales variétés de la courbe type de la secousse que présentent les muscles dans cet empoisonnement, et admet trois types principaux : 1° une ascension brusque suivie d'une chute très exagérée en longueur et en durée; 2° une ascension brusque suivie d'une descente également rapide, mais interrompue par un relâchement devenant subitement très lent; 3° la même forme que plus haut avec une sorte de dicrotisme allongé dans la descente; 4° enfin quelquefois la modification porte sur la période de raccourcissement qui, brusque d'abord, devient ensuite progressif et est suivi d'un relâchement lent. La période d'excitation latente du muscle vératrinisé se montre raccourcie à la condition qu'on excite le muscle complètement relâché. (voy. le *Compte rendu* officiel de la Société pour les détails de ce travail dont nous ne pouvons signaler ici que quelques points).

— M. *Brown-Séquard* a fait remarquer autrefois qu'une irritation de la partie antérieure du pont de Varole produit souvent des paralysies directes. Il a depuis réuni un grand nombre d'observations de tumeurs de la protubérance qui, réduites à celles dont les détails sont précis, forment un total de 184 cas ainsi répartis : pas de paralysie évidente dans 57 cas; paralysie directe dans 42 cas; paralysie croisée dans 34 cas; paralysie directe et croisée de deux ou trois membres, 29 cas; des quatre membres, 22 cas.

Ces nombreuses variétés dépendent-elles des dimensions des tumeurs qui font l'objet des observations, de leur consistance? Cela ne paraît pas probable, car les effets varient avec des tumeurs de même étendue et exerçant un degré de pression semblable. Dès 1861, l'auteur admettait, quoique avec plus de réserves, la théorie qu'il professe absolument aujourd'hui, à savoir que dans tous les cas il ne s'agit pas de lésions de conducteurs nerveux, mais d'irritations locales et d'effets à distance.

M. Brown-Séquard se propose de revenir sur ces faits

dans une prochaine communication où il étudiera les troubles simultanés de la sensibilité.

— M. *Henneguy* signale la présence de flagellés parasites sur l'épiderme de jeunes poissons succombant en masse à une véritable épidémie. L'intérêt de cette étude consiste surtout en ce que l'*ectoparasitisme* de ces infusoires n'était pas connu, alors qu'on avait déjà étudié leur développement à l'état libre dans le corps de certains animaux.

— M. *Mathias Duval* a pu observer sur des œufs de grenouilles, quelques heures après la fécondation, la production de globules polaires, phénomène déjà observé chez les batraciens par M. Henneguy. Ces globules deviennent visibles au moment même où va commencer à se dessiner le premier sillon de segmentation sur le pôle supérieur de l'œuf. M. Duval a vu se former jusqu'à trois globules polaires, l'un d'eux étant sur un des côtés du sillon, les deux autres de l'autre côté. C'est sur des œufs légèrement chauffés et dont le développement a été ainsi activé qu'on peut le mieux observer ces globules polaires.

MM. *P. Bert* et *Regnard* ont constaté que l'eau oxygénée transforme instantanément l'albumine de l'œuf en une albumine incoagulable par la chaleur, mais restant coagulable par les acides et autres réactifs. L'albumine ainsi modifiée ne dialyse pas en entier : la partie qui traverse le dialyseur est, comme les peptones, incoagulable par tous les réactifs ; c'est une albuminose spéciale. Il se produit quelque chose d'analogue avec la fibrine, mais comme l'eau oxygénée se détruit sous l'influence de la fibrine, il faut agir avec une très grande rapidité.

— M. *Vignal* tire de ses recherches sur le développement des nerfs chez les mammifères les conclusions suivantes :

1° Les nerfs se développent du centre à la périphérie, sous la forme de faisceaux de fines fibrilles et de granulations rangées à la suite les unes des autres, noyées au sein d'une matière homogène. La périphérie de ces cylindres est recouverte de cellules semblables aux cellules connectives embryonnaires; plus tard ces cellules pénètrent par prolifération dans l'intérieur des faisceaux nerveux; elles s'y multiplient, divisent les fibrilles en petits faisceaux et recouvrent ceux-ci en leur constituant une enveloppe spéciale. A ce moment la fibre nerveuse est formée dans ses parties essentielles, car le faisceau de fibrilles entouré de protoplasma constitue le cylindre-axe.

2° Plus tard la myéline fait son apparition dans le protoplasma entourant le cylindre-axe. Parallèlement à son développement s'effectue dans la fibre nerveuse un développement de protoplasma occupant souvent un espace beaucoup plus étendu que la myéline.

— M. *Laborde* est arrivé, dans ses expériences pratiquées avec M. M. Duval sur l'origine profonde des nerfs crâniens, à déterminer, sans délabrement extérieur, des lésions superficielles du plancher du quatrième ventricule. Ces expériences l'amènent à discuter le mécanisme de la mort par les lésions bulbaires; c'est à une véritable syncope respiratoire qu'il l'attribue.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Des préparations d'aconit (M. Oulmont): M. Créquy (Discussion).— Emploi de la « Lobelia inflata » (M. Fourrier): M. C. Paul.— Traitement de l'apoplexie par la saignée: M. Guyet (Discussion).

M. *Créquy* donne lecture d'une lettre de M. Oulmont dans laquelle il rappelle qu'en 1877, dans un mémoire publié par lui sur *l'aconit, ses préparations et l'aconitine*, il avait observé que l'azotate d'aconitine à la dose d'un quart de milligramme produit des effets toxiques et, à la dose de 3 milligrammes, tue en trois heures un chien de forte taille. Il avait en outre signalé ce fait que l'aconitine, produit cristallisé et bien défini, possède néanmoins un degré d'activité variable suivant la provenance des racines qui ont servi à la préparer. L'aconitine extraite de racines suisses, à la dose d'un milligramme tue un chien en quarante-trois minutes; avec l'aconitine du Dauphiné, et à la même dose, la mort survient en une heure trente-cinq minutes; enfin l'aconitine des Vosges, toujours à la même dose, n'amène pas la mort de l'animal. L'aconitine que l'on emploie à Paris, et qui provient des aconits des Vosges, est un médicament sûr et régulier, qui n'est dangereux que par suite de son énergie et de la violence de ses effets. Quant aux autres préparations d'aconit, M. Oulmont les considère comme infidèles: l'alcoolature de feuilles et de tiges fraîches est inerte jusqu'à la dose de 15 et 20 grammes; l'alcoolature de racines fraîches, les teintures de feuilles ou de racines sèches sont plus énergiques, mais d'une activité irrégulière; l'une des plus actives est la teinture mère des homœopathes qui, à la dose de 8 à 12 gouttes, suffit pour tuer un chien. L'extrait alcoolique de racines sèches des Vosges est, après l'aconitine cristallisée, la préparation officinale la plus régulièrement active. En somme, on peut considérer l'aconit, et même l'aconitine comme un médicament dangereux qu'il ne faut administrer qu'avec prudence et circonspection.

M. *C. Paul* a également reçu une lettre d'un médecin de Paris qui s'étonne des doses relativement minimes de teinture *de racine* d'aconit qui ont été formulées dans la discussion précédente de la Société. Pour lui, il emploie depuis longtemps l'alcoolature de racine d'aconit à la dose de 60 et 80 gouttes sans avoir jamais observé le moindre accident. M. C. Paul ne voit dans ce fait qu'une preuve de la différence d'activité entre *l'alcoolature* et *la teinture :* il croit qu'on ne doit pas dépasser 20 gouttes de cette dernière préparation.

M. *Delpech* fait remarquer que, dans sa lettre, M. Oulmont parle de la teinture mère des homœopathes ; quelle est la formule, quel est le titre de cette teinture ? Personne n'en sait rien.

M. *Tanret* est d'avis qu'il faudrait se préoccuper de l'époque à laquelle on récolte les aconits livrés à la pharmacie, la quantité et même la nature des alcaloïdes contenus dans la plante variant avec son développement plus ou moins complet.

M. *Limousin* ne pense pas que la teinture mère des homœopathes puisse être plus active que la teinture de racines : il existe en effet pour l'aconitine un degré de solubilité que l'on ne peut dépasser. Quant à l'alcoolature de racines, elle se prépare avec parties égales d'alcool et de racines fraîches; elle ne renferme d'eau que ce qui est contenu dans la plante.

M. *Mayet* rappelle que l'alcoolature de racine d'aconit est depuis longtemps employée; lui-même, en 1845, la préparait suivant la formule encore usitée, avec des racines récoltées lors du développement complet de la plante. Quant aux homœopathes, ils se conforment bien plus qu'on ne pense au Codex; ainsi une des principales pharmacies homœopathiques de Paris se fournissait de médicaments chez M. Mayet. Il n'y avait donc aucune différence entre les préparations officinales des deux pharmacies, et les prétendus médicaments homœopathiques n'étaient qu'une *dilution* de ceux du Codex.

M. *Limousin* croit qu'il serait préférable, à cause de la différence d'activité des diverses préparations d'aconit, et parfois d'une même préparation, suivant la provenance de la plante, de prescrire toujours l'aconitine cristallisée.

M. *Ferdinand Vigier* fait observer que les alcaloïdes n'agissent pas de la même façon que les préparations obtenues avec toute la plante; ainsi la digitale et la digitaline sont loin d'avoir des effets identiques.

— M. *C. Paul* donne lecture de son rapport sur un travail de M. le docteur Fourrier ayant pour titre : *De l'emploi de la Lobelia inflata*. La lobélie est une plante de l'Amérique du Nord qui renferme un alcaloïde, la lobéline, incristallisable, sirupeux. On a depuis longtemps préconisé l'emploi des préparations de *lobelia* dans l'asthme et la plupart des dyspnées. M. Fourrier a étudié son action dans plusieurs cas d'asthme nerveux ; à la dose de 1 à 2 grammes de teinture, il a obtenu des résultats douteux et certainement moins favorables qu'avec le *datura*. Chez des malades atteints de dyspnée cardiaque, par suite de dilatation du cœur droit ou de lésions mitrales, chez des phthisiques à la troisième période, il a obtenu un soulagement assez marqué ; il en a été de même dans deux cas de congestion pulmonaire. C'est donc un médicament auquel on pourra recourir ; mais, à doses un peu élevées, il a une action nauséeuse et vomitive ; on ne devra donc pas lui associer le *polygala*. M. C. Paul a l'habitude de prescrire, dans l'asthme catarrhal, une potion renfermant 1gr,50 de teinture de *lobelia inflata*, et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Il propose, en terminant, l'impression du mémoire de M. Fourrier dans les *Bulletins* de la Société. Cette proposition est adoptée.

M. C. Paul rappelle, en outre, que les Américains emploient, pour les alcoolatures de lobélie, une proportion d'alcool plus grande qu'en France, prétendant que nos pharmaciens n'arrivent pas à dissoudre tout l'alcaloïde contenu dans la plante. Ne devrait-on pas augmenter la proportion d'alcool et concentrer ensuite la liqueur pour la rendre plus active?

M. *Limousin* fait observer que si une plus grande quantité d'alcool est *nécessaire* pour dissoudre l'alcaloïde, lorsqu'on concentrera la liqueur par évaporation, une partie du principe dissous se déposera de nouveau. On ne peut dépasser un titre de solution correspondant à la solubilité du corps à dissoudre. Peut-être n'épuise-t-on pas en France complètement le marc, et pourrait-on dès lors employer une plus grande quantité d'alcool : on aurait une quantité plus grande de la solution de lobéline, mais on ne pourrait dépasser le titre imposé par la saturation.

M. *Mayet* pense que si la teinture ne paraît pas assez active, il est bien plus simple, au lieu de chercher à compliquer la pharmacopée, de prescrire une dose plus élevée.

M. *Delpech* rappelle que les quantités d'alcool à employer pour préparer une teinture (5 pour 1) ou une alcoolature (parties égales) ont été fixées, après expérience, de façon à obtenir le plus grand rendement possible de l'alcaloïde contenu dans la plante.

M. *Tanret*. Si la quantité d'eau contenue dans la lobélie fraîche abaisse, par exemple, à 60 degrés le titre de l'alcool employé par parties égales, et si la lobéline se dissout mieux dans l'alcool à 80 degrés, il pourrait y avoir avantage à employer une plus grande quantité d'alcool absolu, son degré devant être par suite moins abaissé par l'eau de la plante.

— M. *Guyet*, appelé dernièrement auprès d'un malade qui venait d'être frappé d'apoplexie, et l'ayant trouvé dans le coma, avec stertor très marqué, contracture des deux membres inférieurs et flaccidité des deux membres supérieurs, pratiqua une saignée. Il s'était à peine écoulé un verre à Bordeaux de sang noir que le malade eut une syncope et mourut. Quelle conduite faut-il tenir en présence de cas semblables, faut-il pratiquer la saignée, faut-il la repousser absolument? Les auteurs sont loin d'être d'accord.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Qu'est-ce que l'apoplexie? — On a affaire ordinairement soit à une congestion cérébrale, soit à une hémorrhagie, soit à une anémie. Dans les deux derniers cas, presque impossibles d'ailleurs à distinguer en clinique et résultant tous deux de lésions vasculaires, il ne faut jamais saigner. La saignée, pour suspendre une hémorrhagie, devrait, logiquement, être poussée jusqu'à la syncope, sans quoi elle est inutile. Dans l'anémie, elle est irrationnelle et n'aura d'ailleurs aucune influence sur les lésions vasculaires et les obstructions artérielles qui sont la cause efficiente du trouble circulatoire. Tout au plus, dans les deux cas, devrait-on saigner lors du développement de l'encéphalite consécutive. Dans le cas, plus rare, de congestion cérébrale, l'utilité de la saignée serait peut-être discutable.

M. *C. Paul* croit que la saignée peut être utile dans l'apoplexie, mais elle s'adresse alors, non pas à la lésion cérébrale, mais à *l'état apoplectique*, à l'asphyxie et à la stase veineuse. Il a parfois soulagé ainsi très évidemment des malades en état apoplectique à la suite de convulsions épileptiformes.

M. *Blondeau* proteste contre la saignée pratiquée pour l'apoplexie consécutive aux convulsions épileptiformes ; l'asphyxie résulte alors de *l'étonnement cérébral*, il faut employer les excitants diffusibles. Ce serait une faute de tirer du sang à un individu dans un cas semblable : on augmenterait la puissance de la cause des convulsions. Il a pratiqué autrefois une saignée, sur l'ordonnance d'un vieux médecin, chez un malade atteint d'embarras de la parole avec trouble de la motilité du côté droit, mais ayant conservé toute sa connaissance ; lorsqu'il se fut écoulé environ 100 grammes de sang, il se produisit une syncope et le malade mourut huit jours après.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume la discussion en disant que, dans le cas de congestion cérébrale, de *coup de sang* des anciens auteurs, l'utilité de la saignée est discutable. Dans les autres cas, hémorrhagie et anémie cérébrale, il faut s'abstenir, la saignée étant dangereuse et inutile. Or, toutes les fois que l'on constate une hémiplégie tant soit peu persistante, ne fût-ce que vingt-quatre heures, on peut diagnostiquer, à peu près à coup sûr, qu'il ne s'agit pas d'une congestion cérébrale, mais d'une hémorrhagie ou d'une anémie.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

La transfusion de sel de cuisine dans l'anémie aiguë,
par M. Schwarz.

Les transfusions faites jusqu'ici dans l'anémie aiguë n'ont conduit à aucun résultat, parce qu'elles étaient basées sur une fausse idée du mécanisme de la mort par hémorrhagie et de l'action de la transfusion.

La mort est due principalement à la cessation de la circulation, et cet arrêt tient à une simple disproportion mécanique entre la largeur des vaisseaux et leur contenu, et non pas à une diminution du chiffre des hématies.

Une thérapeutique rationnelle doit donc avoir pour but principal de faire disparaître d'abord cette disproportion.

Si les moyens ordinaires échouent, on recourra à une méthode absolument innocente, extrêmement sûre et active, véritablement héroïque, c'est l'injection directe de solutions faiblement alcalines (6 pour 100) de sel de cuisine dans le système circulatoire.

L'action de cette transfusion sur l'activité cardiaque, la pression sanguine, la respiration, et toutes les autres fonctions de la vie, s'est montrée surprenante de rapidité chez des lapins et des chiens qui avaient perdu moitié à deux tiers de la masse de sang.

La quantité minima à injecter éventuellement chez l'homme serait de 500 centimètres cubes.

Cette transfusion serait encore indiquée dans les cas de

collapsus grave où l'on doit admettre la parésie d'un grand district circulatoire, par exemple, dans les opérations sur l'abdomen.

Depuis que les conclusions ci-dessus ont été publiées dans la thèse inaugurale de l'auteur, cinq cas de transfusion au sel de cuisine ont été publiés par Bischoff, Küstner, Kocher et Kümmel. Voici une observation personnelle.

Femme opérée d'un cancer utérin. Hémorrhagie violente. Perte de connaissance, visage froid, peau sèche, pupilles insensibles, pouls misérable, bruits du cœur faible, 132 à la minute. Insuccès de l'éther, du camphre, etc., etc. Injection dans la veine médiane de 1000 centimètres cubes de solution de chlorure de sodium en vingt minutes au moyen d'un transfuseur d'ancien modèle. Résultat prompt et éclatant. La malade remue le bras, parle et reprend immédiatement connaissance. (*Berl. klin. Woch.*, n. 40, 1882.)

Des lésions anatomiques du cerveau et de la moelle dans la rage, par M. N. Kolessnikow.

Mémoire important, dont les conclusions que voici sont basées sur plus de vingt autopsies d'animaux avec examen histologique minutieux.

Les lésions du système nerveux central chez le chien enragé se localisent d'ordinaire dans les parois vasculaires. On observe, non seulement une dilatation des vaisseaux avec accumulation de globules rouges, mais encore une modification progressive des parois, qui consiste en une prolifération des éléments cellulaires avec infiltration de leucocytes. On retrouve la même infiltration le long des vaisseaux et des cellules nerveuses, non seulement dans le cerveau mais dans la moelle : cette altération se retrouve d'ailleurs dans tous les processus inflammatoires aigus des centres nerveux.

Ces lésions varient d'intensité suivant les cas, ce qui peut tenir, soit à une puissance variable du poison lui-même, soit à des différences de durée et d'évolution de la maladie.

Dans tous les cas de rage confirmée, on rencontre dans le système nerveux, dans les interstices des parois et autour des parois, une grande quantité de masses amyloïdes ou hyaloïdes, quelquefois pigmentées, provenant d'une exsudation colloïde. Ces masses proviennent en partie des hématies et des humeurs extravasées du sang, en partie des éléments lymphoïdes qui infiltrent les parois. En même temps qu'elles changent de forme, elles changent aussi de nature, la plupart devenant amyloïdes, d'autres colloïdes ou pigmentées.

En dehors de ces productions on rencontrait encore rarement dans les parois vasculaires des éléments protoplasmatiques (les cellules de l'adventice vasculaire) qui contenaient dans leur protoplasma des hématies et du pigment finement granuleux. (*Archives de Virchow*, t. LXXXV, p. 445.)

De l'excision des chancres comme traitement abortif de la syphilis, par M. le docteur Morrow.

Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine de New-York, dans la séance du 18 novembre 1882. Il a pour but de démontrer que, d'après les analogies et l'observation clinique, que le chancre n'étant pas une maladie locale, le principe même de cette méthode de traitement n'est pas fondé, au point de vue de l'avortement de l'infection syphilitique. Les succès obtenus dans de telles circonstances doivent donc être attribués à des erreurs de diagnostic. Dans les cas mêmes où les accidents secondaires ne se sont pas produits après cette excision, il ne faut pas mettre le succès à l'actif du traitement abortif; mais on ne doit pas oublier que l'infection peut parfois se produire sans être accompagnée de symptômes de syphilis constitutionnelle.

De plus, l'excision ne modifiant pas l'intensité des manifestations ultérieures de la syphilis, il n'y a pas lieu de la pratiquer. D'ailleurs cette opération n'est pas exempte d'inconvénients par les cicatrices qu'elle entraîne et puisque la guérison peut être obtenue par des moyens plus simples et moins douloureux, on doit les préférer. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, décembre 1882, p. 65.)

De l'emploi de l'eau chloroformée dans les irritations stomacales, par M. le docteur Bianchi.

On sait que le lavage stomacal avec les liquides alcoolisés n'est pas sans avantages dans les affections chroniques de cet organe telles que le cancer, le catarrhe et la dilatation. Le docteur Bianchi emploie, dans le but de prévenir les fermentations, l'eau chloroformée dont on connaît les propriétés antiputrides. Dans trois cas, de cancer stomacal, de gastrite chronique et de gastrite catarrhale avec dilatation, il introduisait quotidiennement dans l'estomac un litre d'eau chloroformée, qu'on y laissait séjourner pendant un temps variant entre une seconde et quelques minutes. Bien loin d'irriter la muqueuse gastrique, l'eau chloroformée augmente la sécrétion du suc gastrique et même quand elle est absorbée par la muqueuse elle n'est pas toxique à cette faible dose. (*Lo Sperimentale*, novembre 1882.)

Travaux à consulter.

Rupture de la vessie, suture par M. G. Julliard. — Observée pendant une opération d'ovariotomie. On pratiqua la suture de Lembert et la femme guérit. L'auteur considère la suture comme le meilleur traitement des plaies de la vessie. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVIII.)

Gliome a la partie inférieure de la queue de cheval : compression isolée des nerfs de la vessie, par M. Lachmann. — Cas rare : le seul analogue publié jusqu'ici se trouve dans Cruveilhier. (*Archiv für Psychiatrie*, t. XIII, p. 50.)

Contribution a l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par M. Zacher. — Deux observations intéressantes : 1° un cas de paralysie générale progressive, avec le syndrome du tabes spasmodique — sans lésions des cordons latéraux; 2° un cas de forme mixte entre la paralysie générale et la sclérose à foyers multiples. (*Archiv für Psych.*, t. XIII, p. 155.)

Des opérations pratiquées sur la vessie, par M. Sonnenburg. — Dans les cas d'ectopie vésicale très marquée, où la paroi de la vessie constitue une grosse tumeur saillante, impossible à réduire et à maintenir réduite, l'auteur recommande le procédé suivant : extirpation de la vessie en totalité et suture des uretères dans la gouttière pénienne, recouverte au moyen d'un lambeau. On place ainsi le malade dans des conditions supportables, puisqu'on le débarasse des douleurs dues aux ulcérations de la muqueuse; on crée la possibilité de porter un récipient simple et commode : l'opération est aisée et la durée de la guérison est très courte. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVIII.)

Recherches sur le cancer endothélial, par F. Neelsen. — Observation remarquable de cancer de la plèvre. « Le processus évolue comme une inflammation, et se répand comme une infiltration inflammatoire des tissus. Il fournit un produit qui par sa forme et la disposition de ses éléments, rappelle absolument le cancer. » (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXXI.)

Du traitement de la lèpre, par M. Langerhans. — Créosote en pilules : 1gr,25 en 50 pilules, soit 0gr,025 par pilules : 3gr,5 par jour. — Trois observations seulement. Nous craignons que l'amélioration observée ne soit une pure coïncidence. (*Archives de Virchow*, t. LXXXV.)

Complications rares du rhumatisme articulaire, par M. Schreiber. — Après avoir résumé quelques observations récentes de H. Jones, l'auteur relate les cas suivants : 1° Rhumatisme articulaire aigu. Endocardite, embolie rénale, rétinite apo-

plectique; 2° Rhumatisme compliqué d'état typhoïde. Les lésions articulaires furent trouvées à l'autopsie (Ce cas est suspect de tuberculose); 3° Rhumatisme articulaire aigu, terminé par des arthrites fongueuses; 4° Rhumatisme articulaire aigu, terminé par des arthrites purulentes.

L'auteur admet un passage du rhumatisme aigu au rhumatisme chronique et prétend que des arthrites graves peuvent en être la conséquence, plus fréquemment qu'on ne croit. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXI.)

Contribution a l'étude des tumeurs, par M. Weichselbaum. — L'auteur relate un certain nombre de tumeurs rares :

1° Un névrome ganglionnaire des capsules surrénales;

2° Un adéno-sarcome papillaire du poumon;

3° Un sarcome primitif de la rate;

4° Un lymphome du même organe. (*Archives de Virchow*, t. LXXXV.)

De la valeur de l'expérimentation pathologique, par M. R. Virchow. — Texte du discours si fort remarqué, lu dans la deuxième séance générale du congrès médical international à Londres le 3 août 1881. (*Archives de Virchow*, t. LXXXV.)

Des affections tuberculeuses du testicule, par M. L. Waldstein. — 17 observations. L'auteur est partisan de l'unicité des lésions dites caséeuses du testicule : « Ces lésions pouvant toujours être ramenées par une observation attentive à un type unique de processus inflammatoire, caractérisé au début, par des manifestations circonscrites plus ou moins étendues. » (*Archives de Virchow*, t. LXXXV.)

Méningite de la convexité d'origine tuberculeuse, par M. E. Cerf. — Lésion circonscrite du côté gauche, paralysie des extrémités supérieure et inférieure droite, — phthisie milaire aiguë. — Observation rare. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXI.)

Erythème exsudatif multiforme, par M. O. Heubner. — D'après la description, cette affection paraît identique aux pseudo-exanthèmes de Bazin. L'auteur pense qu'elle peut se présenter sous trois formes :

1° Maladie cutanée, locale, fébrile, aiguë ou chronique;

2° Maladie générale aiguë, en rapport avec diverses affections internes;

3° Complication de maladies infectieuses aiguës (rougeole p. ex). (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXI.)

Affections de l'oreille dans la diphthérie, par M. Burkner. — Deux observations personnelles. Les caractères de ces otites sont : la présence de membranes diphthéritiques et la tuméfaction considérable de la membrane tympanique dans toute son étendue et non pas seulement en des points limités. C'est ce qui constitue leur grand danger : le pus auquel le tympan tuméfié et les fausses membranes opposent une résistance énergique, est forcé de chercher issue vers l'oreille interne. La myotomie devient une opération d'urgence. — Excellent travail. (*Berlin klin. Woch.*, 1882, n° 43.)

Du traitement du pédicule dans l'amputation utérine, par M. Sulzenbacher. — Amputation de l'utérus pour un cas de fibromyome volumineux. Le pédicule fut replacé dans l'abdomen, mais *fut éliminé au bout de six semaines entièrement gangrené par le vagin*. Cet accident démontre, d'après l'auteur, qu'il vaut mieux avec Péan et Hégar, maintenir le pédicule en dehors du péritoine. — Pour ce qui concerne Péan, nous devons dire que ce chirurgien préconise dans un volume récent, le replacement dans l'abdomen. (*Wiener Med. Presse*, t. I, 1882, n° 42.)

De la filaire du sang humain, par le professeur Hirsch. — Exposé méthodique et très complet des publications récentes sur ce sujet. « Nos connaissances sont encore trop insuffisantes pour nous permettre des conclusions. » (*Berlin klin. Woch.*, n° 41, 1882.)

Contribution a la chirurgie du foie, par M. Ransohoff. — Chez un vieillard de soixante-seize ans, atteint de lithiase biliaire, obstruction du canal cholédoque, ictère intense, dépression générale, l'auteur eut l'idée d'ouvrir la vésicule biliaire préalablement fixée aux parois abdominales et d'extraire directement les calculs. C'était, dit-il, le seul moyen de conserver la vie. Le malade succomba 24 heures après cette opération unique dans la science. C'est la première fois que l'on ouvre la vésicule biliaire dans le but bien déterminé d'extraire un calcul. (*Berlin. klin. Woch.*, 1882, n° 40.)

Du pansement a la naphthaline, par M. E. Fischer. — La naphthaline est un hydrogène carboné ($C^{10} H^8$) provenant de la houille, blanc, cristallin, insoluble dans l'eau. Cette substance est employée à la clinique chirurgicale de Strasbourg, de préférence dans le pansement des plaies de mauvaise nature, tantôt directement en poudre, tantôt en crayons, en pommade ou en solution éthérée, absolument comme l'iodoforme. L'emploi n'est contre-indiqué dans aucun cas.

La naphthaline revient environ à 1 fr. le kilogramme; elle est facile à manier et ne présente aucun danger. Ce serait, d'après Fischer, un antiseptique bien supérieur à ceux que nous connaissons.

Non seulement on peut l'employer dans les pansements, mais encore pour la désinfection des salles, les inhalations dans les maladies de poitrine et surtout dans les affections cutanées, comme faisaient autrefois des médecins français. (*Cent. für Chir.*, Supplément au n° 29, p. 3.)

De l'activité résorbante de la muqueuse stomacale, par M. Penzoldt. — La résorption des liquides dans l'estomac se fait plus ou moins rapidement suivant les états anatomiques de la muqueuse : Penzoldt a eu l'idée d'utiliser cette donnée pour le diagnostic des maladies de l'estomac. Voici le procédé : On fait avaler au malade une capsule gélatineuse contenant 0gr,2 d'IK, puis on le fait cracher toutes les minutes sur du papier d'amidon et l'on ajoute de l'acide azotique fumant. Si la muqueuse stomacale est intacte, la coloration rougeâtre indiquant la présence de l'Iode sera manifeste au bout de 8 à 10 minutes. En cas de dilatation ou d'ulcère stomacal, la résorption se fait beaucoup plus lentement. (*Berlin. klin. Woch.*, 1882, n° 2.)

BIBLIOGRAPHIE

Du délire des négations, par M. le docteur Cotard. Brochure in-8°. Paris, 1882. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Il existe dans les services d'aliénés un certain nombre de malades qui opposent une négation formelle et systématique à toutes les questions qu'on leur pose. « Leur demande-t-on leur nom? ils n'ont pas de nom; leur âge? ils n'ont pas d'âge; où ils sont nés? ils ne sont pas nés; qui étaient leur père et leur mère? ils n'ont ni père, ni mère, ni femme, ni enfants; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps? ils n'ont pas de tête, pas d'estomac, quelques-uns même n'ont point de corps; leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent: ce n'est point une fleur, ce n'est point une rose. Chez quelques-uns la négation est universelle, rien n'existe plus, eux-mêmes ne sont plus rien. »

Cette forme de délire sur laquelle on trouve quelques indications dans les écrits des manigraphes, vient d'être de la part de M. Cotard l'objet d'une étude intéressante. En appelant l'attention sur le *délire des négations*, l'auteur n'a pas voulu créer un type morbide nouveau et encombrer d'une entité nouvelle les multiples classifications des maladies mentales. Nous sommes heureusement loin de l'époque où chaque acte morbide, chaque idée délirante constituait une monomanie distincte; et c'est à l'étude attentive des phases successives des affections mentales que nous devons et des idées plus justes sur la notion de maladie en psychiatrie et la constitution de formes naturelles de folie. Partant de ces principes, M. Cotard s'est appliqué surtout dans son travail à faire ressortir la signification pathologique du délire des négations et à bien démontrer qu'il n'est qu'une phase — et la phase ultime — d'une forme de mélancolie assez fréquente.

Si l'on met à part les négations constituant le fond du délire hypochondriaque qui s'observe parfois dans la paralysie générale, ainsi que l'a établi M. Baillarger, on observe encore des dispositions négatives chez les persécutés; mais elles ne présentent rien de systématique. Le délire des négations se manifeste avec ce dernier caractère dans la phase chronique de la mélancolie anxieuse; il est à cette affection mentale ce que le délire des grandeurs est au délire des persécutions.

Les mélancoliques anxieux sont des types de malades bien connus; on les voit constamment se plaindre, gémir, manifester des craintes, des terreurs imaginaires, des idées de culpabilité, de perdition et de damnation; ils s'accusent eux-mêmes, sont incapables, indignes, ils font la honte et le malheur de leurs familles, etc. Ces malades *s'accusent eux-mêmes*, avons-nous dit; bien différents en cela des persécutés, ainsi que le fait remarquer M. J. Falret, qui accusent les autres des souffrances qu'ils endurent.

Par quelle évolution délirante ces mélancoliques anxieux arrivent-ils au délire des négations? On peut dire, en règle générale, que le mélancolique souffrant, dès le début de sa maladie, d'une sorte d'affaissement de toutes ses facultés intellectuelles et morales, finit presque toujours par avoir honte et même horreur de sa propre personne; il regrette son intelligence évanouie, ses sentiments éteints, son énergie disparue. Bientôt, il prétend qu'il n'a plus de cœur, plus d'affection pour ses parents et ses amis, etc. « Dans ces cas légers, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse; tout lui paraît transformé. A mesure que l'état maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et, dans le cas de stupeur, finit par masquer entièrement le monde réel. » Si le délire mélancolique s'accentue, le dégoût de soi-même arrive aisément au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs; la réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée.

Il nous est impossible de suivre M. Cotard dans toutes les considérations que lui suscite son sujet, encore moins d'analyser les observations qu'il apporte en faveur de la thèse qu'il soutient. Nous ne pouvons que renvoyer à son excellent mémoire dont nous avons essayé d'indiquer l'idée maîtresse et que tous les médecins qui s'intéressent aux questions de médecine mentale ne pourront lire qu'avec grand profit.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

JULES CLOQUET.

Mercredi, 28 février, ont eu lieu les obsèques de Jules Cloquet, professeur honoraire de la Faculté, ancien président de l'Académie de médecine et membre de l'Institut. Né en 1790, il fut le maître de nos plus vieux maîtres; c'était comme un ancêtre oublié par le temps, et plusieurs ont appris par la nouvelle de sa mort la longue survivance de ce doyen de la chirurgie.

Sa carrière fut des plus brillantes. Aucun honneur ne lui a manqué. Mais peut-être pourrait-on dire de lui que, de bonne heure, il eut assez de science réelle et que sa valeur professionnelle fut assez grande pour laisser ensuite à son intelligence aimable, à son esprit délicat, au charme de sa personne le soin de l'élever aux situations les plus hautes. De modeleur en cire, ne devint-il pas, comme nous le montrait M. Gosselin dans son beau discours, professeur de la Faculté, plusieurs fois académicien, commandeur de la Légion d'honneur et baron?

Ses premiers travaux ont une incontestable valeur. Sa thèse remarquable, qui date de 1817, nous donne de l'anatomie pathologique des *hernies de l'abdomen* une description fort exacte et dont la plupart des conclusions sont encore debout. Son mémoire de 1818 *sur la membrane pupillaire et la formation du petit cercle artériel de l'iris* a fixé définitivement un point contesté de la science. Son Traité de l'*Anatomie humaine* en 5 volumes, illustrés de plus de 300 planches, a ouvert la voie à des traités semblables et facilité la tâche des successeurs.

Nous devons citer en outre : *Influence des efforts sur les organes enfermés dans la cavité thoracique*, 1813; *Mémoire sur le muscle crémaster*, 1818; *Mémoire sur la hernie crurale*, 1821; *Anatomie des vers intestinaux*, 1818 (mémoire couronné par l'Institut); *Mémoire sur la cataracte à trois branches*, 1819; *Modifications des ligaments ronds de l'utérus pendant la grossesse*, 1819; *De la squeletoppée*, 1819 (thèse de concours pour la place de chef des travaux anatomiques et où Breschet fut nommé); *Mémoire sur l'existence et la disposition des voies lacrymales chez les serpents*, 1820; *Mémoire sur les calculs urinaires*, 1822; *Pathologie chirurgicale, plan et méthode*, 1831. Ce fut là sa thèse de concours pour le professorat; il fut nommé, l'emportant sur Blandin, Bérard, Gerdy, Velpeau et les deux Sanson.

Parmi ses titres sérieux, nous ne voudrions pas omettre que, le premier, il appuya ses démonstrations orales par des dessins tracés à la craie sur le tableau noir et que, dans son service de clinique, il inaugura le système de l'interrogatoire et de l'examen des malades par l'élève lui-même.

Mais sa tâche professionnelle lui parut rapidement lourde. En matière de cours, il pratiqua beaucoup « l'absentéisme » et les agrégés le suppléèrent pendant de longues années, jusqu'au jour où il fut nommé professeur honoraire. Il paraît avoir mérité le mot que cite M. Corlieu dans son article de la *France médicale* : « Ce fut un homme d'esprit qui s'est hâté de travailler pour avoir le temps de jouir. »

Peut-être faut-il plutôt accuser sa santé qui, pour lui avoir permis d'atteindre quatre-vingt-douze ans, ne fut jamais, cependant, bien robuste. En tous cas, il ressort des discours, remarquables à divers titres, prononcés sur sa tombe par M. le baron Larrey, par les professeurs Gosselin et Guyon, par MM. Labbé, H. Roger, etc., que Jules Cloquet fut non seulement un savant de mérite, mais un homme de cœur à caractère aimable et charmant.

LA MÉTHODE DE BRAND DANS L'ARMÉE ALLEMANDE.

La direction du service de santé militaire allemand avait cru devoir adresser à tous les médecins de corps d'armée une circulaire, afin d'obtenir, sous forme de rapports, des avis précis permettant de juger en pleine connaissance de cause les effets de la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde. Tous les rapports étant arrivés, la direction du service de santé a rassemblé les résultats de cette enquête, qui ont été consignés dans une circulaire en date du 9 février 1883. Nous en extrayons les passages suivants :

Berlin, le 25 janvier 1883.

Les récents rapports des médecins de corps d'armée fournissent une nouvelle fois la preuve que les efforts tentés en vue de restreindre la mortalité par fièvre typhoïde, en perfectionnant les méthodes de traitement, vont en progressant. C'est à ces efforts qu'on est redevable de ce fait, établi par les statistiques, que depuis l'année 1865, la mortalité moyenne par fièvre typhoïde de l'ensemble de l'armée a subi une décroissance progressive, de 25 pour 100 à environ 8 pour 100 des malades traités; que, par conséquent, sur un total annuel de 2000 à 3000 cas de fièvre typhoïde, le chiffre des décès a cessé de se maintenir entre 500 et 700, pour osciller entre 160 et 240.

La plupart des rapporteurs sont d'accord sur ce point, que les différences dans la mortalité par fièvre typhoïde, relevées

dans les différents corps d'armée et dans les différents hôpitaux, tirent principalement leur cause de la variabilité des méthodes de traitement.

La supposition mise en avant de différents côtés, à savoir, que le défaut d'entente dans la diagnose est tout à fait ou en partie responsable des différences susdites, qui tiendraient à ce que tantôt on compte les cas de typhus abortif ou de fièvre gastrique avec les cas de fièvre typhoïde, et que tantôt on ne les compte pas, cette supposition est contredite par les preuves tirées des statistiques; celles-ci démontrent que les différences de mortalité restent les mêmes quand on additionne, d'une part, les cas de maladies rangés sous les rubriques de fièvre gastrique et de fièvre typhoïde, et, de l'autre, les chiffres de mortalité correspondant à ces deux groupes...

La diminution générale et progressive de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'ensemble de l'armée, est due à l'extension de plus en plus grande qu'a prise le traitement de cette maladie par les bains froids. Cette proposition est affirmée sans restriction par la presque unanimité des médecins de corps d'armée, qui la considèrent comme démontrée en se basant sur des études statistiques.

La grande majorité des médecins de corps d'armée est d'accord également pour déclarer que, d'après l'expérience acquise jusqu'à ce jour, le traitement méthodique par les bains froids, dit de Brand, est le plus efficace et celui qui convient le mieux aux hôpitaux militaires.

Il y a lieu de mentionner particulièrement, à ce propos, que quelques-uns des rapporteurs ont vu dans cette méthode un danger, celui de détourner les médecins d'individualiser convenablement le traitement, par goût pour les propositions schématiques; c'est pourquoi on a proposé d'atténuer, de modifier le traitement par l'eau froide, de combiner par exemple les bains froids avec l'administration de fortes doses de quinine.

Aucune voix ne s'est élevée en faveur de la méthode antipyrétique purement médicamenteuse. Plusieurs rapporteurs la déclarent nuisible.

Ministère de la guerre, direction du service de santé militaire,

(Signé) Von Lauer. Strube.

Le médecin général du corps d'armée de la garde,
(Signé) Dr Wegner.

Erratum. — Dans sa lettre à M. Reclus (*Gaz. hebd.*, n° 8, p. 126), M. le professeur Verneuil a cité un passage d'une thèse attribuée, par erreur typographique, à M. le docteur *Bonceur*, lisez : *Boncour*.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans son comité secret de lundi dernier, a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. Dastre, et une mention honorable à M. Gaétan Delaunay.

Le prix Bréant ne pouvant être décerné, les intérêts annuels, soit une somme de 5000 francs, sont décernés, sous forme de prix, à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, pour leurs recherches sur les maladies épidémiques.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Le conseil a décidé le renvoi à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, baron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz, de tous les documents recueillis pendant l'enquête sur l'épidémie typhoïde.

Congrès des Sociétés savantes. — Par arrêté ministériel, en date du 9 février 1883, le congrès des Sociétés savantes commencera, à la Sorbonne, le mardi 27 mars, à une heure. — Les journées des mardi 27, mercredi 28 et jeudi 29 mars seront consacrées aux travaux du congrès. — La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 31 mars, à deux heures précises.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — Le bureau est ainsi composé pour l'année 1883 : *président*, M. Le Coin; *vice-présidents*, MM. Paul Richard et Barhette; *secrétaire général*, M. Passant; *secrétaires annuels*, MM. Depasse et Chevallereau; *trésorier*, M. Le Noir; *archiviste*, M. Toledano.

Société de médecine pratique de Paris. Prix biennal. — La Société décernera, dans sa première séance de janvier 1885, un prix de 300 francs et une médaille commémorative à l'auteur du meilleur mémoire inédit traitant un sujet de médecine pratique qui lui aura été présenté avant le 1er octobre 1884.

Les travaux accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur devront être adressés *avant le 1er octobre* 1884, à M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, 4, rue Halévy.

Eaux minérales. — Le Parlement français vient d'adopter une loi, dont voici la teneur :

« Art. 1er. — L'emploi de médecin-inspecteur des établissements d'eaux minérales naturelles ne donne droit à aucune rétribution, soit de la part de l'Etat, soit de la part des propriétaires de ces établissements.

» Art. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi, et notamment l'article 18, titre III de la loi du 14 juillet 1856, et les articles 22 à 33 inclusivement du décret du 28 janvier 1860, rendu pour l'exécution de ladite loi.

» La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

« Fait à Paris, le 11 février 1883. »

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté préfectoral en date du 15 février 1883, M. Béraud (R.-O.-P.), interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est attaché en la même qualité à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. Millet, appelé à un autre emploi.

M. Ladoucette (E.-E.), désigné à la suite du concours du 4 décembre 1882 pour exercer, pendant l'année 1882, les fonctions d'interne provisoire en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, remplace à l'asile public d'aliénés de Vaucluse M. Béraud, qui passe à Sainte-Anne.

Mortalité a Paris (8e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 février 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1198, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 11. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 59.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 85. — Bronchite aiguë, 52. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 34; au sein et mixte, 29; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 116; de l'appareil circulatoire, 78; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 12.

Conclusions de la 8e semaine. — Il a été notifié pendant la 8e semaine, au service de la statistique municipale, 1211 naissances et 1198 décès. Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne du nombre des décès des quatre dernières semaines, qui est de 1153. La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir une diminution notable à l'égard de toutes les affections épidémiques ou contagieuses (fièvre typhoïde, 34 décès au lieu de 39; variole, 11 au lieu de 14; diphthérie, 38 au lieu de 55), sauf toutefois la rougeole, qui a occasionné cette semaine 23 décès au lieu de 14 relevés pendant la 7e semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion pour les trois maladies épidémiques dont l'Assistance publique communique le relevé, la situation est à peu près stationnaire. Pendant la période du 12 au 18 février, les admissions dans les établissements hospitaliers ont été au nombre de : 67 pour la fièvre typhoïde, 30 pour la variole, 34 pour la diphthérie. Elles avaient été respectivement, pendant la période précédente, de : 69, 26, 31.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La farine de moutarde. — Ses propriétés diététiques et hygiéniques.

Les propriétés hygiéniques et thérapeutiques de la farine de moutarde ont été parfaitement appréciées des anciens. Dioscoride employait le *sinapis nigra* dans l'anorexie et la chlorose, Galien le croyait propre à purger les humeurs, et Hippocrate parle longuement de cette substance (*De victus ratione*, lib. II).

Deux variétés de moutarde sont cultivées et employées : la moutarde blanche (*sinapis alba*), dont la graine est préconisée comme laxative; la moutarde noire (*sinapis nigra*) est de beaucoup la plus importante. C'est celle dont l'emploi est si considérable comme révulsif, et qui joue le principal rôle dans les préparations alimentaires.

Tous les médecins et les hygiénistes ont considéré, depuis Hippocrate, la farine de moutarde comme un assaisonnement nécessaire à nos mets. En effet, non seulement elle fait digérer nos aliments, mais elle en relève la fadeur et y communique une certaine saveur piquante qui excite l'appétit.

La principale propriété des bonnes farines de moutarde est d'exciter à la surface du tube digestif la sécrétion des sucs destinés à la digestion des aliments. M. Delioux (de Savignac), qui a écrit sur ce sujet un excellent article dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, s'exprime ainsi : « On doit considérer ce condiment comme indispensable pour accompagner les substances dont la digestion est lente et difficile, et qui se montrent plus ou moins réfractaires à l'action des forces digestives; tels sont les salaisons, les viandes fumées, les crustacés, les anguilles, etc. En pareille circonstance, et sous l'influence de ce stimulant, une hypersécrétion de suc gastrique, un surcroît d'activité stomacale triomphent des qualités indigestes de l'aliment ingéré. »

Mais la bonne farine, la moutarde employée comme condiment n'agit pas seulement en augmentant la sécrétion du suc gastrique; elle tonifie aussi les plaies musculaires de l'estomac et de l'intestin, empêche la formation des gaz dans l'appareil gastro-intestinal, et devient ainsi le meilleur préventif de la dyspepsie.

C'est donc un bon conseil à donner aux dyspeptiques, aux flatulents et aux personnes souffrant de la constipation, que de les engager à prendre largement de la farine de moutarde à leurs repas.

Mais, pour obtenir ces résultats, il faut employer un mélange judicieux des farines du *sinapis alba* et du *sinapis nigra*, préparé dans les proportions indiquées par M. Colman (de Londres). Il faut, en outre, que ce condiment soit préparé chaque jour au moment des besoins et non longtemps à l'avance. Il suffit pour cela de délayer un peu de farine de moutarde dans un peu d'eau froide.

Les moutardes préparées en Allemagne et en France ont perdu la plupart de leurs propriétés digestives par l'adjonction intempestive de vinaigre ou de tout autre liquide, qui en détruit très rapidement les principes actifs. On obtient ainsi une pâte inerte qui ne contient plus de myronate de potasse, auquel ce condiment doit ses propriétés digestives. Tous les médecins savent que la farine de moutarde perd rapidement ses qualités rubéfiantes lorsqu'elle est additionnée d'eau chaude ou de vinaigre.

Il faut donc conseiller, non pas une pâte délayée à l'avance, mais un mélange judicieux des farines du *sinapis alba* et du *sinapis nigra*. Ce condiment, délayé dans un peu d'eau froide au moment même du repas, possède une saveur extrêmement agréable, et agit favorablement sur le tube gastro-intestinal. Les beaux travaux de M. Colman, à qui nous devons un produit irréprochable, aujourd'hui connu dans le monde entier (*Colman's Mustard*), ainsi que ceux de tous les chimistes français et étrangers, viennent à l'appui de cette assertion.

THÉRAPEUTIQUE

Des effets thérapeutiques de la créosote de hêtre associée au baume de Tolu et au goudron de Norwège.

La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action certaine qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi.

Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum tentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre;
7,5 — de goudron purifié de Norwège;
7,5 — de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées *Gouttes livoniennes*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les Gouttes livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasniér.

Des purgatifs salins.

La question des purgatifs salins à laquelle se rattache celle des eaux minérales purgatives est, malgré son apparence de simplicité, une des plus complexes de la physique biologique. L'ancienne médecine qui, somme toute, avait du bon et n'était que l'expression des faits observés, avait classé les purgatifs salins parmi les cathartiques, c'est-à-dire parmi les purgatifs vrais, ceux qui, au point de vue de l'énergie, tiennent le milieu entre les simples laxatifs et les purgatifs violents ou drastiques. C'est bien en effet leur place, et l'on conçoit que leurs indications et leur emploi soient des plus fréquents.

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié de plus près l'action des purgatifs salins, elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin (1). L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin, est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grande quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait, en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux, qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales naturelles purgatives, dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Prenons d'abord la question au point de vue physiologique, et voyons par quel mécanisme agissent les purgatifs salins. La théorie *dialytique*, défendue avec talent à la Société de biologie par le docteur Rabuteau, est très simple, peut-être même un peu trop simple, pour ne pas prêter à quelques objections qui ne lui enlèvent cependant pas la plus grande partie de sa valeur. « Le purgatif est-il introduit dans l'intestin à forte dose? Il détermine une hypersécrétion intestinale en produisant un courant exosmotique dirigé du sang vers la surface libre de l'intestin. Si au contraire la dose ingérée est faible, le purgatif est absorbé en totalité, et agit alors comme si on l'avait injecté dans le sang directement, c'est-à-dire qu'il produit au contraire de la constipation et une légère diurèse. » D'où la nécessité d'employer des eaux minérales ou des solutions aussi concentrées que possible, pourvu qu'elles soient tolérées par l'estomac.

Un certain nombre de physiologistes n'admettent pas cette explication, ou plutôt son application à la théorie des purgatifs et estiment, non sans quelque raison, que les choses ne se passent pas dans le ventre d'un animal vivant avec cette simplicité, et que le système nerveux, celui des vaso-moteurs en particulier, joue dans ces cas un rôle des plus importants. Ne nous lançons pas dans des explications plus détaillées, et qui nous entraîneraient trop loin, disons de suite que pour tout clinicien, la vérité n'est entièrement ni dans l'une ni dans l'autre explication, mais dans une combinaison de l'action nerveuse et de l'action dialytique.

Au point de vue clinique, nous savons en effet fort bien que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau. Il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité, mais il y a aussi une action nerveuse, spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui fait la supériorité de l'administration des eaux minérales purgatives naturelles proprement dites sur celle des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient du reste, avaient une action préférable à celle des eaux artificielles de même composition chimique; il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes*, et que c'était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre, sur les simples solutions salines de nos laboratoires.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes ou autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birmenstorf et les autres qui nous viennent d'outre-Rhin ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en la coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue ainsi l'énergie de la purgation et l'on n'est pas condamné, comme avec de l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté et réduire même à l'état de laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre la constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

Dr L. Dumont.

(1) L'eau de mer, par suite du chlorure de magnésium qu'elle contient, agit comme vomi-purgatif et ne peut être considérée comme médicament. Le sel marin introduit directement dans l'intestin (lavement) est au contraire un puissant purgatif.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur le rôle du phosphore dans l'économie et sur l'emploi du phosphate de chaux dans la bronchite chronique.

Par M. le docteur V. Bidallet.

La médication par les substances phosphorées, et le phosphate de chaux en particulier, devient d'un usage si fréquent que je me fais un devoir de vous signaler un cas de guérison vraiment remarquable :

En août 1879, je fus consulté par un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une bronchite chronique. J'examinai avec soin ce malade, et j'observai tous les signes du mal pour lequel on l'avait soigné jusqu'alors :

Essoufflement au moindre pas, quintes de toux répétées dans la journée, mais bien plus fortes au réveil, expectoration abondante, perte de l'appétit, vomissements.

De plus, ce malade, très faible, d'une maigreur extrême, était atteint de douleurs dans la tête qui souvent étaient assez fortes pour lui arracher des cris.

La percussion du thorax ne révélait aucun signe particulier, mais à l'auscultation on constatait une respiration rude en avant sous les clavicules et en arrière dans les fosses sus- et sous-épineuses. La moitié inférieure et postérieure de la poitrine était remplie de râles sibilants, à grosses bulles, qui masquait le murmure vésiculaire. Le pouls était petit et fréquent, 98 pulsations, la température au-dessous de la moyenne.

Ces symptômes me parurent plus sérieux que ceux que l'on observe en pareil cas ; en un mot, la bronchite chronique se compliquait d'un état cachectique très avancé.

Je fis faire l'analyse des urines rendues en vingt-quatre heures ; la voici :

Urée........................	11 grammes.
Acide urique................	Appréciable.
Sucre.......................	Traces.
Phosphate de chaux..........	5gr,50.

Le traitement qu'on avait suivi jusque-là était rationnel : vin de quinquina, huile de foie de morue, goudron, sirops calmants. Je crus ne pouvoir mieux faire ; je continuai le même traitement et j'instituai le régime lacté, deux litres environ par jour. Le lait était pris comme aliment, car ce jeune homme mangeait à peine.

En novembre, l'état général ne s'étant pas sensiblement amélioré, je fis faire une nouvelle analyse d'urine qui donna cette fois :

Urée........................	14 grammes.
Acide urique................	45 centigr.
Sucre.......................	Traces.
Phosphate de chaux..........	6gr,40.

Le malade se déphosphatisait.

Le résultat obtenu était insignifiant, la proportion de l'urée avait augmenté, mais le malade perdait toujours son phosphate de chaux ; les douleurs de la tête étaient plus intenses.

Le jeune malade passa un fort mauvais hiver dans une ville du Midi, et en mai de l'année suivante je le vis complètement découragé.

Je fis alors continuer le lait et l'huile de foie de morue, mais à la dose d'une seule cuillerée par jour, et j'instituai le traitement phosphoré avec le *sirop Reinvillier*, au phosphate de chaux gélatineux, à la dose de trois cuillerées par jour, ce qui équivaut à 9 grammes de phosphate de chaux assimilable par jour, une avant chaque repas, et les frictions chaque matin, sur la poitrine et dans le dos, avec l'huile phosphorée titrée. Je conseillai la campagne.

A la fin d'août de la même année, après trois mois de campagne, de lait, de sirop Reinvillier et de frictions d'huile phosphorée, je revis le malade ; la toux avait diminué considérablement ; les douleurs de tête étaient devenues plus rares et le jeune homme pouvait faire à pied de longues promenades.

Je fis continuer le même traitement, et, au mois de janvier 1881, la toux et les douleurs avaient disparu ; l'auscultation me fit constater l'absence de la respiration rude, la disparition des râles auxquels avait succédé une respiration tout à fait normale ; l'expectoration était devenue insignifiante, l'appétit était normal, l'analyse des urines ne décelait plus de sucre, l'urée et l'acide urique étaient en proportion normale, et l'énorme déperdition de phosphate de chaux avait cessé.

Je fis abandonner le lait, l'huile de foie de morue et les frictions phosphorées, et, pour assurer la guérison, je fis continuer le sirop Reinvillier à la dose de deux cuillerées par jour pendant trois mois.

J'ai eu l'occasion de revoir ce jeune homme depuis lors ; aucun nouvel accident ne s'est produit, sa santé ne laisse rien à désirer.

Cette observation, dont j'ai éliminé les détails afin de la résumer, ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion générale sur le rôle du phosphate de chaux comme reconstituant et sur l'importance de la déphosphatisation dans la plupart des maladies chroniques ?

(*Gazette des hôpitaux.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2. Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 8 mars 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA FIÈVRE TYPHOÏDE. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : La fièvre typhoïde.

On pourrait représenter la science sous la forme d'un de ces hermès tricéphales qu'on voit dans les musées ; l'une des têtes regarderait le passé, une autre le présent et la troisième l'avenir. De nos jours, c'est la seconde qui serait la plus occupée ; la science moderne s'inquiète peu des siècles écoulés et fait profession de se défier de ses pronostics ; elle est toute à son labeur, comme la fourmi.

Par exception, et par bonheur, l'Académie de médecine possède un membre, parmi les plus éminents, qui s'est constitué le chevalier de la science future, qui la défend avec un talent remarquable contre les négations et les railleries, qui ne doute pas de la voir clairement et force les autres à l'entrevoir à travers les obscurités actuelles. M. Bouley, car tout le monde le nomme, ne pouvait manquer de relever les sarcasmes lancés, dans les dernières séances, contre la chimiatrie moderne et contre cette chasse aux microbes dans laquelle on ne pourrait jamais tuer la bête qu'en détruisant l'organisme même où elle gîte. Son discours a dû être interrompu par les exigences du comité secret ; c'était dommage, car il était en bon train de montrer qu'il existe, en réalité, une chimiatrie légitime et qu'on ne doit pas désespérer de pouvoir, un jour, opposer aux micro-organismes humains des remèdes analogues à ceux qu'on a trouvés contre certains végétaux cryptogamiques, et qui sont capables de les tuer avec des doses infinitésimales, telles que celles de 1/600 millièmes. On trouvera certainement que M. Bouley a bien de la foi ; qu'il accepte aisément les résultats d'expériences non contrôlées, et qu'il fait manifestement un grand effort sur lui-même quand il prend la précaution timide de ne pas s'en porter garant ; et M. Peter, qui a, dans son discours, fait le compte des crédules, le range probablement, à part soi, parmi ceux « qui croient que c'est arrivé ». Eh bien, tant mieux ! Avec plus de prudence, plus de défiance, plus de *sagesse* enfin, M. Bouley ne serait plus M. Bouley ; ce serait un Bouley sans

FEUILLETON

La mythologie des plantes, ou les légendes du monde végétal, par Angelo de GUBERNATIS, 2 vol. in-8°. Paris, C. Reinwald, 1878-1882.

L'ouvrage que nous faisons connaître aux lecteurs de la *Gazette* n'est pas le premier que son auteur, un philologue transalpin, ait publié sur des sujets de ce genre. M. de Gubernatis, qui, non content de s'être spécialisé dans l'étude aride de la langue sanscrite, a fait de nombreuses incursions dans le domaine de la littérature dramatique, de la poésie, voire même, hélas ! de la politique, n'a pas hésité à s'attaquer, avec l'enthousiasme d'un esprit ardent et apte à des travaux divers, à certains problèmes de l'histoire naturelle. Ces problèmes sont de ceux dont la solution exige les connaissances les plus variées, l'habileté du linguiste jointe à l'expérience du savant. En les poursuivant, le philologue s'aventure sur un terrain neuf pour lui, dangereux parfois à des adeptes, mais plus solide assurément que le milieu semi-historique où se meuvent les héros des légendes indiennes, grecques ou autres. Il s'est fait depuis une trentaine d'années d'heureuses tentatives pour consolider ce milieu quelque peu nébuleux. MM. Max Müller, Michel Bréal et quelques érudits d'Allemagne ont entrepris de constituer la mythologie sur un sol nouveau, à la lumière de la philologie comparée. Ils ont expliqué bien des mythes en les suivant dans des traditions et des idiomes divers, et ont démontré par plus d'un exemple que si dans une langue dérivée le mythe était devenu légende, c'était en laissant se dénaturer le sens que ses éléments portaient dans la langue mère. Toute l'Europe lettrée a applaudi à ces efforts, à ces succès, mais moins peut-être à la théorie qu'a édifiée sur ces prémisses le génie de M. Max Muller. Pour lui, les phénomènes mythologiques sont tous des phénomènes célestes, principalement solaires ou lunaires. Le défaut

force et sans chaleur, et la Compagnie elle-même y perdrait une impulsion qui peut lui paraître nécessaire, si l'on fait la remarque que les produits de la médecine moderne prennent le chemin de l'Institut plus volontiers que celui de l'Académie de médecine.

— Avant M. Bouley, M. le professeur Vulpian avait apporté à la tribune les résultats de ses expériences personnelles sur le traitement de la fièvre typhoïde. Avec M. Vulpian on est toujours sur le terrain du positif, sans rompre pour cela avec le possible ou le probable. L'exposé des résultats qu'il a obtenus, la critique qu'il a faite de certaines vues thérapeutiques sur lesquelles nous aurons sans doute à revenir, les explications physiologiques enfin qu'il a présentées, forment un tout bien lié, clair, correct, judicieux, qui a provoqué les applaudissements de l'Académie.

Contributions pharmaceutiques.

SOLUTION ET PASTILLES DE BORATE DE SOUDE.

Mon frère, M. Ferdinand Vigier, pharmacien à Paris, qui a été mon élève il y a vingt ans, vient de présenter à la Société de thérapeutique une note sur l'action physiologique du borate de soude ou borax.

Il y démontre par des expériences précises (voy. *Gaz. hebd.*, n° 5, p. 80, séance de la Société de biologie) un fait qui n'a été que vaguement indiqué (voy. *Dictionn. encyclopédique*, article Borax, p. 79) à savoir : le passage de ce sel dans la salive. Ce fait curieux explique en partie l'action salutaire du borax, pris intérieurement, dans les affections de la bouche. Nous pouvons nous attendre à le voir rivaliser de vogue avec le chlorate de potasse qui commence à se faire vieux.

Le borate de soude est employé tous les jours en solution ; mais son introduction en thérapeutique sous la forme de tablettes à 0gr,10, ne date que de l'année dernière.

Pour les solutions, le borate de soude doit être prescrit aux mêmes doses que l'acide borique, c'est-à-dire à 4 pour 100, quoique le Codex dise 8,33 pour 100.

En effet, l'eau à 15° reste chargée de 8 pour 100 de borax; mais au bout de quelques jours elle en laisse cristalliser la moitié.

Les pharmaciens, qui trouvent commode d'avoir en réserve des solutions titrées, font bien celles d'alun et de chlorate de potasse à 5 pour 100 ; mais pour celle de borax, ils ne peuvent dépasser 4 pour 100 s'ils ne veulent pas avoir de dépôt dans leur flacon.

Les pharmaciens militaires n'agissent pas autrement.

Le gargarisme au borax le plus fréquent devra donc être ainsi conçu :

R. Décoction de feuilles de ronces.	250	grammes.
Borate de soude............	10	—
Sirop de mûres............	50	—

F. s. a.

Pour les pastilles, il était indispensable de les porter à la dose de 10 centigrammes afin d'avoir un effet médicamenteux certain, et de les rendre similaires à celles de chlorate de potasse ; mais à cette proportion, le borax rend la pâte à pastilles élastique et difficile à étaler sur le porphyre.

M. F. Vigier a publié l'année dernière une formule qui tourne la difficulté et donne des produits satisfaisants.

Voici son mode opératoire :

R. Borate de soude pulvérisé....	100	grammes.
Sucre en poudre............	900	—
Carmin n° 40...............	0,15	
Gomme adragante pulvérisée.	2,50	
Eau distillée...............	60	—
Teinture de benjoin.........	10	—

Préparez le mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes d'eau distillée mêlés à 5 grammes de teinture de benjoin. Carminez le sucre. Mélangez au tamis le borax avec la moitié du sucre. Développez le mucilage, ajoutez peu à peu le sucre non boraté, le reste de l'eau et de la teinture de benjoin. Achevez la masse en incorporant le sucre boraté et divisez rapidement en pastilles de 1 gramme.

Chaque pastille contient exactement 10 centigrammes de borax.

Tout cela est parfait ; mais, il y a un mais, ces pastilles sont roses comme celles de chlorate de potasse, et j'estime que c'est une mauvaise condition pour la vente au détail dans les pharmacies.

La commission du Codex de 1866 n'a pas été bien inspirée quand elle a toléré l'introduction du carmin dans les pastilles de chlorate de potasse. Elle était sans doute influencée par le succès de la spécialité de M. Dethau (pastilles roses au sel de Berthollet). Cette pratique a eu de funestes conséquences, parce que les pastilles de calomel aussi sont colorées en rose, et bien des erreurs ont été commises ; une entre autres a eu

---

de cette théorie, qui n'est peut-être que celui d'une généralisation trop étendue, est devenu bien plus apparent quand elle a été soutenue par des élèves qui n'avaient pas l'autorité du maître. Un de nos plus fins érudits, M. F. Baudry, a justement marqué cette tendance à l'exagération dans l'introduction qu'il a mise en tête du livre écrit précédemment par M. de Gubernatis, *La mythologie des animaux*. On s'est plu à rattacher tous les détails des légendes à un même point de départ astronomique, aux flèches-rayons d'Indra-Soleil, poursuivant de ses traits la nymphe-vache-nuage, dont les pleurs jaspèrent la voie lactée ou fécondèrent mystérieusement la terre, ou triomphant périodiquement des ténèbres du mal à chaque aurore bienfaisante. Cette persistance voulue est passée chez quelques auteurs à l'état de manie. Le cannellier, par exemple, n'est pas une plante mystique, une plante solaire, et si Hérodote raconte qu'on la recueillait « dans le lit même du phénix », c'est une métaphore qui, aux yeux du naturaliste, indique simplement l'origine orientale de la drogue, origine surabondamment contrôlée. En parlant (t. II, p. 16) de l'Armoise, M. de Gubernatis affirme que l'Artémise tire évidemment son nom de la déesse lunaire (Diane en latin, Artémis en grec) qui est censée l'avoir découverte. Un autre sanscritiste italien, M. Marco-Antonio Canini, dont les *Etudes étymologiques*, imprimées à Paris en 1870, viennent seulement de paraître, rectifie ingénieusement cette énonciation de son compatriote. Sans doute, dit M. Canini, Ἄρτεμις, en dialecte dorien Ἄρταμις, Ἀρτάμιτος, désigne la lune aux phases périodiques, du sanscrit *rtumatî* (qui a des mois), et la plante ἀρτεμισία (nommée aussi en grec παρθενίς ou plante des jeunes filles) est naturellement celle qui favorise l'écoulement des règles. Point n'est besoin d'invoquer ici la prétendue découverte opérée par un personnage du monde lunaire. Il vaudrait mieux songer à quelle antiquité ces constatations étymologiques font remonter la découverte des propriétés médicales de certaines plantes. C'est à l'époque, assurément anté-historique, où le peuple qui

un certain retentissement. Un pharmacien de Paris a été condamné, il y a environ quatre ans, à 2500 francs de dommages-intérêts envers une domestique à laquelle son élève avait délivré 30 grammes de pastilles de calomel pour 30 grammes de pastilles de chlorate de potasse. Il s'était produit un empoisonnement mercuriel avec stomatite grave, perte de dents, etc. J'ai conté cette triste aventure à la commission du nouveau Codex, et j'ai la satisfaction d'annoncer aujourd'hui que désormais toutes les tablettes pharmaceutiques seront blanches excepté celles au calomel qui resteront roses.

Avis à mes confrères, car trois mois à peine nous séparent de la promulgation du Codex de 1882. Quand je dis *confrères*, c'est *fabricants* qu'il faudrait écrire; on compte aujourd'hui les pharmaciens qui se donnent la peine de faire leurs pastilles.

Et cela est regrettable sous tous les rapports.

Les pastilles faites à la machine sont très belles, il est vrai, mais elles sont extrêmement dures, ayant été comprimées des deux côtés comme des pièces de monnaie; tandis que les pastilles faites à la main sont plus légères, plus friables, plus facilement solubles, par conséquent d'un usage plus agréable. Si l'on ajoute à ces qualités la bonne composition et l'exactitude du dosage, les médecins se mettront, je l'espère, de mon côté, pour réagir contre le public qui préfère à tort ce qui est beau à ce qui est bon. Et, puisqu'il a été question plus haut des pastilles de borate de soude, je dirai, en terminant, que jusqu'à ce jour, celles que j'ai rencontrées dans le commerce ne contenaient que 1 centigramme de borax, dose absolument illusoire.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Maladies de la bouche. — Des indications thérapeutiques dans la carie dentaire, par le docteur E. Magitot, membre de la Société de chirurgie, lauréat de l'Institut, etc.

(Fin. — Voyez les numéros 7 et 8.)

La méthode de destruction de la pulpe ou de ses fragments à laquelle nous donnons la préférence est l'emploi des caustiques, et en réservant notre préférence pour certains d'entre eux. Nous ne parlerons point ici des caustiques superficiels, acide phénique, nitrate d'argent, etc., dont nous avons parlé plus haut et qui sont d'ailleurs applicables à titre d'irritants dans la période précédente, mais simplement des caustiques profonds et destructeurs des tissus. Nous ne disons rien non plus de certaines tentatives récentes de destruction de la pulpe par la papaïne ou les préparations analogues, car elles n'ont donné aucun résultat.

Les caustiques liquides doivent être rarement employés comme étant d'un maniement et d'une application assez incommodes. On ne peut, en effet, que difficilement localiser et modérer leur action. S'ils sont acides, comme l'acide azotique proposé à cet effet, ils ont l'inconvénient de produire sur le tissu de la dent une altération directe, dont on ne saurait prévoir l'étendue et qui aurait nécessairement pour effet après plusieurs applications répétées de ramollir et de faire disparaître la couronne en totalité. S'ils sont alcalins comme la potasse, la soude, la baryte, etc., ils ont l'inconvénient, par leur grande solubilité, de fuser au voisinage et de produire des désordres du côté des gencives, des joues ou de la langue. Toutefois, nous devrons faire une réserve en faveur d'un caustique liquide, le chlorure de zinc, pour certains cas bien déterminés, dans lesquels, par suite de la forme ou de la disposition d'une carie, l'application d'un caustique solide et pulvérulent présente des difficultés. Il est clair alors qu'un caustique liquide, pouvant se répandre en nappe et de proche en proche dans tous les recoins d'une cavité, y produit une action destructive plus avancée et plus complète.

Dans les cas où sera indiquée l'application d'un caustique liquide, on pourra s'adresser au mélange suivant :

Chlorure de zinc déliquescent.......... }
Chlorure d'antimoine (solution saturée). } parties égales.

Une autre forme d'application du chlorure de zinc est la pâte de Canquoin, dont on forme une petite boulette ou un petit cylindre, qu'on introduit alors au centre même de la cavité centrale d'une dent, de manière à atteindre tous les fragments de pulpe.

Les chlorures employés à l'état liquide, dans ces circonstances, devront être aussi neutres que possible et leur application faite très modérément sur une petite boulette d'amiante ou de coton isolée des parties voisines par une couche de cire ou un pansement protecteur, composé d'une boulette de coton imbibée d'une solution alcoolique de résine.

Il est cependant un autre caustique liquide dont nous parlerons tout à l'heure à propos de l'acide arsénieux : c'est une solution de cet agent dans la glycérine suivant une formule proposée par le docteur Galippe.

Les caustiques solides nous paraissent donc les plus convenables et ceux dont l'emploi puisse devenir plus général.

---

inaugurait la langue grecque comprenait encore le sens des radicaux d'une langue antérieure, éteinte à l'époque homérique, celle d'où s'était formé collatéralement le sanscrit.

Les reproches que nous venons de faire s'adressent à une école ou du moins à une fraction d'école, et ne sont point spéciaux, il faut se hâter de l'ajouter, à M. de Gubernatis. Mais on ne saurait mettre sur le même plan les réflexions suivantes qui frapperont de plus près les naturalistes. En écrivant *La mythologie des animaux*, non seulement le professeur de Florence avait rassemblé d'une manière intéressante des légendes curieuses, dont beaucoup étaient peu connues et s'expliquaient par leur juxtaposition même, mais en outre il a eu le bonheur de ne pouvoir commettre que bien peu d'erreurs. Les noms qui dans les langues anciennes ou modernes de l'Europe ou même de l'Asie, désignent le cheval, la vache, le loup, l'agneau, la chauve-souris, l'aigle, le requin, la tortue, la sauterelle, l'araignée, l'huître ou le ver de terre sont clairement traduits par les dictionnaires, et l'erreur qu'ils permettraient d'un peuple à peuple ne peut porter que sur des différences d'espèces voisines compatibles avec la vérité mythologique. Quand il s'agit des plantes, c'est une autre affaire. Tous les botanistes savent combien est grande la difficulté de connaître les noms vulgaires des plantes, même dans leur propre pays. Pour triompher de cette difficulté, qui croît singulièrement quand on passe d'un peuple à un autre, comme en raison directe du carré de la distance, il ne faut pas moins que les profondes connaissances et l'érudition sûre d'un maître tel que M. Alph. de Candolle (1). M. de Gubernatis, qui n'est pas du métier, aurait pu du moins, dans bien des occasions, se garantir en ouvrant un dictionnaire de botanique, notamment celui de son compatriote Ottaviano Targioni-Tozzetti, et mieux encore en consultant son savant confrère M. le professeur Caruel,

(1) Il vient d'en donner maint exemple dans un livre tout récent, *L'origine des plantes cultivées*. Paris, Germer-Baillière, 1883.

Parmi ces derniers il est toutefois nécessaire encore de faire choix d'un agent qui, dépourvu de solubilité dans la salive et d'influence chimique sur les tissus de l'ivoire et de l'émail, soit doué en même temps d'une action énergique. Ces conditions que ne présentent, complétement du moins, aucun des caustiques généralement employés, caustique de Vienne, du frère Côme, etc., se trouvent réunis dans une substance, l'*acide arsénieux*.

Cet agent, dont la première application à la cautérisation de la pulpe remonte à peu d'années, et paraît avoir été faite primitivement en Angleterre, est d'un emploi très commode, d'un effet sûr et complet. Sous l'état *opaque* ou *porcelainé* et réduit en poudre très fine par porphyrisation, sa solubilité dans l'eau et la salive est très faible, son influence nulle sur les tissus durs de la dent et son action caustique très énergique. Il possède, il est vrai, des propriétés vénéneuses qui pourraient faire redouter son emploi dans la bouche, mais la quantité nécessaire à une cautérisation étant infiniment plus faible que la dose toxique, un pansement fait soigneusement, même s'il était ingéré par accident, ne doit pouvoir causer aucun effet nuisible. Son application réclame d'ailleurs, dans la cavité d'une carie, certaines précautions dont on ne devra jamais s'éloigner. Le pansement chargé de la poudre caustique, réduite en poudre extrêmement ténue, devra être appliqué sur le point même de la dénudation sans dépasser sensiblement les limites du pertuis; puis on devra le recouvrir d'un autre pansement protecteur, destiné d'une part à maintenir la cautérisation et, d'autre part, à soustraire les parties avoisinantes de la bouche au contact possible de la substance. Parfois, lorsque le pertuis est libre, c'est-à-dire lorsque la pulpe déjà refoulée au fond de sa cavité ne se trouve plus à la lumière de celui-ci, l'application doit être précédée d'une petite opération destinée, au moyen d'un perforateur, à élargir ce pertuis de manière qu'il puisse recevoir et laisser pénétrer profondément la cautérisation qu'on dépose alors sous forme d'une mèche fine de coton, chargée de la poudre.

Le dosage approximatif de poudre arsenicale nécessaire à un pansement réclame quelque attention. Comme il est difficile dans la pratique journalière de peser exactement la quantité voulue, nous conseillons une petite manœuvre qui nous est habituelle. Le caustique porphyrisé en poudre impalpable est introduit dans un flacon à large ouverture et bouché à l'émeri. Lorsque nous voulons appliquer un pansement, nous agitons le flacon d'une main en le retournant de manière à ce qu'une certaine quantité de poudre vienne adhérer à la face inférieure du bouchon préalablement dépoli; celui-ci retiré ensuite, reste chargé d'une couche uniforme de substance qui est en même temps la plus fine du contenu. On promène alors à sa surface la boulette ou la mèche de coton et l'on apprécie aisément de la sorte la dose nécessaire. Nous recommandons tout particulièrement ce procédé dit *procédé du bouchon*.

L'emploi de l'acide arsénieux réduit en poudre n'est pas le seul mode d'application qui ait été proposé, et l'on a conseillé d'allier cette substance avec une autre poudre, le chlorhydrate ou l'acétate de morphine, par exemple; la formule est la suivante :

Acide arsénieux porphyrisé. } parties égales.
Chlorhydrate de morphine.. }

D'autres méthodes consistent à réduire l'arsenic en pâte, suivant la proportion suivante :

Acide arsénieux porphyrisé. } āā 2 grammes.
Chlorhydrate de morphine.. }
Mucilage de gomme, q. s. pour faire une pâte molle.

Le premier procédé, destiné à atténuer la douleur du caustique, ne nous a jamais paru réaliser ce résultat et, dans nos observations, l'effet douloureux de l'acide arsénieux a toujours été le même avec ou sans addition de la morphine.

Le second mélange, dont nous avions fait primitivement l'emploi, est actuellement abandonné dans notre pratique. Nous lui reprochons de permettre moins facilement le dosage du caustique; il l'expose en outre à l'user bien plus aisément au voisinage que la poudre sèche appliquée, comme nous l'avons dit, sur un petit pansement de coton, mouillé légèrement d'une teinture alcoolique destinée à la faire adhérer. Sous l'influence de l'application arsenicale, maintenue au contact de la pulpe pendant un temps variable qui, selon nous, ne doit jamais dépasser vingt-quatre heures, la pulpe dentaire se couvre d'une eschare qui parfois n'atteint pas toute l'épaisseur du tissu, mais qui, dans d'autres cas, l'envahit entièrement. Si la destruction n'est pas complète, ce qu'il est facile de reconnaître à l'exploration de la cavité et à la douleur que provoque le contact de la sonde, on devra renouveler l'application en ayant soin, toutefois, de déplacer ou de soulever l'eschare formée qui s'opposerait à l'action ultérieure du caustique. Dans certaines caries avec volume considérable de la pulpe, celles des grosses molaires, par exemple, on doit recourir à trois ou quatre applications, et quelquefois davantage, pour obtenir la destruction complète de l'organe. Pour les dents d'un petit volume, ou lorsque la pulpe a déjà subi spontanément une réduction notable, une seule application peut suffire pour amener sa disparition absolue et définitive.

Ici se place le procédé de cautérisation arsenicale sous la forme liquide. Voilà la formule du docteur Galippe :

---

un Français qui continue dignement à Florence l'enseignement de Filippo Parlatore. Mais dans son zèle un peu hâtif, en honorant les divinités de l'Olympe, M. de Gubernatis a, comme nous le disions, fait la part trop large à Apollon, et il a méconnu la déesse Flore, qui s'est vengée de son dédain en l'égarant comme à plaisir dans le labyrinthe de la nomenclature botanique. Il est assurément des confusions que l'on s'explique. Quand l'auteur attribue à la Casse les propriétés du *mohwah* de l'Inde, dont les fleurs produisent une liqueur enivrante (1) et qui est fourni par le *Bassia latifolia*, c'est parce qu'une erreur de copie a transformé *Bassia* en *Cassia*. Mais comment M. de Gubernatis a-t-il pu confondre l'Epervière ou *Hieracium Pilosella* avec le *Myosotis* ou Ne-m'oubliez-pas (t. II, p. 171)? Comment est-il arrivé (t. II, p. 349) à identifier le *Smilax* et le *Crocus*, c'est-à-dire la salsepareille et le safran? Nous avouons n'y rien comprendre. Par suite de quelle erreur a-t-il pu écrire, t. II, p. 49 : BÉTOINE (*Primula veris*)? sans compter que dans ce même article, consacré à la Bétoine, on trouve la mention d'un traité intitulé *Virtù della brettonica*. L'auteur a flétri d'un *sic* le mot *brettonica*. Il ne ne s'est pas douté que c'était là ou le *brittannica* de Pline ou le βρεταννική de Dioscoride, peut-être l'un et l'autre. Bien qu'Abraham Munting ait écrit un volumineux traité *De vera herba britannica*, nous ne savons pas trop quelle était cette plante des anciens. Peut-être est-ce l'*Inula Britannica*; c'est plus probablement un *Teucrium* de la région méditerranéenne, car les Labiées de ce genre sont odorantes et médicinales, et le *Teucrium lusitanicum*, d'après l'excellent *Catalogue raisonné* que MM. Marès et Vigineix ont dressé de la flore des Baléares, porte encore aujourd'hui dans ces îles le nom vulgaire de *Brutonica*; mais à coup sûr ce n'est pas le *Betonica officinalis*.

(1) Le mohwah (nom hindoustani dérivé du sanscrit *madhwa*, enivrant) est un objet de commerce, exporté aujourd'hui de l'Inde en quantité assez notable, comme l'a fait connaître M. J. Poisson (*Bulletin de la Société botanique de France*), t. XXVIII *séances*), p. 18.

Acide arsénieux........... 25 grammes.
Glycérine................ 100 —

La solution de 25 pour 100 représente le maximum de solubilité de l'acide arsénieux dans la glycérine. Son indication spéciale est de poursuivre les débris de pulpe dans les profondeurs d'une cavité anfractueuse ou dans le cas de caries cloisonnées.

Quoi qu'il en soit, cette cautérisation avec l'acide arsénieux provoque ordinairement une douleur assez vive qui se produit sous la forme d'une crise, à durée variable d'une demi-heure à quatre ou cinq heures. Elle est d'ailleurs proportionnelle au volume de l'organe à détruire et à son état inflammatoire plus ou moins prononcé. Si la pulpe est simplement dénudée dans une certaine étendue sans offrir d'altération de tissu bien manifeste, ce qui s'apprécie au caractère modéré des accidents, la douleur pourra être extrêmement faible ou absolument nulle; si, au contraire, l'organe est enflammé dans toute son épaisseur, la crise douloureuse pourra être forte et prolongée, affectant parfois, ainsi que les douleurs de la carie elle-même, la forme névralgique étendue aux régions faciale, cervicale ou hémicrânienne, compliquée, dans certains cas, d'accidents généraux et de fièvre. On sera donc conduit, dans la pratique, à faire précéder toute application de ce genre d'un certain nombre de pansements propres à calmer l'irritation de l'organe et à le ramener autant que possible vers l'état normal; on amoindrira, de la sorte, et l'on pourra même annuler complètement la crise qui résulte de la cautérisation.

Les pansements que nous avons l'habitude d'employer préalablement aux applications caustiques sont ceux qui ont été formulés plus haut, et spécialement celui qui contient de la créosote. Ce n'est qu'après plusieurs applications de ce genre, ayant amené un calme presque complet, que nous commençons les cautérisations.

L'application de l'acide arsénieux dans une cavité de carie produit quelquefois certaines complications; ainsi, lorsque le pansement est placé dans une cavité des faces labiale ou linguale d'une dent, il peut arriver que, même à travers le pansement protecteur, il se produise une eschare plus ou moins étendue de la muqueuse. Ce petit accident ne présente pas ordinairement de gravité et guérit le plus souvent seul: toutefois, si l'application a été peu soigneuse, elle peut entraîner des désordres plus étendus, s'accompagnant de fluxion, de plaques érythémateuses de la joue et de douleurs plus ou moins vives. Des effets analogues se rencontrent dans la cautérisation des caries du collet, et, dans ce dernier cas, c'est le périoste dentaire, la muqueuse gingivale et le tissu alvéolaire lui-même qui subissent les atteintes des caustiques et deviennent le siège d'inflammation et de désordres parfois assez étendus pour suspendre la marche du traitement et nécessiter des moyens appropriés. C'est de la sorte que des accidents graves du maxillaire ont été la conséquence de cautérisations trop énergiques ou dont les pansements ont fusé le long du bord alvéolaire. Nous avons observé des nécroses partielles et même la destruction complète d'un maxillaire dans ces circonstances. Ajoutons toutefois qu'on évitera aisément ces complications par un emploi méthodique et modéré de la poudre caustique.

Lorsqu'on a ainsi détruit par une ou plusieurs applications la totalité de la pulpe dentaire, il faut bien se garder de procéder immédiatement à l'obturation de la carie, mais s'assurer d'abord qu'aucun fragment, même très petit, de l'organe n'a échappé à la destruction dans un coin peu accessible de la cavité. Ce fragment ainsi persistant deviendrait aussitôt le siège d'inflammation au-dessous de la couche des eschares qui le recouvrent, entrerait en suppuration, et le pus, contenu dans une cavité sans issue, fuserait vers le canal dentaire, provoquerait une périostite soit générale, soit localisée au sommet de la racine, et toutes les conséquences parfois si graves: phlegmon de la face, ostéite et nécrose du maxillaire, etc.

Cette complication de la périostite peut aussi se produire en l'absence de l'obturation, et par la réaction que provoquent, au sein de la pulpe, une ou plusieurs cautérisations. Si, par exemple, le pansement n'est pas immédiatement appliqué sur l'organe, ou s'il est insuffisamment chargé, il ne produit pas l'effet caustique, mais développe à titre d'irritant une inflammation plus ou moins vive. Cet accident, toutefois, n'a point alors la même gravité que dans le cas de carie non pénétrante, en raison de l'issue toujours possible du produit inflammatoire par la carie restée libre; mais il cause de vives douleurs qu'il est urgent de faire cesser rapidement. On y réussit, dans cette circonstance, non point par les applications calmantes, opiacées ou autres, ordinairement insuffisantes, mais par une nouvelle cautérisation, cette fois complète et absolue, qui entraîne en quelques heures la cessation de tous les accidents. Cette dernière application devra souvent être précédée, pour être définitive, d'une petite opération qui consiste, soit à élargir le pertuis de communication, soit à trépaner véritablement le fond de la carie, afin d'obtenir un contact parfait.

L'inflammation de la pulpe n'est pas la seule complication du traitement de la carie par les caustiques, et il s'en présente souvent une autre que nous avons déjà signalée plus haut comme accident de l'obturation intempestive, c'est la périostite alvéolo-dentaire. Cette affection, qui se produit spontanément dans les dernières phases de la carie abandonnée à elle-même, et dont l'histoire complète appartient à un autre travail est caractérisée par certains phénomènes spéciaux: sensibilité de la dent à la pression, douleur pesante, continue,

---

Les erreurs de classification ont parfois dans le livre de M. de Gubernatis une importance plus grande que celle de simples erreurs. Elles l'ont alors conduit à créer de toutes pièces des légendes qui n'existent pas, à mêler des faits qui n'ont entre eux rien de commun, tandis qu'il lui eût suffi de connaissances élémentaires en zoologie et en botanique pour expliquer le sens de certains faits regardés à tort comme merveilleux au moyen âge. Nous sommes obligés d'entrer dans quelques détails pour justifier cette assertion.

M. de Gubernatis, dans plusieurs de ses articles, met en parallèle l'arbre-agneau des Russes, des arbres indiens qui produisent en guise de fruits des têtes d'homme et de femme, et l'arbre aux canards ou aux bernacles de l'Angleterre (voy. notamment t. I, p. 65 et suiv.). Voici ce que l'histoire naturelle fait de ces légendes.

Le prétendu arbre-agneau des Russes est l'*agnus scythicus* des anciennes pharmacopées, c'est-à-dire le rhizome d'une Fougère de la Tartarie dont le nom technique est *Cibotium Barometz* Link. L'auteur a le mérite de nous faire remarquer qu'il faudrait dire *baranietz*, qui en russe signifie *petit agneau*. Ce terme, *baranietz*, était en effet celui qu'au moyen âge on donnait aux peaux d'agneaux provenant d'Astrakhan, fourrure très estimée chez les Turcs. Aussi a-t-il été transféré par les marchands à cette production végétale que les mêmes marchands recevaient d'un point plus éloigné de l'Orient, c'est-à-dire à la souche de cette fougère, munie d'écailles brunes et des pétioles brisés des anciennes frondes. La souche figurait le corps, les écailles la laine, et les pétioles les jambes de l'agneau. De là la légende d'un animal qui vivait sous terre dans le nord de l'Asie, et dont les vertus médicinales étaient telles que l'on payait sa défroque au poids de l'or.

Quant à la légende indienne relative aux figuiers qui produisaient des têtes d'homme et de femme, il s'agit là simplement du *Ficus religiosa*, dont les branches servaient d'asile aux Yaxas, ou tentaient si fort les pénitents du Guzerati qu'ils

léger ébranlement et allongement notable de la dent, rougeur de la gencive, etc. Si l'inflammation est modérée, on en aura facilement raison au moyen de quelques applications opiacées faites dans la cavité même de la carie, teinture d'opium, laudanum de Rousseau, par exemple, substitué pendant plusieurs jours à tout autre traitement. Si elle est plus vive, on devra recourir à quelques émissions sanguines locales, comme l'application d'une ou deux sangsues sur la gencive, au point correspondant à la racine affectée et suivie de lotions chaudes dans la bouche, afin d'obtenir un écoulement sanguin notable. On peut substituer à l'emploi de la sangsue des scarifications sur les mêmes points. Sous l'influence de ces moyens, la douleur cesse ordinairement très rapidement et le traitement peut être alors poursuivi jusqu'à destruction complète de la pulpe et cessation de tout accident.

Au moment où tout phénomène douloureux a disparu, la guérison peut être considérée comme réalisée, et il ne reste plus, pour en assurer la persistance et la durée, que de procéder à l'*obturation*.

Si nous envisageons maintenant l'état d'une dent dont la pulpe a été détruite et dont l'obturation est devenue possible, on est fondé en apparence à se demander quel est désormais le mode de nutrition de l'organe et la raison de son maintien dans l'économie. Nous savons, par les données anatomiques, que l'organe dentaire effectue son mouvement nutritif par deux voies simultanées : la première et la plus importante réside dans l'organisation pulpaire, la seconde voie est représentée par le périoste. Or, en l'absence de l'organe central, c'est-à-dire de la pulpe, le périoste, lorsqu'il n'a subi toutefois aucun désordre personnel, peut suffire par sa circulation propre et par l'intermédiaire du cément, à entretenir au sein même de l'ivoire un certain échange de matériaux suffisant pour assurer la vie. Ce sont des phénomènes de cet ordre qui permettent, pendant un certain temps encore, le séjour au sein des mâchoires des dents du vieillard après l'atrophie complète de la pulpe. Toutefois, nous devons dire que, dans les conditions pathologiques dont il s'agit ici, le périoste dentaire ainsi chargé seul de suffire à la nutrition de l'organe, réagit parfois et devient le siège d'altérations qui prennent ordinairement une forme lente, sourde et chronique. Il survient alors des points de périostite avec soulèvement de la membrane par des dépôts de lymphe plastique. Le cément lui-même, comme surexcité par ses fonctions supplémentaires, s'hypertrophie et devient le siège de productions mamelonnées apparaissant sous forme de petites masses transparentes et ambrées. Les lésions ne se bornent pas toujours au périoste ou au cément, et le bord alvéolaire ou le périoste osseux eux-mêmes peuvent participer aux altérations de cet ordre. Il survient alors, mais souvent encore, sous une forme indolente, soit une sorte de gonflement osseux, ostéite simple, soit, plus fréquemment, une espèce de périostose ou d'épanchement plastique entre le périoste et la surface de la mâchoire. Ces divers accidents, tout en revêtant ordinairement la forme subaiguë ou indolente, peuvent accidentellement passer à l'état aigu, et devenir alors l'occasion de désordres graves, comme la nécrose du maxillaire, le phlegmon de la face, les fistules, etc.

Les complications que nous signalons sont, nous devons le dire, fort rares, et dans l'immense majorité des cas, l'obturation ne rencontre ni primitivement ni consécutivement aucun obstacle de ce genre.

Toutefois, la dent, privée de sa pulpe et guérie, ne conserve pas toujours les apparences extérieures qu'elle avait normalement. Elle acquiert souvent alors une teinte grisâtre plus ou moins marquée qui provient de la pénétration dans les canalicules des matières colorantes entraînées à la suite de la mortification de l'organe central. Cet inconvénient sans importance pour les dents des parties profondes de la bouche, peut devenir sérieux pour celles de la région antérieure. Aussi devra-t-on, dans le traitement des caries pénétrantes de ces dernières, s'efforcer de conserver l'intégrité de la pulpe par les moyens thérapeutiques appropriés, ou bien éviter par des cautérisations modérées et répétées la gangrène brusque d'où nous a paru résulter surtout le transport de matières colorantes au sein de l'organe.

L'obturation, envisagée ici comme dernier terme ou complément de la thérapeutique de la carie, est destinée à soustraire d'une manière complète et définitive la dent aux causes ultérieures de progrès et de retour de l'affection. Elle complète ainsi la méthode de guérison dite de l'*isolement*, la seule rationnelle. Cette opération se pratique au moyen de diverses substances qui doivent réunir certaines propriétés de résistance et d'inaltérabilité. Nous n'avons point à la décrire, mais on a vu par ce qui précède, qu'à l'exception de quelques cas bien définis et qui appartiennent à la première ou au début de la seconde période de la maladie, l'obturation doit toujours être précédée d'une thérapeutique appropriée. C'est en méconnaissant ce précepte que trop souvent une obturation immédiate est suivie des accidents plus ou moins graves qui appartiennent soit à la pulpite, soit à la périostite et dont l'histoire ne peut être tracée qu'à propos de ces deux affections.

Conclusions. — Si maintenant nous tentons de résumer les indications thérapeutiques de la carie dentaire, nous arriverons à formuler les règles suivantes :

1° Considérée d'une manière générale, la thérapeutique de la carie consiste dans la cure des accidents divers de la maladie suivie de l'application de la méthode de l'*isolement*, laquelle est représentée dans la pratique par la *résection* ou l'*obturation*.

---

venaient s'y pendre pour terminer leur vie sous l'ombrage de l'arbre sacré. Quel rapport cela a-t-il avec le *Cibotium Burometz* ou *Boranietz*, non plus qu'avec l'oie bernacle ?

Cette oie, ou plutôt ce canard, est l'*Anas erythropus* de Gmelin, en anglais *barnacle*, que l'on voit durant l'été sur les côtes de Norvège, et qui ne paraît qu'en automne et durant la saison d'hiver sur les côtes de certaines provinces d'Angleterre et surtout d'Irlande, où il vient hiverner. C'est en raison de ces mœurs bien constatées que M. Max Muller tire le mot anglais *barnacle* du latin *hibernicula*, ce en quoi il peut bien avoir raison.

L'histoire de cet animal s'est trouvée mêlée d'une manière singulière à celle d'un mollusque cirrhipède bien connu sur les côtes de l'Europe, l'anatife, dont le nom vient d'un terme du seizième siècle, *concha anatifera*. C'est qu'elle est bien ancienne en effet, la légende qui voit dans ce coquillage aux valves multiples (souvent apporté avec son pied par la vague et déposé sur le rivage où il simule un rameau d'arbre muni de son fruit), un fruit véritable destiné à donner naissance à un animal. Et dans la légende, cet animal est un oiseau. Munster, Saxon le grammairien et Scaliger l'assurent; Fulgose dit même que les arbres qui portent ces fruits ressemblent à des saules, et qu'au bout de leurs branches se produisent de petites boules gonflées offrant l'embryon d'un canard qui pend à la branche, et qui, lorsqu'il est mûr et formé, tombe dans la mer et s'envole. Beaucoup de savants du moyen âge, à dater de Vincent de Beauvais, ont attesté cette étrange génération, et même presque un naturaliste, le comte Maier, lequel a ouvert cent de ces coquilles prétendues anatifères, et dit avoir trouvé dans toutes l'embryon de l'oiseau tout formé. Cela justifie assurément le nom d'*anser arboreus* donné au moyen âge à l'oie bernacle, mais cela ne justifie pas M. de Gubernatis de supposer que le mot anglais *barnacle* dérive du russe *baranietz* traduit en latin par *ovicula*, d'où, dit-il, *baranietz-ovicula*, *baran-avicula*, *baranicula*, *barnacla*, *barnacle*. La transition se serait faite, suivant lui,

2° La thérapeutique spéciale à la première période qui est indolente consiste dans la *résection ou dans l'obturation immédiates*.

3° La thérapeutique de la seconde période repose sur l'emploi des astringents ou des caustiques superficiels et dans l'*obturation* consécutive.

4° La thérapeutique de la troisième période consiste dans la destruction de la pulpe, soins consécutifs des accidents et des complications pour aboutir encore à l'obturation finale.

5° Envisagée et conduite de la sorte, la thérapeutique spéciale conduit à la guérison complète et radicale de la maladie dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire dans la proportion de 99 pour 100 indiquée au début de ce travail.

CORRESPONDANCE

Sur le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus.

Le dernier numéro (2 mars 1883) de la *Gazette hebdomadaire* renferme une analyse de nos recherches sur la transmission des maladies virulentes de la mère au fœtus, due à la plume si autorisée de M. le docteur Blachez. Mais dans cet exposé se sont glissées quelques omissions importantes qui tiennent à ce que l'auteur n'a pas tenu compte de nos travaux ultérieurs et qui changent complètement le sens des résultats définitifs auxquels nous sommes arrivés. La large hospitalité de la *Gazette hebdomadaire* nous permettra sans doute de réparer nous-mêmes ces lacunes.

Dans une première communication préalable faite par nous à la Société de biologie, le 11 novembre 1882, en même temps que nous annoncions le passage à travers le placenta du microbe du choléra des poules et du vibrion septique, nous continuâmes à admettre avec Brauell, Davaine, Bollinger, M. Chauveau, M. Arloing, etc., le non-passage de la bactéridie charbonneuse. Mais dans cette note nous signalions déjà que souvent la bile et l'urine des animaux (cobayes) charbonneux ne contiennent pas, en *apparence*, et de par l'examen microscopique, de bactéridies; que l'inoculation de quantités appréciables de ces produits de sécrétion peut n'entraîner aucune virulence; et cependant, là où l'examen microscopique et même l'inoculation ne donnent que des résultats négatifs, la *méthode des cultures*, incomparablement plus sûre et plus délicate, ainsi que M. Pasteur l'a montré depuis longtemps, peut donner des résultats positifs et déceler la présence de micro-organismes qui se dérobent à tout autre moyen d'investigation. Et nous arrivâmes ainsi à montrer que chez les cobayes charbonneux la bile et l'urine contiennent tantôt des bactéridies en assez grande abondance, tantôt en très petit nombre; enfin, dans certains cas, elles n'en renferment point, car la culture elle-même ne les décèle pas.

Dans la suite de nos recherches, et guidés par ces résultats variés fournis par l'étude des produits de sécrétion, nous fûmes conduits à multiplier nos expériences sur les fœtus de femelles charbonneuses. Les résultats de ces nouvelles recherches ont été communiqués par nous à la Société de biologie, le 16 décembre 1882, et publiés dans les comptes rendus de cette Société dans une note intitulée : *Du passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus*. M. Pasteur voulut bien communiquer cette même note en notre nom à l'Académie des sciences (séance du 18 décembre 1882). Elle est du reste résumée dans la *Gazette hebdomadaire* (n° du 22 décembre 1882, p. 841). C'est cette note qui a passé inaperçue de M. le docteur Blachez.

A la suite de ces expériences nouvelles, nous arrivâmes à des résultats qui infirment la loi de Brauell-Davaine, admise par l'universalité des expérimentateurs, et que nous-mêmes avions d'abord adoptée. Nos recherches établirent que dans le charbon bactéridien la barrière placentaire n'est pas infranchissable, *que le sang fœtal peut contenir des bactéridies et être virulent*. Ce passage de la bactéridie à travers le placenta n'a cependant rien de *constant* et les mêmes variantes que nous avons signalées pour les produits de sécrétion se retrouvent ici.

Cette notion nouvelle, établie par nous, de la transmissibilité de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus a une véritable portée doctrinale, et voilà pourquoi nous nous permettons d'y insister.

Un point surtout qu'elle est destinée à éclaircir, c'est l'immunité acquise au nouveau-né par le fait de la maladie ou bien par la mère pendant la gestation. Depuis que la pratique des inoculations charbonneuses préventives s'est répandue, les exemples de ce genre se multiplient tous les jours. M. Chauveau, un des premiers, a appelé l'attention sur l'immunité contre le charbon contractée dans ces conditions par le fœtus. Cet éminent expérimentateur constata que les brebis algériennes dont l'immunité (partielle) vis-à-vis du charbon avait été renforcée par des inoculations préventives pendant la gestation, mettent bas des agneaux réfractaires *totalement* au charbon.

Partant de ce fait et s'appuyant d'autre part sur le non-passage de la bactéridie à travers le placenta, qui pour lui, comme pour tout le monde, est article de foi, M. Chauveau en conclut que l'immunité du fœtus ne peut être, dans ces cas, que le résultat d'une modification des substances *solubles* contenues dans le sang de la mère et transmises au fœtus par filtration à travers le placenta. Elle résulterait de quelque chose de retranché ou plutôt, dans la pensée de

---

par une confusion facile entre *ovicula*, petit agneau, et *avicula*, petit oiseau. C'est de l'étymologie par trop mythologique, qu'il a tort de vouloir fortifier en citant le nom sanscrit d'*hansapadi* (pied d'oie) donné au *Cissus pedata* (une Ampélidée et non pas une Sensitive). Ce terme signifie tout simplement « à feuille palmée ».

Ce sont là, il faut l'avouer, des taches qui dépareraient singulièrement un livre de science. Il ne faut pas cependant être injuste pour un auteur qui n'a point écrit pour instruire les savants, mais pour initier le grand public à tout un ordre de faits assez peu connus, et non encore réunis. Les historiens mêmes de la médecine pourraient trouver à glaner dans ces pages, au moins pour les temps quelque peu fabuleux, mais quelle est l'histoire qui n'a pas débuté par des fables? L'amante de Jason, Médée, fille d'Hécate, c'est-à-dire, pour l'auteur, l'Aurore fille de la Nuit, l'aurore magicienne, qui connaît les secrets des herbes, savait l'usage du *Cotchicum autumnale*, dont la fleur était l'Ephémère des Grecs, du Knêkos, de l'orcanette ou *Anchusa tinctoria*, du Chrysanthemon, du Psyllion (le plantain) et du Genévrier. Que Médée ait ou non existé, peu importe; son nom n'est ici qu'une personnification de la première science médicale des Grecs, de l'époque du divin Mélampus et des premiers Asclépiades. A côté de l'article Médée, celui des Plantes médicinales nous transporte aux origines de la médecine indienne. Nous y voyons le médecin des dieux, Dhavantari, porter la coupe d'ambroisie, les Gandharvas communiquer la science des sucs aux simples mortels, l'herboriste védique rassembler dans une caisse en bois sacré d'Açvattha (le *Ficus religiosa*) les plantes dont il connaît les propriétés, et en première ligne le *kushtha*(1), descendu comme un sauveur des hauteurs de l'Himalaya, enfin les herbes ayant *soma* pour roi délivrer le mourant de la mort. Soma est un nom de la lune : sous sa

(1) Ce nom est l'origine étymologique de celui de *costus*, qui se trouve dans les écrivains du seizième siècle appliqué à une drogue indienne.

M. Chauveau, de surajouté au plasma sanguin, modifiant la constitution des tissus fœtaux et les rendant inaptes désormais à servir de milieu au développement de la bactéridie (1).

On voit qu'il s'agit là de toute une théorie de l'immunité transmise et qui repose sur la loi de Brauell-Davaine; elle sera difficilement soutenable désormais, à la suite de nos recherches.

Voici un autre exemple des conséquences auxquelles peut mener une erreur primordiale comme celle que nos recherches ont fait cesser. Cet exemple nous est fourni par le mode de vaccination charbonneuse imaginé par M. Toussaint, et qui consiste, comme l'on sait, à inoculer du sang charbonneux virulent chauffé à 55 degrés pendant vingt à vingt-cinq minutes. Dans la pensée première de M. Toussaint, les bactéridies étaient *tuées* par le fait du chauffage, et la propriété *vaccinale* du liquide ainsi obtenu devait s'interpréter de la façon suivante, dont nous empruntons l'exposé à M. Bouley: « M. Chauveau a constaté dans ses expériences sur les moutons algériens, que les agneaux nés de mères vaccinées étaient réfractaires au charbon, c'est-à-dire participaient complètement de l'immunité dont leur mère était revêtue. Or les expériences de M. Davaine ont démontré que les bactéridies charbonneuses ne franchissent pas la barrière du placenta, et que, conséquence nécessaire, tandis que le sang de la mère est virulent, celui du fœtus que contenait sa matrice ne l'est pas. D'où cette conclusion que l'immunité de l'agneau, né d'une mère vaccinée, résultait, non de l'action directe de la bactéridie, mais de la modification indéterminée que celle-ci avait imprimée au sang. Dans cette conception, le vaccin de M. Toussaint était constitué, non par la bactéridie destituée de son énergie excessive par l'influence de la chaleur, mais par un produit non figuré émanant d'elle. C'était un retour à l'idée que la virulence charbonneuse dépendait d'un virus liquide et cette manière de voir était complètement subversive de l'idée de M. Pasteur que, dans les maladies à microbes, la virulence était fonction exclusive du microbe (2). »

On sait, en effet, que M. Pasteur n'eut pas de peine à montrer que la virulence atténuée (vaccinale) du sang charbonneux chauffé est due exclusivement à la présence de bactéridies *vivantes*, *modifiées mais non tuées* par la chaleur.

Nos expériences, en montrant que la loi classique et si souvent invoquée de Brauell-Davaine est erronée, établissent aussi que l'immunité complète ou partielle à l'égard du charbon, conférée à l'agneau nouveau-né par la maladie subie par la mère pendant la gestation, résulte de la présence même, dans l'organisme fœtal, de bactéridies charbonneuses. En un mot, ce qui confère au fœtus l'immunité, c'est une atteinte légère, il est vrai, de la maladie maternelle; mais cette atteinte, si faible qu'elle soit, nécessite l'intervention *directe* de la bactéridie. Cette intervention n'est plus à rejeter, à priori, comme on l'a fait jusqu'ici en se basant sur la loi de Brauell-Davaine, et la théorie générale de l'immunité est ainsi délivrée d'un des problèmes les plus embarrassants parmi tous ceux qu'elle soulève.

Ces conséquences doctrinales et l'ensemble de nos recherches paraîtront, du reste, dans un mémoire inséré dans le prochain fascicule des *Archives de physiologie*.

— Une dernière rectification, de plus petite importance. M. Blachez, dans son article, attribue à M. Pasteur la constatation du passage du *vibrion septique* de la mère au fœtus. Bien que, dans le cours de nos recherches, nous nous soyons constamment inspirés des idées et des conseils de notre illustre maître, celui-ci n'a néanmoins pas institué de recherches directes sur ce point particulier, et la constatation du fait dont parle M. Blachez nous appartient.

Veuillez agréer, etc.

Straus et Chamberland.

(1) Chauveau, *Du renforcement de l'immunité des moutons algériens à l'égard du sang de rate, par les inoculations préventives; influence de l'inoculation de la mère sur la réceptivité du fœtus* (*Comptes rendus, Académie des sciences*, 1880, t. XCI, p. 148).

(2) Bouley (H.), *Le progrès en médecine par l'expérimentation*. Paris, 1882, p. 870.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1883.— PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Jules Cloquet. — M. *le Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. le baron *Cloquet*, membre de la section de médecine et de chirurgie, décédé dans la matinée de samedi, 24 février.

De l'atténuation directe et rapide des cultures virulentes par l'action de la chaleur. Note de M. *A. Chauveau*.— Les recherches initiales de M. Toussaint, confirmées et expliquées par M. Pasteur, ont démontré que le chauffage du sang charbonneux est susceptible d'atténuer considérablement la virulence des *bacilli* qui y sont contenus; M. Chauveau a montré ensuite que cette atténuation peut être graduée, à volonté pour ainsi dire, en variant les conditions du chauffage. Il entreprend maintenant de prouver que ce chauffage, envisagé comme méthode d'atténuation quasi instantanée des virus, peut être appliqué aux liquides de culture artificielle avec beaucoup plus de succès encore qu'aux humeurs naturelles de l'économie animale, humeurs dont le maniement

---

lumière et pendant sa croissance, les plantes médicinales acquièrent leurs vertus, et plus particulièrement le *soma* végétal, c'est-à-dire le *Sarcostemma brevistigma* Wight et Arnott (*S. viminale* Wallich von R. Brown), auquel presque tous les commentateurs des poésies indiennes conservent à tort le nom ancien d'*Asclepias acida* Roxburgh (1). L'auteur aurait pu pousser plus loin son étude de la primitive médecine des Hindous sans sortir du domaine de la légende. Il n'y a guère de plante un peu commune à laquelle les poèmes sanscrits d'une part, l'Atharvavêda (2) ou le *Samhita*, d'autre part les ouvrages de Rheede ou de Roxburgh sur la flore de l'Inde, n'aient accordé quelques vertus. C'est dans l'Inde que la magie a pris naissance, et le plus grand sorcier a toujours été celui qui connaît le mieux les secrets du monde végétal. Au moyen âge, à Venise, on appelait *erberia* la sorcellerie, et il y a encore des sorciers dans bien des chaumières.

En parcourant le second volume de M. de Gubernatis, qui traite en particulier et dans l'ordre lexicographique de chacune des plantes auxquelles se sont attachées des légendes, on y trouve maint exemple de la fameuse doctrine des signatures, qui a été comme la base de l'empirisme médical. Pour être exact, il faudrait d'ailleurs élargir un peu l'idée que l'on s'est faite de cette théorie, et reconnaître que ce n'est pas seulement la forme ou quelque signe extérieur de l'objet qui en a jadis déterminé l'application médicale, mais aussi et très souvent tout simplement son nom. Sans doute c'est bien l'aspect des tubercules des Orchidées qui leur a fait supposer des propriétés génésiques (origine de la réputation du salep). Sans doute si l'*Arum Dracunculus*, le *Dracontea* de Vir-

(1) Cette détermination a été regardée comme douteuse par un indianiste célèbre, le professeur Roth. Je puis la certifier d'après un échantillon de la plante qui m'a été communiqué l'an dernier par M. Bergaigne.

(2) Voyez Grohmann, *Medicinisches aus dem Athorvavêda*, dans la neuvième partie des *Indische Studien*.

est difficile et délicat, tandis que celui des cultures est aussi simple dans les procédés que certain dans les résultats. Voici comment il procède :

J'ensemence, dit-il, du bouillon stérilisé avec du sang charbonneux frais. Les matras sont placés ensuite dans un thermostat, maintenu à la température + 42 degrés, 43 degrés, comme avec la méthode d'atténuation de M. Pasteur. Mais, au lieu de garder les matras pendant douze à treize jours dans le thermostat, on les en retire au bout de vingt heures environ, pour les soumettre, dans un autre thermostat, à la température + 47 degrés, pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, même davantage. L'opération est alors terminée; elle n'a pas détruit la vitalité des agents virulents de la culture; mais ceux-ci ont perdu plus ou moins de leur nocuité, suivant que le chauffage a été plus ou moins prolongé.

Le premier temps de l'opération, séjour de vingt heures dans le thermostat chauffé à la température + 43 degrés, répond à la phase de prolifération du virus... Le bouillon est bientôt rendu trouble par la formation d'un mycélium qui se fragmente en petits filaments ou courts bâtonnets, analogues aux *bacilli* du sang frais, sur lesquels le chauffage a une si grande prise.

J'ai examiné ces éléments dans un assez grand nombre de cultures. Ils se montrent parfois tous d'une parfaite homogénéité de structure, sans traces de spores. Mais il arrive souvent que, en poursuivant les examens avec ténacité, on rencontre dans quelques filaments un ou plusieurs corpuscules réfringents, parfaitement sphériques, un peu flous et plus petits que les vraies spores des cultures ordinaires... L'expérience m'a enseigné que la présence de ces spores rudimentaires n'entrave pas, au contraire, l'influence atténuante du chauffage à + 47 degrés. Ce serait tout autre chose si c'étaient de vraies spores, douées de leurs propriétés physiologiques définitives. A l'exemple de M. Pasteur, je n'ai pas vu ces spores normales, aussi résistantes qu'infectieuses, se développer dans les cultures faites à la température + 42 degrés, 43 degrés. Elles n'y existent certainement jamais. La démonstration en est rigoureusement donnée par la série des expériences du présent travail, expériences dans lesquelles le chauffage à + 47 degrés, suffisamment prolongé, n'a jamais laissé subsister la virulence première des cultures à + 42 degrés, 43 degrés...

Le deuxième temps, répondant à la phase d'atténuation, n'implique aucune manipulation délicate, comme le premier, du reste. Au sortir de l'étuve ou thermostat à + 43 degrés, les matras sont placés dans le second appareil chauffant, après prélèvement d'une pipette de liquide destinée à l'essai de l'activité des cultures. Deux facteurs interviennent dans l'atténuation que le chauffage imprime à ces cultures : le degré d'élévation de la température et la durée du temps d'exposition à cette température surélevée. Si la valeur du premier de ces facteurs diminue, celle du second doit s'accroître, et réciproquement. Il résulte de mes nombreuses expériences qu'un chauffage de trois heures à la température + 47 degrés suffit à transformer en agents inoffensifs pour le cobaye les filaments et bâtonnets de cultures primitivement très virulentes. Le chauffage ne modifie pas l'aspect extérieur des cultures; il y suspend, en effet, toute prolifération des filaments et bâtonnets; mais il ne s'oppose pas au développement des spores rudimentaires; le chauffage, au contraire, en favorise la multiplication ou les fait apparaître, quand elles ne préexistent pas.

J'ai toujours fait mes expériences sur le cobaye, en injectant sous la peau d'une cuisse une ou deux gouttes de liquide, suivant la taille des sujets. Dans ces conditions, si l'on essaye comparativement le même liquide de culture, supposé très actif, avant chauffage et après chauffage pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, voici ce qui arrive. Tous les cobayes inoculés avec le liquide non chauffé meurent rapidement, c'est-à-dire en quarante-huit heures environ, avec un œdème local considérable. Ceux qui ont reçu le liquide chauffé une heure périssent également presque tous; mais la mort arrive généralement moins vite que sur les premiers. Le liquide chauffé deux heures se montre beaucoup moins actif, car, parmi les animaux qui l'ont reçu sous la peau, les uns périssent tardivement, avec une faible infiltration locale; les autres, en nombre égal au moins, résistent et survivent. Quant au liquide chauffé trois heures, on ne le voit jamais tuer les cobayes adultes, ni même produire d'accident local sensible. A plus forte raison, en est-il de même avec les liquides chauffés pendant quatre heures et au delà. Et cependant les agents virulents contenus dans ces liquides inoffensifs ont conservé leur faculté prolifique : point important qui mérite d'être traité à part.

Contribution a l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques, et en particulier dans la fièvre typhoïde. Note de M. *Dumontpallier*. — En 1880, au mois de mars, devant l'Académie de médecine, et, dans la même année, au mois d'août, au Congrès de Reims, l'auteur a fait connaître les résultats de ses expériences sur la réfrigération du corps humain au moyen d'un appareil spécial. Convaincu que l'hyperthermie dans les maladies n'est point seulement un symptôme, mais peut devenir un agent qui engendre des complications graves, un agent destructeur des humeurs et des tissus, il s'était proposé d'abaisser la température d'une façon continue ou intermittente par un procédé dont l'action fût scientifiquement mesurable, à chaque moment de l'expérience thérapeutique, et cela sans exposer le malade à aucun danger. Depuis trois années il a continué ses observations à l'hôpital de la Pitié, et il déclare que l'appareil réfrigérateur imaginé par lui paraît être le moyen le plus rapide, le plus certain pour obtenir à un degré voulu, toujours mesurable, l'abaissement de la température, et cela sans déterminer d'accidents graves chez les malades. Lorsque le malade est soumis à l'action réfrigérante de l'appareil, on constate, vingt à trente minutes après le commencement de l'expérience, que la *régulation thermique pathologique* est vaincue : la température baisse progressivement, régulièrement, de 1 degré à 1°,5 dans l'espace d'une heure à une heure trente minutes. Aussitôt que le malade se plaint du froid, on ferme les robinets; alors la température peut baisser encore pendant dix à vingt minutes de quelques dixièmes de degré; le plus souvent, après la fermeture des robinets, elle reste stationnaire pendant dix à

---

gile (1), préservait contre la morsure des vipères, c'est parce que sa tige est tatouée comme celle d'un serpent. Mais inversement, si la Scorzonère (plante à écorce noire) a été donnée pour guérir aussi, en Italie, la morsure d'une espèce de serpent, c'est parce que ce serpent y est appelé *scorzone* (c'est-à-dire le lourdaud). Si l'*Hieracium* était censé rendre la vue aux aveugles, c'est parce qu'il porte le nom du Faucon, dont la longue vue est proverbiale. Si la Chélidoine a été dotée au moyen âge de propriétés extraordinaires, elle est redevable de cet honneur aux apothicaires qui, ne lisant pas le grec, ont vu dans le Chelidonia non pas la plante qui fleurit au retour de l'hirondelle, mais bien un don du ciel, *cœli donum*, qui devait nécessairement opérer des miracles. L'*Adiantum Capillus veneris* et l'*Asplenium Trichomanes* ont porté confusément le nom de πολύτριχον à cause de la multitude de leurs pétioles capillaires. Ce n'est pas le sentiment de Porta qui l'explique ainsi : *quia multitudinem capillorum faciat*. Le *Vitex Agnus*, qui jadis en Grèce s'appelait ἄγνος (avec un esprit doux) a dû à l'adjectif ἁγνός, chaste (avec un esprit rude) non seulement de prendre dans la nomenclature pharmaceutique le nom d'*Agnus Castus*, et de fournir à l'Angleterre celui de l'huile de ricin (1), mais encore d'usurper les propriétés du nénuphar. Dans les fêtes athéniennes des Thesmophories, les jeunes filles s'ornaient des fleurs de cette Verbénacée (que M. de Gubernatis regarde bien à tort comme un Saule) et couchaient sur les feuilles de cette plante pour mieux garder leur état de vierge. La semence de cet arbre, que les Italiens appellent *Piperella*, nommée par Sérapion le *Poivre des moines*, passait pour empêcher la sécrétion du sperme. Quelques moines y croyaient si bien

(1) *Æn.* XII, 417.

(1) Le *Vitex Agnus*, cultivé dans les plantations de la Jamaïque, y porte le nom espagnol de *casto*. Le ricin, cultivé dans les plantations de casto, a fourni au commerce l'huile de casto, en anglais *castor-oil*, et à Jersey communément *huile de castor*.

vingt minutes. Puis la réascension de la température se produit progressivement dans un laps de temps égal à celui de la descente.

L'auteur présente à l'Académie sept tableaux graphiques qui montrent la marche de la température de la fièvre typhoïde pendant vingt-quatre heures et pendant vingt-six jours; l'action de l'appareil réfrigérateur sur la courbe thermique de chaque jour et sur la régulation thermique pathologique; la courbe thermique pathologique comparée à la courbe thermique physiologique; enfin trois tableaux où sont inscrits les résultats de l'analyse des urines en rapport avec l'abaissement de la température pathologique.

De ses observations découle l'enseignement pratique qu'il suffit d'agir avec l'appareil réfrigérateur, *de huit heures du matin à huit heures du soir*, pour soustraire le malade aux conséquences fâcheuses de l'hyperthermie, l'hyperthermie étant *surtout diurne*.

L'auteur a étudié les effets de la réfrigération sur les déchets rejetés par les urines; étaient-ils en rapport avec le degré de température, et leur diminution était-elle proportionnelle à l'abaissement expérimental de la température? Les analyses quantitatives et qualitatives montrent une diminution dans les déchets, diminution proportionnelle à l'abaissement de la température morbide.

Conclusions. — 1° La méthode réfrigérante, dans la fièvre typhoïde, ne peut être jugée que par des recherches expérimentales et scientifiques; 2° cette méthode sagement conduite, non exclusive de tout autre traitement, peut offrir de grands avantages dans la thérapeutique.

Sur une communication de M. de Chardonnet, relative a la vision des radiations ultra-violettes, par M. *Mascart*. — L'auteur trouve trop absolues les conclusions de M. de Chardonnet (voy. *Gaz. hebd.*, 1883, p. 153). « Sans doute, dit-il, les milieux de l'œil exercent une absorption énergique sur les radiations ultra-violettes, mais sans les intercepter complètement, et la rétine est un organe si délicat qu'elle peut être sensible aux moindres radiations qui échappent à l'absorption. En employant un spectroscope en quartz ou en spath d'Islande, j'ai constaté, en effet, il y a plusieurs années (*Comptes rendus*, t. LXVIII, p. 402, 1869), que les vues ordinaires aperçoivent habituellement le spectre solaire ultra-violet tout entier, sous la couleur d'un gris de lavande, et que, pour certains yeux, cette propriété s'étend beaucoup plus loin. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret présidentiel autorisant l'Académie à accepter un legs de 20 000 francs que lui a fait Mme Renard, veuve de M. le docteur Perron. Les arrérages de cette somme, placée en rentes sur l'État français, serviront au paiement d'un prix quinquennal de 5000 francs qui recevra la dénomination de *Prix Perron*; ce prix, fondé à perpétuité, sera décerné par l'Académie à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine; il pourra être partagé entre plusieurs savants.

M. le ministre du commerce adresse une lettre de M. Loisolot demandant l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale qu'il possède à Clermont-Ferrand. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *E. Crouzat* (de Paris) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté* concernant quelques modifications à apporter au forceps de Levret. (*Accepté.*)

M. le docteur *Luis Oliveres y de Boneu* (de Badajoz) se porte candidat au titre de correspondant étranger et envoie un ouvrage intitulé : *Del glaucoma*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Ferrand*, médecin des hôpitaux de Paris, deux ouvrages ayant pour titres : *Traité de thérapeutique médicale* et *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire*; 2° de la part de M. le docteur *Mazade* (de Montpellier), un *Nouveau guide pratique de la jeune mère*; 3° au nom de M. *C. Martin* (de Lyon), une brochure intitulée : *De l'anesthésie par le protoxyde d'azote avec ou sans tension*, suivie d'une *Note sur la germination en présence du protoxyde d'azote sous pression*; 4° de la part de M. le docteur *Lardier* (de Rambervillers, Vosges), un ouvrage ayant pour titre : *Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne*; 5° au nom de M. le docteur *Corradi* (de Pavie), un mémoire intitulé : *Del contagio della tisi pulmonare rispetta alla storia ed all' igiene publica*; 6° de la part de M. le docteur *Stékoulis* (de Constantinople), une brochure ayant pour titre : *Le pèlerinage de La Mecque et le choléra au Hedjaz*.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Duché*, une *Notice* sur M. le docteur Paradis, président de la Société médicale de l'Yonne.

M. *Léon Colin* offre : 1° de la part de M. le docteur *Carivene*, médecin-major, un mémoire manuscrit, intitulé : *Étude sur le vaccin humain* et *Essai de revaccination par injection sous-épidermique* (*Commission de vaccine*); 2° au nom de M. le docteur *Petresco* (de Bucharest), la seconde partie d'un livre, en langue roumaine, ayant pour titre : *Éléments de thérapeutique et de matière médicale* et une collection de *sphygmogrammes thérapeutiques*; 3° de la part de M. le docteur *Arnould* (de Lille), une brochure intitulée : *Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde*.

M. *Vulpian* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Luc Bettos* (d'Athènes), sur les *fièvres dites paludéennes*. — (Renvoi à une commission composée de MM. Le Roy de Méricourt, Laboulbène et Léon Colin.)

M. *Proust* fait hommage d'un livre qu'il vient de publier sous le titre d'*Éléments d'hygiène pour l'enseignement secondaire des jeunes filles*.

M. *Gosselin* offre, de la part de M. le docteur *Riant*, un ouvrage intitulé : *Hygiène du cabinet de travail*.

M. *Polaillon* présente : 1° le *Bulletin de la Société de médecine de Paris pour* 1881; 2° au nom de M. le docteur *De Beauvais*, secrétaire général, le *Compte rendu* des travaux de cette Société en 1881; 3° de la part du même auteur, une brochure sur *les premiers soins à donner aux noyés*.

M. *Larrey* fait don du tome XIX des mémoires de la Société de Strasbourg et présente : 1° au nom de M. le docteur *Longet*, médecin-major, un *Troisième mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations et revaccinations pratiquées au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain* (*Commission de vaccine*); 2° de la part de M. le docteur *Fayar*, médecin d'État du ministère des Indes, l'*Exposé de ses titres* à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

M. *Gosselin* présente, au nom de M. le docteur *Paquelin*, un nouveau type de

---

qu'ils se faisaient des ceintures avec les rameaux du *Vitex*, flexibles en effet comme de l'osier, pour se prémunir contre les tentations. Un de nos confrères du siècle dernier, le docteur Venette, dans un livre oublié et qui a fait quelque scandale, a écrit à ce propos ces lignes dignes d'un traité de déontologie médicale : N'est-ce point pour cela que la statue d'Esculape était faite de bois d'*Agnus castus*, et qu'aujourd'hui dans la cérémonie du doctorat des médecins, on ceint les reins du nouveau docteur avec une chaîne d'or qui rafraîchit d'elle-même, pour lui marquer qu'en faisant la médecine, il doit être pudique et réservé avec les femmes?

E. F.

Hôpital Cochin. — M. Bucquoy a commencé ses leçons cliniques le mardi 6 mars, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mardis suivants. — A huit heures et demie, visite dans les salles et examen des malades par les élèves.

École de médecine d'Alger. — Le concours qui devait s'ouvrir, le 6 août 1883, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est reporté au 15 octobre 1883.

Direction du service de santé. — M. le médecin-inspecteur Didiot, directeur de l'École du Val-de-Grâce, vient d'être nommé, sur sa demande, directeur général de la septième direction du ministère de la guerre (service de santé de l'armée), en remplacement de M. le médecin-inspecteur Baizeau passé au cadre de réserve.

son thermocautère, construit par M. Collin, permettant de faire les opérations les plus délicates de la chirurgie ignée, notamment pour les maladies des yeux. La partie cautérisante de ce nouveau type de cautère est effilée en forme d'aiguille très fine et permet ainsi à l'opérateur de limiter à son gré l'action de l'instrument; cette partie a très peu de hauteur et il n'y a pas de chaleur au manche qui la supporte; l'incandescence du cautère est uniforme et soutenue. Il n'y a pas de rayonnement.



M. *Léon Labbé* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Jules Cloquet.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. *Vulpian* désire faire connaître à l'Académie la suite des expériences faites dans son service sur l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde, expériences qu'il a déjà indiquées dans sa communication du mois d'août dernier. Il déclare d'abord qu'en dehors des bains froids (qu'il n'a pas d'ailleurs expérimentés), il n'est pas une autre médication, aujourd'hui bien connue, qui détermine un abaissement aussi notable de température; l'acide phénique, il est vrai, paraîtrait jouir à un degré égal des mêmes propriétés, mais l'on sait à quels inconvénients expose son emploi. Pour produire des abaissements thermiques de 2 ou 3 degrés, il faut administrer 4 grammes au moins, même parfois 6 grammes d'acide salicylique par jour; dans les cas de moyenne intensité, 2 à 3 grammes suffisent. Si, d'autre part, l'on compare l'action de ce médicament à celle du sulfate de quinine à la dose de 2gr,50 par jour, on n'observe presque jamais, avec ce dernier produit, une inversion telle de la température, que celle du soir soit inférieure à celle du matin, phénomène qui, au contraire, est constamment déterminé par l'acide salicylique. On pourrait objecter toutefois que celui-ci n'a pas sur le pouls une action pareille à celle qu'exerce le sulfate de quinine; c'est un antithermique et non un antipyrétique; mais en quoi la fréquence des battements du cœur est-elle un indice plus significatif de la fièvre que l'élévation de température du corps? Ce sont bien les deux modifications morbides par lesquelles se traduit la fièvre; elles paraissent inséparables et l'on peut affirmer qu'un moyen thérapeutique qui fait baisser, presque à coup sûr, la température, est en même temps un antithermique et un antipyrétique et l'on peut même ajouter qu'il n'est antithermique que parce qu'il est antipyrétique. C'est le cas de l'acide salicylique, qui est un poison sans doute, mais il n'agit comme la plupart des médicaments qu'en produisant des effets toniques atténués; il convient en conséquence de les maintenir dans de sages limites, et à la dose de 4, 5 ou même 6 grammes par jour chez l'adulte il a une réelle efficacité sur l'abaissement de la température en même temps que se produit une amélioration indubitable de l'état général. Faut-il voir une contre-indication à son administration dans le mauvais état du foie ou des reins, comme on l'a dit? M. Vulpian ne le pense pas, car ces organes sont toujours plus ou moins affectés dans toute fièvre typhoïde et l'albuminurie d'ailleurs peut même disparaître sous l'influence de cet agent; seuls, une bronchite intense ou un délire bien accentué, sont des contre-indications à son usage et il suffit alors d'interrompre pendant un jour la médication. Quelque valeur qu'il faille apporter aux statistiques, il faut reconnaître que la mortalité des typhiques ainsi traités à l'Hôtel-Dieu par M. Vulpian a été de 6,54 pour 100, tandis que celle de tous les typhiques traités dans cet établissement et soignés autrement s'est élevée à 10,10 pour 100; la médication salicylée peut donc tout au moins soutenir la comparaison avec tous les autres modes de traitement; d'ailleurs il faut remarquer, chez tous ceux qui l'ont subie, l'absence des eschares et des abcès de convalescence.

L'orateur ajoute que son espoir a été déçu en ce qui concerne l'action directe, qu'il avait eue surtout en vue, de l'acide salicylique sur l'agent typhogène, que celui-ci soit ou non de nature microbienne; mais il n'en est nullement découragé. La conclusion des plus nettes de tout ce qui a été dit dans la discussion à laquelle se livre l'Académie depuis plusieurs mois, n'est-elle pas qu'à l'heure actuelle on ne connaît aucun traitement réellement curatif de la fièvre typhoïde? Comment peut-on en conséquence raisonnablement vanter les mérites de telle ou telle méthode thérapeutique, médecine dite rationnelle ou médecine des indications, ou encore expectation armée, méthodes qui ne sont en réalité personnelles à aucun médecin; et n'est-ce pas par une médication uniforme que l'on peut agir sur une affection de formes aussi variables, comme lorsqu'on s'adresse aux diverses formes de l'empoisonnement palustre. Toutefois la fièvre typhoïde est bien certainement une maladie spécifique; aussi M. Vulpian est-il convaincu que c'est par un traitement spécifique, capable de l'enrayer dès le début, qu'on pourra la combattre avec efficacité quelque jour, soit qu'on parvienne à détruire ou à paralyser l'agent typhogène dans les humeurs ou les tissus des typhiques, soit qu'on découvre des médicaments rendant la substance organisée réfractaire aux agressions de ce même agent, ainsi qu'il en est du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les attaques de MM. Jaccoud et Peter contre les « théories microbiennes » ne pouvaient laisser M. *Bouley* indifférent. Il s'efforce de les combattre dans la première partie d'un discours qu'il achèvera dans la prochaine séance et que nous résumerons en entier lorsqu'il sera terminé.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, par suite du décès de M. Pidoux. La liste de présentation pour l'élection qui aura lieu mardi prochain, est ainsi fixée : en première ligne, M. *Féréol;* en seconde ligne, *ex æquo*, MM. *Hayem* et *Vidal;* en troisième ligne, *ex æquo*, MM. *Desnos* et *Dumontpallier*; en quatrième ligne, M. *Ferrand*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 6 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Chancre mou du col de l'utérus : M. Martineau. (Discussion.) — Ulcération de la langue : M. Guyot. — Rapport sur les maladies régnantes : M. Ducastel.

M. *Martineau* a eu récemment l'occasion d'observer un chancre non infectant du col de l'utérus et présente à la Société le moulage qui en a été fait par M. Jumelin. Il s'agit d'une jeune femme de dix-huit ans, domestique, souffrante depuis une quinzaine de jours avant son entrée à Lourcine. Elle présentait un chancre simple étendu aux deux lèvres du col utérin et pénétrant dans la cavité cervicale; cette lésion offrait l'aspect d'une ulcération grisâtre, légèrement saillante, à bords un peu décollés. Un chancre semblable existait dans le vagin à droite du col, et d'autres à la vulve et au périnée; tous avaient un aspect identique. Autour de l'anus, existait une folliculite chancreuse assez étendue, telle que l'a décrite M. Gouguenheim.

Le chancre non infectant du col est une affection bien connue; M. Martineau en a maintes fois pratiqué l'auto-inoculation qui a été constamment positive. Cette ulcération,

ainsi que l'a fait remarquer M. Gosselin, guérit le plus souvent spontanément et disparaît d'ordinaire d'une façon brusque au bout de quatre jours environ; parfois elle persiste pendant huit et dix jours. Elle a guéri rapidement chez la malade observée par M. Martineau. Il s'est produit, d'ailleurs, chez cette femme, une adénopathie rétro-utérine assez considérable; les ganglions situés en arrière du col sont devenus volumineux, douloureux, et leur inflammation a paru plus aiguë que dans les autres cas analogues; on a pu croire un instant que l'on allait assister à l'évolution chancreuse de l'adénite. Ces faits viennent encore à l'appui de la péri-adénite étudiée par M. Martineau au cours de la métrite.

Le plus souvent, le chancre simple du col ne réclame aucun traitement; cependant, comme on le voit dans certains cas se propager par auto-inoculation au vagin, à la vulve et au périnée, il faut intervenir d'une façon active. On touche chaque jour l'ulcération du col avec un pinceau trempé dans une solution éthérée d'iodoforme, et l'on place dans le vagin un tampon de ouate hydrophile pour en isoler les parois.

M. Martineau croit cette affection bien moins fréquente que ne l'ont prétendu certains syphiligraphes; pour sa part, depuis sept ans qu'il dirige un service à Lourcine, il n'en a observé que quatre cas.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'on atteindrait mieux toutes les anfractuosités de l'ulcération chancreuse, ainsi que les chancres secondaires pouvant exister dans les culs-de-sac vaginaux, en projetant au fond du vagin, avec un pulvérisateur, l'éthérolé d'iodoforme. Il recommande la formule suivante : éther, 100 grammes; iodoforme, 3 grammes.

M. *Gouguenheim* rappelle que dans tous les cas de folliculite chancreuse qu'il a observés, il y avait, ainsi que chez la malade de M. Martineau, un chancre simple du col; la folliculite doit faire songer à l'existence de la lésion du col utérin. Un certain nombre de ces chancres non infectants du museau de tanche étaient accompagnés d'adénites, parfois même très volumineuses; cependant l'engorgement ganglionnaire n'est pas absolument constant. Ainsi que l'a dit Fournier, le chancre mou du col est assez fréquent; M. Gouguenheim est surpris que M. Martineau n'ait pas eu plus fréquemment occasion de l'observer. Pour lui il a souvent constaté son existence. Il guérit certainement seul, en peu de jours, dans bien des cas, mais il est quelquefois plus persistant et dure alors deux semaines ou même davantage. Il faut le traiter par les applications d'iodoforme, tant que sa surface est grisâtre; aussitôt qu'elle devient rouge, on doit employer les cautérisations au nitrate d'argent.

M. *Martineau* croit qu'un certain nombre d'ulcérations simples du col peuvent être confondues avec le chancre non infectant, si l'on n'a pas recours au contrôle de l'auto-inoculation. Il déclare à ce propos que, pour lui, la lésion décrite sous le nom d'exulcération hypertrophique syphilitique n'existe pas; c'est une simple ulcération due à la métrite.

M. *Gouguenheim* a toujours pratiqué l'auto-inoculation pour tous les chancres ayant un caractère tant soit peu douteux, quel que fût leur siège; quant aux chancres simples du col, il a constamment tenté l'inoculation et a obtenu des résultats positifs.

— M. *Guyot* présente à la Société un homme atteint depuis quatre mois d'une ulcération persistante de la langue; depuis trois mois cette lésion avait été fréquemment cautérisée par un médecin de la ville, et lorsque le malade vint consulter M. Guyot, il présentait une adénopathie sous-maxillaire ayant un caractère d'acuité très marqué et formant une tumeur du volume d'une orange; l'ulcération linguale, d'ailleurs, n'avait subi aucune amélioration. Sous l'influence des émollients, l'adénite a disparu rapidement, mais l'ulcération persiste et entrave l'alimentation par suite de vives douleurs dont elle est le siège. On voit sur le reste de la langue de nombreuses plaques nacrées. M. Guyot demande l'avis de ses collègues au sujet du diagnostic et du traitement de cette affection.

M. *Gouguenheim* fait observer que cette ulcération, qui fait le tour de la pointe de la langue, repose sur une base indurée au delà de laquelle on retrouve la souplesse naturelle de l'organe, qu'il a existé une adénopathie aujourd'hui disparue, que l'état général est satisfaisant, et qu'en présence de cet ensemble de symptômes, il croit pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un accident primitif de syphilis en voie de transformation. Il est d'avis d'administrer l'iodure de potassium.

M. *Martineau* est entièrement de l'avis de M. Gouguenheim relativement à la nature de la lésion : c'est un chancre en voie de transformation en syphilide papulo-hypertrophique.

M. *Guyot* n'avait pas trouvé dans cette lésion, dans sa marche, les caractères d'un chancre syphilitique; il a quelque peine à se ranger à ce diagnostic. Il n'avait pas osé entreprendre le traitement mercuriel, sachant que, sous l'influence du mercure, les ulcérations non chancreuses de la langue deviennent plus graves et marchent plus rapidement.

M. *Martineau* fait remarquer que, toutes les fois que l'on cautérise un chancre, il s'enflamme, s'ulcère et perd tous ses caractères objectifs. D'ailleurs dans le cas actuel, on ne peut songer à une ulcération tuberculeuse, on n'y voit pas les points jaunes caractéristiques; ce n'est certainement pas un épithélioma, la marche de l'affection et l'état général du malade ne laissent aucun doute à cet égard; ce n'est pas non plus du psoriasis buccal en voie de transformation en épithélioma. Dans ce dernier cas, le traitement mercuriel pourrait certainement être nuisible, mais chez le malade de M. Guyot il ne pourra avoir que de bons effets, car il s'agit certainement d'une lésion syphilitique; non pas d'un accident tertiaire, la langue ne présentant pas les sillons fendillés de la glossite atrophique, mais bien d'un chancre lingual en voie de se transformer en syphilide papulo-hypertrophique. La guérison peut en être obtenue, au bout d'une dizaine de jours, par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique à 10 milligrammes.

M. *Gouguenheim*. Ces syphilides papulo-hypertrophiques sont très avantageusement modifiées par l'iodure de potassium; aussi, eu égard aux inconvénients présentés par le mercure, il donnerait la préférence au traitement ioduré.

M. *Guyot* va tenter le traitement spécifique chez son malade, il tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

M. *Du Castel* donne lecture de son *rapport sur les maladies régnantes* pour le quatrième trimestre de 1882.

La température moyenne pendant les mois d'octobre, novembre et décembre a été de 8°,3, par conséquent supérieure à la moyenne normale pour le trimestre correspondant qui est de 6°,7; la hauteur des eaux de pluie a atteint le chiffre très élevé de 240 millimètres, au lieu de 156 millimètres, chiffre moyen pour cette période.

La mortalité générale a été assez considérable, puisqu'elle est représentée par 4247 décès, au lieu de 3146, moyenne calculée pour le même trimestre des dix dernières années. On a recueilli, dans les hôpitaux de 20 à 21 000 malades, chiffre qui peut paraître bien considérable, par rapport à celui des années précédentes, mais qui s'explique en partie par l'augmentation du nombre de lits des divers établissements hospitaliers. — La pneumonie et la pleurésie ont été moins fréquentes et moins graves pendant le quatrième trimestre, tandis que la phthisie pulmonaire a présenté une morbidité et une mortalité plus élevées. — Pour la diphthérie, on a enregistré, dans les hôpitaux, 303 admissions au lieu de 308 pendant la même période de 1881, et 188

décès au lieu de 227. En ville 432 décès au lieu de 604. — La fièvre typhoïde a présenté une rémission assez marquée et une bénignité relative; la mortalité moyenne a été de 13 pour 100. On a signalé, pendant le quatrième trimestre, la fréquence des hémorrhagies et des perforations intestinales : sur 109 malades, M. Millard a observé douze fois ces complications, quel que fût d'ailleurs le traitement institué; M. Du Cazal a fait la même remarque au Val-de-Grâce. Durant le trimestre précédent, on avait enregistré surtout les complications pharyngées. — Les fièvres éruptives se sont montrées plus rares et moins graves que dans les années précédentes.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé, depuis quelque temps, à Saint-Antoine, quatre cas de variole ayant frappé, dans la même salle, des malades entrées depuis longtemps déjà à l'hôpital pour des affections chroniques. Trois de ces malades sont mortes. Il croit pouvoir attribuer cette petite épidémie développée à l'intérieur de l'établissement, à l'isolement insuffisant du personnel du service spécial des varioleux; une infirmière de ce service venait tous les matins dans la salle de femmes de M. Dujardin-Beaumetz, pour chercher une pile électrique dont on avait besoin dans le service des varioleux. Ce fait vient prouver, une fois de plus, la nécessité d'hôpitaux spéciaux pour les malades atteints de variole.

M. *Dumontpallier* a cru pouvoir conserver, dernièrement, dans ses salles, une jeune fille qui offrait, à son entrée à l'hôpital, des signes incertains de variole, car tous ses malades sont soigneusement revaccinés. Cette jeune fille, vaccinée antérieurement, succomba le onzième jour à une variole confluente; mais aucun cas intérieur ne s'est développé. Il insiste donc sur la nécessité de la revaccination de tous les malades soignés à l'hôpital.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que ses malades avaient été revaccinées sans succès.

M. *Millard* fait toujours transporter d'urgence dans les services spéciaux tous les malades atteints de variole, alors même que le diagnostic est encore douteux. Il croit cette précaution nécessaire, non seulement en vue des autres malades, mais aussi des personnes qui viennent les visiter. Il n'a pas eu un seul cas de variole développé dans ses salles.

M. *Tenneson* a observé, en 1881, huit ou dix cas de variole développés à l'hôpital même, dans un seul service de chirurgie; il n'a pas, cette année, observé de contagion dans les salles, malgré les communications incessantes établies par les infirmiers entre le service des varioleux et les autres services généraux.

M. *E. Labbé* a vu, à la Maison de Santé, une jeune fille atteinte de varioloïde communiquer une variole mortelle à l'infirmière chargée de la soigner. Cette femme, du reste, avait refusé peu auparavant de se laisser revacciner.

— A cinq heures, la séance est levée.

André Petit.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Morphiomanie : M. Dally. — Empyème dans un cas de gangrène pulmonaire : M. Moutard-Martin.

M. *Dally* a appris dernièrement par un médecin de province que, dans la localité où il exerce, sévit actuellement une sorte de petite épidémie de crises hystériques convulsives. Le traitement employé par ce médecin consiste dans des injections sous-cutanées de morphine, renouvelées trois et quatre fois par jour. M. Dally inclinerait à penser que ce procédé thérapeutique a plutôt pour effet d'entretenir l'épidémie qui s'est développée; d'autre part, il se demande s'il n'y a pas là un danger résultant de l'intoxication prolongée par la morphine? Pour sa part, il a remarqué que l'hydrothérapie restait ordinairement sans action chez les hystériques morphiomanes; il est vrai de dire que, le plus souvent, ces malades abandonnaient rapidement l'eau froide, pour reprendre les injections de morphine dont elles ne pouvaient plus se passer. Cet abus de la *piqûre* de morphine ne constitue-t-il pas un véritable danger public?

M. *Moutard-Martin* est d'avis que le véritable danger des injections de morphine ne consiste pas dans l'usage qu'en font les médecins, mais dans l'abus auquel se livrent les malades qui les pratiquent eux-mêmes, dès qu'ils éprouvent la moindre souffrance. Il a vu une jeune fille de dix-huit ans, hystérique, qui avait pris une habitude telle des piqûres de morphine, qu'elle en faisait de vingt à trente par jour, atteignant ainsi la dose de 30 centigrammes de morphine dans les vingt-quatre heures. Il a obtenu d'elle de diminuer progressivement le nombre des injections, et aujourd'hui, après trois ans d'efforts consciencieux pour renoncer à cette habitude regrettable, elle est parvenue à cesser entièrement.

M. *Créquy* connaît une dame âgée de trente ans, hystérique, qui s'injecte ainsi, chaque jour, 80 centigrammes de morphine. L'affection nerveuse n'en est d'ailleurs nullement améliorée, mais elle ne peut plus se passer de ses piqûres.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que la médication de l'hystérie par l'opium à haute dose a été préconisée par Gendrin et que, actuellement encore, M. Bernutz s'en déclare partisan convaincu.

Il faut reconnaître, du reste, que beaucoup d'hystériques abusent des injections hypodermiques et deviennent morphiomanes, sans grand bénéfice thérapeutique au point de vue de la névrose; les hystériques sont, il est vrai, un mauvais terrain pour expérimenter l'action médicamenteuse : elles présentent cette disposition particulière que M. Huchard a si justement qualifiée du nom *d'ataxie thérapeutique* des hystériques. M. Dujardin-Beaumetz insiste en outre sur les suppurations multiples qui se montrent chez les morphiomanes, non seulement dans les points où ont été pratiquées les piqûres, mais encore dans d'autres régions des téguments. Il a observé, dernièrement encore, ces abcès multiples chez une dame, et a pu diagnostiquer, par ce seul signe, l'abus qu'elle faisait, en secret, des piqûres de morphine depuis plus de trois ans. C'est le troisième fait du même genre qu'il ait rencontré. Le pus de ces abcès présente ordinairement, au moment où on les ouvre, une odeur gangreneuse et un aspect de putridité caractéristique. Cette tendance aux suppurations multiples se manifeste lorsque l'élimination de la morphine devenant insuffisante, apparaissent les premiers symptômes d'intoxication.

M. *Blondeau* est d'avis que si les injections de morphine peuvent faire disparaître les attaques hystériques, parfois aussi elles les provoquent. Il pratiqua un jour une piqûre de morphine d'un demi-milligramme à une dame atteinte d'hystérie, jusque-là non convulsive : elle eut immédiatement une attaque violente.

M. *Moutard-Martin* fait observer que le même phénomène se serait sans aucun doute produit, chez cette malade, à la suite d'une injection d'eau pure.

M. *Dujardin-Beaumetz* a constaté que dans la grande hystérie, ou hystéro-épilepsie, le traitement par les bromures ne donne pas de résultats bien nets, tandis qu'on sait que dans l'épilepsie vraie il réussit dans la moitié des cas à supprimer les accès. Dans les autres formes de l'hystérie, les bromures paraissent surtout convenir aux cas dans lesquels il y a des tendances congestives, chez les femmes fortes, vigoureuses, expansives; l'opium, au contraire, semblerait réussir

davantage chez les femmes faibles, facilement abattues, et qui versent fréquemment des pleurs.

M. *Guyet* fait remarquer que M. Vulpian enseigne l'inefficacité du bromure dans l'hystéro-épilepsie.

— M. *Moutard-Martin* relate une opération d'empyème qu'il a pratiquée la semaine précédente. Il s'agissait d'un médecin de province, âgé de quarante-quatre ans, ayant présenté, il y a quatre ans, des symptômes d'affection thoracique et ayant constamment toussé depuis lors. Il y a deux ans, il fut jugé phthisique et envoyé dans le Midi; à son retour, en mai dernier, il vint à Paris et consulta plusieurs médecins, il avait alors depuis quelque temps des crachats spumeux, sanguinolents, revenant par crises à des intervalles variables. Plusieurs diagnostics furent portés : phthisie; épaississement considérable et ancien de la plèvre; catarrhe et dilatation bronchique. Le malade retonrna au mois de novembre passer l'hiver à Pau. Il fut examiné par deux médecins qui constatèrent à ce moment une légère diminution de la sonorité dans toute la hauteur du poumon droit, en arrière; une matité presque complète sous l'aisselle; une sonorité normale en avant. En arrière on entendait de gros râles disséminés, remplacés bientôt par des râles variant de la crépitation sèche au frottement pleural, jusqu'à la base; dans l'aisselle on constatait un silence complet, mais dans les grandes inspirations une crépitation pleurale. Au mois de décembre, le malade éprouva en se couchant la sensation du flot de la succussion hippocratique, elle fut perçue également le lendemain par les médecins qui le soignaient. L'un d'eux pensa à une ancienne pleurésie enkystée ouverte dans les bronches, l'autre à un kyste du foie communiquant avec l'arbre aérien. Il n'y avait pas eu d'ailleurs de vomique, mais toujours des crachats sanguinolents.

Depuis le mois de janvier dernier, le malade fut incommodé par une fétidité assez prononcée de l'haleine. Il vint à Paris le 15 janvier et consulta à ce moment M. Moutard-Martin, qui, après un examen minutieux, resta encore dans le doute sur certains points. Il lui sembla que la cavité contenant le liquide dont l'agitation produisait le bruit de succussion, devait être assez éloignée de la paroi thoracique; en effet, il percevait un murmure vésiculaire affaibli, lors des grandes inspirations, dans les points mêmes où la matité était le plus prononcée : nulle part d'ailleurs elle n'était absolue.

M. Moutard-Martin pratiqua une ponction exploratrice dans le neuvième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire, et lorsque l'aiguille fut progressivement enfoncée dans toute sa longueur il obtint l'issue d'un liquide brun, avec des stries d'un blanc grisâtre, répandant une odeur infecte. Il ne s'échappa aucun gaz. L'analyse du liquide révéla de l'albumine, un grand nombre de globules sanguins déformés et de leucocytes, et quelques cristaux de cholestérine, mais en minime quantité. Le malade se trouva soulagé pendant quatre à cinq jours, puis les mêmes symptômes se montrèrent de nouveau. Une deuxième ponction, pratiquée à 4 centimètres en avant de la première, puis une troisième quelque temps après, donnèrent les mêmes résultats. M. Moutard-Martin s'étant absenté, et le malade se trouvant de nouveau plus souffrant, M. Lancereaux qui avait été également consulté fit une nouvelle ponction avec un trocart plus volumineux, et retira un litre et demi d'un liquide offrant les mêmes caractères histologiques, mais bien plus épais que le premier. L'état général s'étant aggravé peu après, l'opération de l'empyème fut décidée et pratiquée le 17 février. M. Lancereaux admettait que le liquide était situé dans la grande cavité pleurale, mais entouré de fausses membranes très épaisses; M. Moutard-Martin pensait plutôt à un épanchement interlobaire, et peut-être à un cancer du poumon. L'hypothèse d'un kyste du foie avait été éliminée, ce viscère ayant toujours présenté un volume normal et étant absolument indolore. Après avoir incisé toute l'épaisseur de la paroi thoracique, au niveau du point où l'on constatait la matité la plus prononcée, M. Moutard-Martin dut encore traverser avec le bistouri une lame de parenchyme pulmonaire atélectasié d'une épaisseur de 3 centimètres et demi environ. Il s'échappa alors un litre et demi d'un liquide tout semblable à celui qu'avaient fourni les ponctions aspiratrices; dans une secousse de toux, la plaie donna issue à une masse molle, de coloration grisâtre parsemée de taches noires, à surface irrégulière et du volume d'un petit œuf de poule; elle offrait l'aspect d'un caillot sanguin ancien, mais le microscope démontra que c'était une portion de poumon sphacélé. On institua des lavages phéniqués, et l'odeur putride qui s'exhalait de la cavité diminua rapidement d'intensité; cependant, au bout de quelques jours, elle prit de nouveau un caractère gangreneux, nauséabond, et samedi dernier, pendant un lavage, quatre masses de tissu pulmonaire sphacélé furent encore expulsées. Depuis ce moment, la fétidité a disparu presque entièrement, l'état général est satisfaisant (37°,5 à 38°,5), l'appétit a reparu et la guérison semble probable. M. Moutard-Martin croit, dès lors, pouvoir établir le diagnostic de pleurésie interlobaire enkystée, avec gangrène pulmonaire consécutive; il insiste sur le peu de dangers que présente l'incision d'une lame pulmonaire atélectasiée; il a observé deux fois déjà l'innocuité relative d'une semblable opération.

M. *Dujardin-Beaumetz* se demande si l'on ne pourrait admettre dans ce cas une grande caverne gangreneuse, sans pleurésie; il a observé des faits analogues.

M. *Moutard-Martin* est d'avis que l'ancienneté du début de l'affection exclut l'idée de gangrène pulmonaire primitive. Pour lui, la pleurésie interlobaire s'est montrée tout d'abord, puis, au mois de septembre, s'est accompagnée de gangrène pulmonaire secondaire, avec développement de gaz dans le foyer; c'est à ce moment que s'est produit le phénomène de la succussion hippocratique. La communication avec les bronches ne s'est établie qu'au mois de janvier, époque où l'on voit apparaître la fétidité de l'haleine, nettement perçue par le malade.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De la pérityphlite, par M. le docteur Noyes.

Dans la séance du 21 décembre 1882 de la Société médicale du Rhode-Island, l'auteur a lu un mémoire sur la pérityphlite et son traitement chirurgical. C'est Parkers, chirurgien américain, qui pratiqua le premier cette opération, en 1843, et par conséquent avant le chirurgien anglais Hancoch.

Bull, en 1872, résumant 76 cas d'abcès consécutifs à cette inflammation, dans lesquels on n'intervint pas chirurgicalement, constata que trente-trois fois la maladie s'était terminée par la mort. D'après le docteur Noyes, dans une série de 100 cas qui furent opérés, quinze fois seulement on observa la mort. Chez 33 cas de ces malades, il existait des corps étrangers ou des matières fécales dans la cavité de l'abcès. L'emploi du bistouri est donc indiqué de préférence à l'aspirateur, dont l'usage conviendrait plutôt comme moyen d'exploration. (*Boston medical and surgical Journal*, 4 janvier 1883, p. 17.)

BIBLIOGRAPHIE

Rapport sur l'enseignement de l'odontologie en Angleterre, adressé à M. le ministre de l'instruction publique, par le docteur V. Galippe. Broch. in-8°. — Paris, 1882. G. Masson.

Observations sur le projet de réglementation de la profession de dentiste voté par la Faculté de médecine (extrait du *Journal des connaissances médicales*), par le même.

A l'époque où la Faculté de médecine discuta le projet d'*organisation de l'art dentaire en France*, sur lequel elle avait été consultée par le ministre de l'instruction publique, et qu'elle n'a voté qu'avec de sérieuses modifications, M. le docteur Galippe fut, parmi les écrivains de la presse médicale, un de ceux qui combattirent résolùment le principe même du projet, consistant dans la création d'un diplôme spécial. On sait que, dans la mesure de nos forces, nous avons été de ceux-là. Depuis cette époque, de nouveaux documents, de nouveaux mémoires nous sont parvenus, parmi lesquels une très sérieuse étude de M. le docteur Maurel, médecin de première classe de la marine. Nous n'avons pas cru devoir, quant à présent, ranimer une discussion éteinte par le vote de la Faculté, par le silence prolongé du ministère, et pour laquelle ces aliments disponibles viendraient, au contraire, à propos si le gouvernement, placé tout à la fois en face de son propre projet, en face de celui de la Faculté, et surtout en face de l'*Ecole dentaire libre*, qui fonctionne activement, se décidait enfin à prendre un parti. Nous ne nous arrêterons donc pas à la seconde brochure de M. Galippe, où nous trouvons quelquefois nos arguments indiqués en termes trop obligeants; et, si nous disons quelques mots de la première, c'est qu'elle constitue une sorte de pièce officielle méritant, à ce titre, d'être signalée à tous ceux qui s'occupent de législation médicale. C'est, en effet, un tableau exact et complet de l'organisation spéciale de l'art dentaire et de ses rapports avec le système général de l'organisation de la médecine et de la chirurgie, dans un pays où la question a reçu par le *Dentist's Act* (1878) une solution bien arrêtée et paraissant avoir reçu sa forme définitive dans l'*hôpital* et l'*école* dentaires réunis au Leicester square. Il est facile de voir, néanmoins, en parcourant cet Acte et tous les règlements rassemblés dans la brochure, qu'il n'y aurait pas place en France pour une institution semblable, par ce motif que l'ensemble de notre organisation médicale, si différente de celle de la Grande-Bretagne, ne pourrait s'y adapter.

Sur le fond de la question, qui est en réalité le degré et la nature de l'éducation professionnelle nécessaire au dentiste, on a agi en Angleterre d'après ce principe, exposé au *Congrès international de Londres* par M. John Tomes : que l'instruction du dentiste et les examens auxquels il sera astreint ne doivent pas être inférieurs à ceux du médecin; « qu'il s'agit seulement d'une certaine différence dans la forme, mais non dans le degré, c'est-à-dire d'une instruction et d'examens spécialement adaptés aux exigences du chirurgien dentiste. » Et, d'un autre côté, M. Harvard, faisant également les parts respectives du chirurgien ordinaire et du dentiste, estime que les matières d'instruction nécessaire sont, pour le premier, des trois cinquièmes, et, pour le second, de deux cinquièmes. En somme, rechercher quelles sont les parties du programme de médecine qui peuvent être diminuées ou omises pour le dentiste, « c'est là, dit M. Tomes, qu'est le nœud de la question »; le savant spécialiste n'oublie pas une condition toute spéciale d'aptitude, l'expérience des pratiques manuelles; et il voudrait que ce stage professionnel *précédât* les études théoriques.

Eh bien, nous engageons le lecteur à parcourir avec un soin particulier les règlements relatifs au diplôme de *chirurgien-dentiste*, délivré par les collèges royaux de chirurgie, et aux diplômes de membre effectif (*menbership*) et de membre associé (*fellowship*) de ces mêmes collèges. L'impression qui résulte pour nous de cet aperçu, c'est d'abord qu'on demande aux futurs dentistes trop ou trop peu; trop, si l'on veut réduire leur art à des opérations manuelles, telles que celles qui sont mentionnées dans la statistique de l'hôpital dentaire pour l'année 1881, c'est-à-dire l'extraction, l'aurification, l'obturation et le redressement; trop peu si on leur donne accès dans les parties de l'art médico-chirurgical qui nécessitent la connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie générales. On peut se demander, il est vrai, ce que sont ces *cas variés* qui, sur un total de 30 803 cas, figurent dans la statistique pour le chiffre de 3549? De quelles maladies s'agissait-il, qui n'avaient nécessité aucune des opérations mécaniques ci-dessus mentionnées? Il serait bon de le savoir pour pouvoir apprécier au juste la valeur des garanties d'instruction générale exigées des élèves dentistes. En second lieu, le principe même sur lequel on s'appuie est, pour ainsi dire, trop juste; car s'il faut, pour bien exercer une spécialité, d'une part acquérir la *même somme* de connaissances que pour exercer l'art médical tout entier, sauf à les distribuer d'une autre manière, on se demande naturellement pourquoi l'on ne crée pas aux mêmes conditions des auristes, des oculistes ou des orthopédistes. C'est, du reste, une conséquence que M. Galippe n'a pas méconnue.

Et tout ceci conduit à une remarque qui terminera cet article. La grande difficulté de la réglementation est qu'elle porte sur un objet mal défini. Le règlement anglais impose uniquement des études de *chirurgie*; le projet français, mieux avisé, des études de chirurgie et de *médecine*, car les maladies dentaires ont au moins autant de rapports avec la pathologie interne qu'avec la pathologie externe; mais cette mesure réduite d'instruction générale, que l'une et l'autre exigent, à quelles occurrences de la pratique dentaire doit-elle répondre? Le dentiste anglais peut-il porter le bistouri ou le feu dans la bouche ; le français pourra-t-il administrer des remèdes contre l'affection gastrique qui amène la carie? Il y aurait là plus d'une obscurité à éclaircir avant même de légiférer.

A. D.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : BERTILLON.

Nous annonçons avec un regret profond la mort d'un confrère auquel la droiture du caractère, d'opiniâtres et utiles travaux, une aptitude remarquable aux sciences les plus diverses : statistique générale, anthropologie et ethnographie, hygiène, botanique, etc., avaient attiré depuis longtemps la considération et la sympathie universelles. Son œuvre principale consiste néanmoins dans les applications qu'il a faites de la statistique à l'étude de l'hygiène, de la pathologie et des mouvements de la population. Sa *Démographie figurée de la France* (in-4° avec 58 cartes) a reçu une récompense à l'*Exposition des sciences géographiques*. L'Ecole d'anthropologie le comptait au nombre de ses professeurs, et il avait été président du Congrès international de statistique à Paris en 1878 et de la Société de statistique.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici la note que publie, encadrée de noir, le dernier *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale :*

« ... Trop longue serait l'énumération des publications auxquelles il a attaché son nom. Ses nombreux articles sur divers sujets de démographie, publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* ses tables de mortalité ; ses mémoires sur la mortalité de l'enfance, sur les mou-

vements de la population; enfin, et surtout, sa Démographie figurée de la France, ou étude statistique de la population française, avec tableaux graphiques, constituent la partie capitale de son œuvre.

» C'est le docteur Bertillon qui, dès 1858, a, le premier, soulevé l'importante question de la mortalité des nourrissons parisiens, en montrant que le département de la Seine et les treize départements qui l'entourent fournissaient, pendant la première année de la vie, 35000 décès pour 173000 naissances, tandis que, dans le reste de la France, pour un nombre égal de naissances, le nombre des décès n'était que de 26000. Ses travaux ont fourni au rapporteur de la loi de 1874, sur la protection de l'enfance, les arguments les plus saisissants.

» Le docteur Bertillon a couronné sa carrière, tout entière consacrée au travail, en réorganisant sur des bases scientifiques le service de la statistique municipale, à la tête duquel il a été placé en 1880. »

Puisqu'il est question, dans cette note, du *Dictionnaire encyclopédique*, nous rappellerons que cette publication lui doit, en dehors des questions de statistique, de géographie médicale, de démographie, de remarquables articles sur l'*acclimatement*, les *champignons*, les *angles céphaliques* et un grand nombre d'autres sujets.

Bertillon était né à Paris en 1821; il avait été pendant quelques années médecin de l'hôpital de Montmorency, et c'est dans cette localité qu'il avait commencé ses observations mycologiques. Il a succombé à une maladie chronique des reins.

Ses obsèques ont eu lieu à Neuilly-sur-Seine, samedi dernier, au milieu d'une grande affluence de confrères et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Desmoulins, au nom du Conseil municipal de Paris; par M. Vergniaud, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, au nom de l'administration; par M. Levasseur (de l'Institut), au nom de la *Société de statistique;* par M. le docteur Dally, au nom de la *Société* et de l'*Ecole d'anthropologie*, par M. le docteur Letourneau, au nom de la *Société d'autopsie* et par M. Vimont, ancien adjoint à la mairie du Ve arrondissement pendant le siège.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET EN ACCOUCHEMENTS.

Au moment où s'ouvre ce concours, on parcourra peut-être avec intérêt la liste suivante des sujets de compositions écrites et de leçons orales qui ont été donnés, dans les précédents concours, depuis 1869.

Liste des sujets de compositions écrites données dans les précédents concours d'agrégation de chirurgie et accouchements.

En 1869. — *Question de chirurgie :* Appareil respiratoire. Anatomie et physiologie (au point de vue des phénomènes mécaniques de la respiration). — *Question d'accouchements :* Les mamelles (anatomie et physiologie).

En 1872. — *Question de chirurgie :* La vessie (anatomie et physiologie). — *Question d'accouchements :* L'appareil circulatoire comparé chez l'embryon, le fœtus et l'adulte (anatomie et physiologie).

En 1875. — *Question de chirurgie :* Appareil ligamenteux du rachis. Des différents modes de progression chez l'homme. — *Question d'accouchements :* Corps de Wolff. Menstruation.

En 1878. — *Question de chirurgie :* Tissu cartilagineux (anatomie et physiologie). — *Question d'accouchements :* Muqueuses de l'appareil génital chez la femme (anatomie et physiologie).

En 1880.— Appareil vasculaire utéro-ovarien. De la fécondation.

Sujets des leçons orales de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

1872. — *Chirurgie :* Des luxations traumatiques de la hanche. — Des fractures compliquées de la jambe. — Des perforations de la voûte palatine. — Des plaies du globe de l'œil.

1872. — *Accouchements :* Des positions postérieures dans les présentations de l'extrémité céphalique.

1875. — *Chirurgie :* Des kératites.—Anévrysmes de la carotide. — Luxation de l'astragale. — Synovite fongueuse du genou. — Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — Rétrécissement de l'œsophage. — Phlegmon néphrétique.

1875. — *Accouchements :* Des cas qui demandent la délivrance artificielle.

1878. — *Chirurgie :* De la synovite tendineuse. — Corps étrangers spontanés des articulations. — Les abcès de la mamelle. — Des diverses espèces de cataractes et de leur traitement. — Le rétrécissement du rectum. — Les hémorrhoïdes.

1878. — *Accouchements :* Etiologie des rétrécissements du bassin. — Des signes de la grossesse du quatrième et du cinquième mois.

1880.— *Chirurgie :* Des corps étrangers dans les voies aériennes. — De l'ostéomyélite traumatique. — Du resserrement permanent des mâchoires. — Des luxations du coude en arrière et de leur traitement. — Des kystes congénitaux du cou. — Les abcès rétro-pharyngiens. — L'otite suppurée. — Rétrécissement du larynx et de la trachée. — Plaies articulaires du genou. — Perforations centrales du périnée.

1880. — *Accouchements :* De la lymphangite mammaire chez les femmes récemment accouchées. — Des signes de la mort de l'enfant pendant la grossesse et pendant le travail. — Trombus de la vulve et du vagin. — De la rétention du placenta dans la fausse couche des premiers mois. — Le diagnostic des grossesses extra-utérines. — La mensuration du bassin chez la femme. — De l'attitude fœtale aux différentes époques de la grossesse.

(*A suivre.*)

Mortalité a Paris (9e semaine, du vendredi 23 février au jeudi 1er mars 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1194, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 9. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6.—Diphthérie, croup, 47.— Dysentérie, 1.—Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 227. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 90. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 20; inconnu, 3.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 122; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 87; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 9e semaine. — Il a été notifié pendant la 9e semaine, au service de la statistique municipale, 1254 naissances et 1194 décès. Ce dernier chiffre est sensiblement égal à celui de la semaine précédente, qui était de 1198. Il est toutefois supérieur encore à la moyenne des quatre dernières semaines, qui est de 1174. A l'égard des affections épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 34), la variole (9 au lieu de 11); une aggravation pour la diphthérie (47 décès au lieu de 38). La rougeole a encore causé, comme pendant la 8e semaine, 23 décès. Les quartiers les plus frappés sont ceux des Grandes-Carrières, de la Roquette, du Père-Lachaise et de Montparnasse. Quant à l'épidémie diphthérique, sa répartition locale est fort inégale.

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux, du 19 au 25 février, diffère très peu de la précédente. Les chiffres d'admission sont, pendant cette période : pour la diphthérie, 36; la variole, 31; la fièvre typhoïde, 76. Ceux du dernier Bulletin étaient : 34, 30, 67.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 15 mars 1883.

LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Enquêtes relatives à l'enseignement supérieur : Le doctorat ès sciences médicales.

Par une dépêche adressée aux recteurs à la date du 17 février dernier, M. le ministre de l'instruction publique invite les Facultés et les Écoles de médecine, ainsi que les Conseils académiques, à discuter de nouveau les questions qui leur avaient été déjà soumises par une circulaire que nous avons reproduite et interprétée (1882, p. 744 et 817). M. le ministre rappelle que plusieurs Conseils académiques ont demandé un supplément d'informations; il résume les délibérations qui lui sont parvenues; enfin il exprime le vœu que les Écoles et les Facultés mettent d'accord ces opinions souvent contradictoires et discutent les avis divers, qui ont été exprimés, avec un juste sentiment de déférence pour l'importance des corps qui les ont émis, pour la sincérité et la liberté des doctrines et dans le seul but de concourir au progrès de l'enseignement dans notre pays. Afin de mieux éclairer les membres du corps enseignant auxquels il adresse cet appel, le directeur de l'enseignement supérieur a fait réunir, en une brochure qui vient d'être publiée, les rapports des Facultés, des Écoles et des Conseils académiques sur l'utilité de la création du titre de docteur ès sciences médicales. « Il n'a été fait, est-il dit dans la préface de ce recueil, aucun changement, si insignifiant qu'il pût paraître, aux procès-verbaux, aucune note n'a été ajoutée même pour rectifier des erreurs de faits. » Nous avons donc sous les yeux un résumé très exact et très précis des opinions exprimées par les représentants les plus autorisés de l'enseignement médical en France, et nous devons remercier le ministère de l'instruction publique de l'initiative qu'il vient de prendre. Ce système d'enquêtes publiques, consistant à consulter successivement les professeurs des Facultés et des Écoles de médecine, puis les Conseils académiques qui jugent au point de vue des intérêts généraux de l'Université les avis donnés par le corps enseignant, a le mérite de faire connaître l'opportunité d'une réforme. Lorsque celle-ci, par l'adhésion que lui apporte la majorité des

FEUILLETON

Lettres médicales.

La transportation des récidivistes. — Bertillon. — La limite d'âge du professorat.

Cher confrère,

La présente lettre vous montrera combien j'apprécie votre bon cœur, et l'amour que vous portez, j'en suis sûr, à vos semblables. Excusez-moi pourtant de cette dernière expression, car les semblables dont il va s'agir sont messieurs les récidivistes. Vous savez que la Chambre est saisie d'un projet de loi destiné à nous séparer *gurgite vasto* de ces amis de l'ordre et de la propriété. J'ai voulu savoir si ces pauvres gens ne manqueraient de rien là-bas; s'ils jouiraient d'un ciel salubre; s'ils auraient de bonne viande, de bons légumes, de bons fruits, de toutes ces choses nécessaires à une vie confortable, que du moins, en France, ils avaient chance de se procurer par le moyen qu'employa jadis Hercule pour conquérir les pommes d'or d'un jardin célèbre; je veux dire en passant par-dessus les murs. Or voici, cher confrère, ce que je puis vous dire sur ce sujet et maintenant je ne plaisante plus.

Le choix du gouvernement s'est porté sur les quatre pays suivants : la *Nouvelle-Calédonie*, les îles *Loyalty*, les *Nouvelles-Hébrides*, dans l'océan Pacifique, et le territoire d'*Ankara*, dans le nord de Madagascar. On ne parle plus de la Guyane : c'est l'aveu définitif de l'échec absolu des tentatives si malheureuses et trop prolongées dont ce pays a été le théâtre.

De la Nouvelle-Calédonie j'ai peu de chose à vous dire. Sans y avoir séjourné, on peut savoir que cette grande terre mélanésienne s'étend sur une longueur de 270 kilomètres et une largeur moyenne de 55, du 20e au 22e degré de latitude sud, dans l'océan Pacifique. La transportation des

corps qui ont été consultés, paraît nécessaire, la section permanente du Conseil supérieur, saisie à son tour, peut préparer un projet de décret, et l'assemblée générale du Conseil supérieur se trouve en état de délibérer en pleine connaissance de cause pour aboutir à une solution vraiment utile aux intérêts de l'enseignement public. Ces enquêtes ont aussi pour résultat de « mettre les membres des différents ordres d'enseignement à même de se bien connaître les uns les autres, et par suite de s'apprécier avec une entière justice, de mieux voir leur intérêt particulier et l'intérêt général et de s'améliorer par des réformes que l'opinion des maîtres les plus autorisés aura consacrées et rendues nécessaires avant même qu'une décision officielle ne soit intervenue ».

Nous applaudissons à ces paroles et nous accueillerons toujours avec un sympathique empressement les documents administratifs semblables à celui que nous venons de recevoir. Mais, tout en rendant hommage à la sincérité et au bon vouloir de l'administration universitaire, nous ne pouvons manquer de signaler les résultats de la première enquête faite à propos d'une question au sujet de laquelle nous nous sommes déjà prononcé.

La lecture des procès-verbaux que nous avons sous les yeux montre, en effet, que toutes les Facultés et Écoles de médecine, à l'exception des Facultés de Bordeaux, Lille et Lyon, sont opposées à la création du grade de *docteur ès sciences médicales*, et que la plupart des Conseils académiques ont adopté l'avis de la majorité des Facultés et des Écoles. A Paris, Caen, Dijon et Toulouse, les Conseils académiques ont demandé l'ajournement de toute décision. A Lille, le Conseil académique a voté contre la création du nouveau grade, bien que la Faculté de médecine ait émis un vote favorable à cette création; à Montpellier, au contraire, où la Faculté de médecine avait adopté les conclusions si rigoureusement déduites et si nettement formulées du rapport de M. Grasset, le Conseil académique a jugé qu'il serait utile de créer un doctorat ès sciences médicales, d'exiger des candidats à ce titre une année supplémentaire de scolarité, divers diplômes universitaires (licence ès sciences physiques ou naturelles, ou bien titre de chef de clinique, prosecteur, interne, etc.), deux thèses originales, etc. Mais, dans tous les autres centres universitaires, les Facultés ou Ecoles de médecine et les Conseils academiques se sont trouvés d'accord.

Une grande majorité paraît donc acquise pour affirmer l'inopportunité de la création d'un grade supérieur à celui de docteur en médecine et les arguments invoqués à l'appui de cette opinion peuvent se résumer en quelques lignes. Le nouveau titre sera conféré au détriment du titre de docteur en médecine qu'il affaiblira et frappera d'une sorte de déchéance; il ne sera pas un titre médical; ne répondant qu'à une spécialité des sciences médicales, il sera, le plus souvent, une doublure du doctorat ès sciences. Il n'aura aucune signification précise. Si, pour le conquérir, il faut augmenter la durée de la scolarité, cette obligation restreindra, dans de grandes proportions, le nombre des aspirants; elle rendra presque impossible la préparation des concours d'agrégation. Les candidats à ce grade, dit supérieur, se spécialiseront de bonne heure, négligeront les études cliniques qui font le médecin et se confineront dans un laboratoire. Ils réserveront, pour leurs thèses spéciales, les résultats de leurs travaux personnels et, dès lors, les thèses de docteur en médecine deviendront, de plus en plus, des compilations sans valeur. Les aspirants au grade de docteur ès sciences médicales déserteront la province; ils s'empresseront d'accourir à Paris, de se mettre sous la direction des maîtres qui seront appelés, plus tard, à juger leurs concours d'agrégation; ils reconnaîtront bientôt que, comme les titres de docteur ès lettres ou de docteur ès sciences, le titre de docteur ès sciences médicales n'aura de valeur que s'il a été obtenu près de la Faculté de Paris. Abandon de la médecine pour la physiologie ou l'anatomie normale ou pathologique; centralisation à Paris de tous les aspirants au grade supérieur; abaissement du titre de docteur en médecine; difficultés, de plus en plus sérieuses, pour le recrutement des agrégés et par conséquent des professeurs, tels seraient les résultats probables de la création du nouveau grade.

Quels sont donc les arguments invoqués à Lyon et à Bordeaux pour défendre cette création nouvelle? — Nous ne parlons pas de la Faculté de Lille, qui se borne à déclarer que le grade de docteur en médecine n'a pas la valeur scientifique des titres conférés dans les autres Facultés. — A Lyon et à Bordeaux, le seul argument sérieux émis en faveur de la création du nouveau grade est l'opportunité de donner une sanction officielle aux études de biologie, c'est-à-dire aux travaux de laboratoire, qu il faut encourager et protéger contre la tendance qu'ont les étudiants en médecine à préférer les études cliniques aux études biologiques. Nous voudrions pouvoir opposer à ces déclarations, qui mériteraient d'être prouvées, les arguments tout contraires que développent les rapports de MM. Tourdes et Grasset. Mais le

---

criminels, la déportation surtout des condamnés de la Commune, l'ont rendue célèbre, et l'on peut dire qu'une expérience de plus de quinze ans a démontré la salubrité de la Nouvelle-Calédonie. C'est là, bien entendu, un résultat relatif, car la mortalité des troupes européennes y est toujours assez élevée (de 20 à 30 pour 1000); mais on a le droit d'espérer que les progrès de l'hygiène amèneront un abaissement progressif de ce chiffre. La Nouvelle-Calédonie appartient cependant à la zone torride; mais elle doit à sa position insulaire, à la constitution géologique de son sol, d'échapper à l'endémie palustre, et les maladies qu'on y observe principalement sont celles qui résultent d'une température élevée (moyenne annuelle de 24 à 25 degrés) : l'anémie, les congestions du foie et l'hépatite; ou celles qui tiennent à des causes que l hygiène fera peut-être disparaître quelque jour : la fièvre typhoïde (importée par nous) et la dysentérie.

Quoi qu'il en soit, on peut considérer comme certain qu'un essai de transportation des récidivistes réussirait là comme a déjà réussi celui de la transportation des criminels, puisque le condamné qui debarque a devant lui vingt et un ans de vie probable, tandis qu'à la Guyane il n'avait que sept ans dans les postes favorisés, et trois ans à peine dans les autres! La déportation des condamnés politiques a donné également des résultats de nature à encourager un tel essai, puisque la déportation simple à l'île des Pins, pendant les sept ans qu'elle a duré, n'a donné qu'une faible mortalité qui, pour les affections relevant de la clinique interne, a été en moyenne de 14,5 pour 1000 de l'effectif. Reste à savoir s'il convient d'envoyer dans le même pays des condamnés à des peines si différentes, et comment on ferait vivre côte à côte, et sous des régimes divers, les criminels et les récidivistes, et quel redoutable noyau de coquins on créerait dans une île qui serait bientôt trop petite, et où les honnêtes gens se plaignent déjà, non sans raison, de manquer de sécurité. Mais ce sont là des questions politiques dans l'examen des-

moment n'est pas venu d'entamer, à ce sujet, une discussion plus approfondie. Les Facultés et les Ecoles de médecine vont prendre connaissance des documents que nous venons de lire. Nous ne doutons pas qu'une forte majorité ne se prononce encore contre la création du titre de docteur ès sciences médicales. Reste donc la solution proposée par M. Brouardel et acceptée par la Faculté de médecine de Paris, c'est-à-dire la création d'un titre de docteur ès sciences anatomo-physiologiques exclusivement réservé aux jeunes savants qui se consacrent aux études d'anatomie et de physiologie, et qui ont besoin d'un titre universitaire spécial pour ambitionner certaines positions officielles. Dans ce cas, les médecins et les chirurgiens n'auraient rien à redouter. Leurs élèves continueraient les recherches cliniques indispensables à l'exercice professionnel, nécessaires à tous ceux qui savent comprendre l'importance et la valeur des études médicales. Quant aux anatomistes et aux physiologistes, ils pourraient, sans avoir besoin du titre de docteur en médecine, — le Conseil académique de Lyon le demande expressément, — obtenir un diplôme qui leur ouvre l'accès de certaines chaires spéciales. Ce titre de docteur ès sciences anatomo-physiologiques ne serait nullement exigible pour l'agrégation en médecine, ce serait un titre à part, assimilable à celui de docteur ès sciences. Cette création ne modifierait donc en rien les conditions actuelles de l'organisation médicale, et à cet égard elle perdrait les inconvénients qui viennent d'être signalés.

Nous ne faisons non plus aucune difficulté de reconnaître que l'on pourrait étudier, avec M. Brouardel, l'opportunité de la création d'un certificat dit de *médecine publique*, c'est-à-dire d'un diplôme spécial que pourraient ambitionner ceux qui se vouent soit aux études de médecine légale, soit aux études d'hygiène, bien que l'exemple des pays étrangers montre qu'il n'y a nulle utilité et qu'il existe souvent de grands inconvénients à réunir dans les mêmes mains la médecine judiciaire, assistance que le médecin apporte à l'administration de la justice, avec l'hygiène, service d'ordre général, mais d'un caractère tout spécial. Mais quant aux médecins et aux chirurgiens, nous répéterons ce qu'a si bien dit M. Tourdes : « Un titre nouveau n'est nullement nécessaire pour développer les vocations scientifiques. Le savant n'a pas besoin d'un diplôme de plus pour solliciter ses recherches ; il a sa récompense dans la notoriété publique, dans le suffrage des Académies, dans les positions diverses que son talent lui procure. Le médecin, le chirurgien, entrés dans les hôpitaux par la voie du concours, arrivés à la réputation et au succès, n'iront pas chercher dans ce diplôme un surcroît de notoriété qu'ils n'y trouveront pas et qu'ils obtiennent sans ce titre. »

L. Lereboullet.

Contributions pharmaceutiques.

PILULES DE TARTRATE DE FER ET DE POTASSE.

Ces pilules sont ordinairement confectionnées avec un extrait tonique, celui de quinquina, par exemple. La formule la plus générale est celle-ci :

Tartrate ferrico-potassique.........	10 grammes.
Extrait mou de quinquina.........	10 —

F. s. a. 100 pilules argentées.

Au bout de quelques heures ces pilules se fendillent et prennent un si vilain aspect qu'on les dirait altérées.

Le pharmacien peut alors être soupçonné de les avoir mal préparées. Pour éviter cet inconvénient, il est indispensable d'employer la gomme arabique et la gomme adragante. Mais comme cette substance rend la masse élastique et impropre à une division régulière, j'ai cherché quelle était la quantité la plus faible que l'on pût employer pour obtenir une consistance convenable, et j'ai trouvé qu'il en fallait seulement 1/10e.

Ainsi, une simple addition d'un peu de poudre de gomme contenant 1/10e de gomme adragante suffit pour empêcher ces pilules d'éclater.

Il sera nécessaire de procéder de la même manière pour les pilules contenant de la limaille de fer ou du fer réduit; car souvent, d'après leur composition, elles se comportent comme celles de tartrate ferrico-potassique.

Les médecins feront donc bien d'écrire à la fin de la formule citée plus haut :

Gomme en poudre contenant 1/10e de gomme adragante, q. s., pour faire 100 pilules non argentées (l'argenture ne pouvant que retarder leur désagrégation dans l'estomac).

Je ne veux pas raconter en ce moment l'histoire curieuse des préparations ferrugineuses. Elles ont toutes eu leur heure de célébrité. Qu'il me soit seulement permis, en terminant, de recommander un produit trop négligé, à mon avis : le pyrophosphate de fer et de soude, ou bien le même sel citro-ammoniacal.

Ce composé est le mieux toléré, et c'est celui qui occasionne

---

quelles je ne veux ni ne peux entrer. Il est probable toutefois que ces considérations et bien d'autres encore ont frappé les auteurs du projet de loi, puisqu'on dirige l'attention des Chambres sur d'autres territoires.

Les îles *Loyalty* appartiennent au même groupe que la Nouvelle-Calédonie; elles sont situées dans la même zone géographique et climatérique, entre le 20e et le 22e degré de latitude sud. Ce groupe se compose de trois îles principales : Maré, Lifou, Ouvéa et de nombreux îlots inhabités. Vues de loin, les îles Loyalty se présentent comme une suite de plateaux isolés, presque de même niveau, s'élevant à peine de 50 à 60 mètres au-dessus de la mer. Presque partout escarpées ou descendant en pente rapide vers le rivage, les falaises qui bordent les deux grandes îles, Maré et Lifou, plongent verticalement dans la mer. Quelques pointes seules se bordent de petites plages de sable blanc madréporique. C'est dans la grande baie de l'île Lifou (baie du Sandal) que se trouve Chépénéhé, poste militaire occupé, depuis 1864, par quelques soldats. Ouvéa n'est qu'une longue bande de terre qui faisait jadis partie d'un atoll aujourd'hui démantelé.

Les îles Loyalty qui n'offrent, en totalité, qu'une superficie de 2000 kilomètres carrés, sont en partie stériles, en partie couvertes de plantations et de fourrés ; à peine la roche, en bien des points, se couvre-t-elle de mousses et de lichens. Dans les lieux plus favorisés, il n'existe qu'une mince couche de terre végétale, percée çà et là par des blocs dépouillés. Ainsi, presque dépourvu de terre végétale et fissuré en tous sens, le sol est peu propre à retenir les eaux. En le voyant (ce n'est pas moi qui ai vu cela) en tant d'endroits caché sous les palmiers, les fougères, les ficus, les guettardia, les araucaria, qui y prospèrent, on se demande comment tout cela peut vivre Cependant, les beaux arbres sont rares et les bois, quoique très touffus, sont en majeure partie composés d'arbres de faible jet Ces îles manquent à peu près complètement d'eau douce. On y trouve cependant des excavations, des réservoirs où s'accumulent, par filtra-

le moins de constipation; mais il faut l'employer en pilules et non en solution.

Voici la formule que je conseille :

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal..	20	grammes.
Poudre de gomme....................	3	—
Poudre de réglisse..................	2	—
Sirop de gomme.....................	q. s.	

Pour 100 pilules non argentées.

En prescrire de 2 à 4 par jour au moment des repas.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie et anatomie pathologique.

Tumeur du sein; ablation et récidive, par M. le docteur Lebovicz (de Salonique). — Examen de la tumeur et remarques, par M. A. Hénocque.

Nous recevons d'un de nos confrères de Salonique une observation de tumeur du sein, et cette tumeur elle-même qu'il soumet à notre examen.

L'opération faite par le docteur Lebovicz ayant donné lieu à des appréciations diverses, en Angleterre et à Salonique, nous croyons qu'il est utile de donner l'avis qui nous est demandé; mais comme la relation de notre confrère est fort détaillée, nous résumerons l'histoire de la malade.

Obs. — Mme Alexandrine R..., âgée de trente-huit ans, mère de six enfants, ayant toujours joui d'une bonne santé, et d'une forte constitution, n'a jamais souffert d'aucune maladie.

En 1879, deux ans après ses dernières couches, elle sentit un petit nœud de la grosseur d'une noix sur le sein gauche, et qui resta quelque temps inaperçu.

Le 20 janvier 1881, à ma première consultation, j'ai constaté ce qui suit :

Dans le sein gauche, 4 centimètres au-dessus du mamelon, à la partie externe, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; le centre de cette tumeur est rétracté, le pigment de l'épiderme noirâtre, sans mobilisation. La palpation fait ressentir des douleurs; la consistance de cette tumeur est dure; il semble, à la consistance, que ce soit un sarcome. Les autres glandes mammaires de la partie interne et au-dessous du mamelon sont conglomérées, cependant l'attouchement ne fait ressentir aucune douleur. Les glandes axillaires sont libres.

Pendant les six premiers mois que je n'ai pas vu la malade, son médecin lui prescrivait internement l'iodure de potassium, et faisait externement sur la tumeur des badigeonnages de teinture d'iode, mais malheureusement sans résultat, car la tumeur augmentait de jour en jour.

Le 15 juillet 1881, étant appelé de nouveau en consultation, je trouvai la tumeur augmentée du triple. Mme R... était dans le troisième mois de grossesse, et avait horreur d'entendre nommer le mot opération... On prescrivit la liqueur de Fowler.

Un mois après, la tumeur diminue de volume, la mobilisation devient plus sensible, et la rétraction commence à disparaître, de manière qu'il y avait à espérer une résorptiou, sinon totale, au moins partielle.

Le 10 septembre, juste au moment où la rétraction commençait à disparaître, il se forma un petit abcès qui se fit jour, et par où s'échappa un peu de pus; le traitement antiseptique était toujours rigoureusement gardé, et la suppuration continua. A la fin de septembre, la plaie était d'une circonférence de 12 centimètres, et à peu près de 3 centimètres de profondeur; de temps en temps le docteur Lebovicz cautérisait la plaie avec une solution de chlorure de zinc dans la glycérine, à 10 pour 100, puis avec une solution concentrée de chlorure de potassium.

Le 4 novembre, après midi, de forts frissons annoncèrent les prodromes d'une forte fièvre. Le soir, on observa le sein malade, d'une couleur rouge; la température monta jusqu'à 39 degrés centigrades.

Le 5 novembre, on constatait un érysipèle du sein malade; du vagin venait quelques gouttes de sang, et la nuit de fortes contractions de l'utérus, sans douleurs considérables, expulsaient le fœtus de cinq mois.

Le 14 novembre, après la disparition de l'érysipèle, on reprit le traitement par le chlorure de potassium jusqu'au 24 novembre. Le 1er décembre, un abcès qui avait poussé à la partie supérieure de la tumeur fut incisé, et l'on continua l'usage de la solution de chlorure de zinc et de chlorure de potassium. Enfin, le 8 janvier 1882, on fit une application de chlorure de zinc qui ne put être supportée. Enfin, le 11 janvier, on décida la malade à se laisser opérer.

M. le docteur Matcovich-bey chloroformisa la malade en six minutes, M. le docteur Perera surveillait le pouls et la respiration, MM. les docteurs Rasy et Suso s'occupaient des instruments et veilllaient à ce que les bandages, etc., d'après le procédé de Lister, fussent bien préparés.

Voilà maintenant mon procédé d'opération :

Je traçai avec le scalpel le signe d'opération en incisant la peau; je fis deux incisions semi-ovoïdes en commençant d'en bas, près du mamelon, en allant près du creux axillaire, et coupant 1 centimètre dans la chair saine, afin de ne laisser aucun résidu cancéreux pour une récidive.

Après avoir extirpé cette tumeur, je sondai dans le creux axillaire, et j'y trouvai encore quelques glandes axillaires infiltrées que j'extirpai; tous mes collègues visitèrent après moi la plaie, et comme il n'y avait plus rien à enlever, après avoir maîtrisé l'hémorrhagie en faisant la ligature des trois petites artérioles, je la fermai par plusieurs sutures et le pansement antiseptique. Nous mîmes au lit la malade, qui se trouvait très satisfaite aussi. L'opération n'avait duré que vingt-cinq minutes environ. Longueur de la plaie, 24 centimètres. Application de seize sutures; en bas j'introduisis un drainage pour faciliter l'écoulement du pus.

---

tion, les eaux de mer qui restent plus ou moins saumâtres. Les eaux de pluie, chargées de calcaire, déposent de la même façon leurs cristaux au fond des grottes pittoresques de Lifou et d'Ouvéa.

Quoique plus fécondes que ne semblerait le comporter leur constitution géologique, les îles Loyalty ne présentent pas de grandes ressources. Elles ont déjà beaucoup à faire pour nourrir leur population d'environ 1200 âmes.

Comme à la Nouvelle-Calédonie, l'année s'y partage en deux saisons. De mai à janvier règne la belle saison, la saison sèche, avec les grandes brises d'est et de sud-est interrompues par des vents d'ouest peu redoutables; le temps est beau, le baromètre se tient aux environs de 762 millimètres, le thermomètre, à midi, marque de 22 à 24 degrés. Le reste de l'année, le temps est très variable; les pluies sont abondantes, les orages fréquents, les coups de vents de nord-ouest s'y montrent avec violence. Janvier est le mois où s'observent, de temps en temps, des ouragans dévastateurs.

On ne possède aucun renseignement certain sur la pathologie des Loyalty. Il est vrai qu'on retrouve, à leur propos l'éternelle affirmation de tous les voyageurs qui se sont laissé séduire par le soleil : « *le climat est des plus salubres* ». Tout ce qu'on sait de positif à leur sujet nous fait penser qu'il en est aux Loyalty comme en Calédonie Rien ne s'opposerait donc à ce qu'elles servissent de lieu de transportation, sinon leur étroite superficie et leurs faibles ressources. Il faudra sans doute tout y porter. Mais, en fait de colonisation, nous nous plaisons, nous autres Français, à bien d'autres paradoxes.

Les *Nouvelles-Hébrides* appartiennent aussi à la zone intertropicale de l'hémisphère sud. Elles sont plus voisines de l'équateur, et partant plus chaudes que les précédentes: elles gisent parallèlement à la Nouvelle-Calédonie et aux Loyalty, à une centaine de lieues dans le nord-est; elles sont comprises entre le 15e et le 21e degré de latitude sud Cet archipel comprend un très grand nombre d'îles et

La masse extirpée avec les glandes pesait 350 grammes.

Le 18 février, la plaie ne s'était pas fermée, malgré toutes les médications possibles; les bords s'endurcissent. La malade se plaint de douleurs à l'aisselle, près de la plaie ouverte. Je proposai une seconde opération, ayant observé malheureusement une récidive se manifestant sur les bords de la plaie restante; mais malheureusement aussi elle ne voulait plus subir d'opération. La santé et l'appétit en général sont bons.

Depuis le mois de février jusqu'au mois de juin il y eut plusieurs consultations, mais tout traitement fut stérile, et la malade se décida à partir pour Londres

La malade fut traitée dans cette ville par un docteur R....th, qui paraît n'avoir pas bien compris le rapport du docteur Lebovicz, puisqu'il pensa d'abord à la possibilité d'une tumeur bénigne. Bientôt, d'ailleurs, il décida la malade à se faire opérer de nouveau, et le 18 juillet le docteur Birkett enleva avec le cautère Paquelin des noyaux indurés. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un *scirrhus cancer*. La malade resta plus de trois mois à Londres, et fut de retour à Salonique dans un état pitoyable. Le docteur Perera, son médecin actuel, rapporte qu'elle peut à peine marcher; il y a de l'œdème du bras gauche, avec infiltration dans le creux axillaire et vers le dos; elle ne peut pas tourner la tête en arrière; elle ne repose que sous l'action des narcotiques.

Remarques. — Il paraît que le médecin qui a soigné la malade à Londres a exprimé le regret que l'examen histologique de la tumeur n'eût pas été fait, et c'est ce point que j'ai été prié de compléter. Voici le résultat de mon examen :

La tumeur est arrivée en parfait état de conservation; elle pesait 250 grammes, avait la forme d'un gros ovoïde de 18 centimètres de long sur 8 de large et autant d'épaisseur; la face antérieure, formée par la peau, présente une grosse excavation à bords indurés et irréguliers; les faces latérales et postérieures sont formées par du tissu cellulo-adipeux.

L'examen microscopique montre, dans les points voisins de la peau, une infiltration de cellules épithéliales et épithélioïdes; dans le tissu de la glande mammaire, on retrouve des acini et des canalicules, quelques-uns conservés, mais la plupart hypertrophiés, élargis, et formant des lacunes comblées de cellules épithéliales. L'infiltration épithéliale s'est faite dans les acini, dans les canalicules, à la surface et dans l'épaisseur du derme, d'où l'aspect de faux culs-de-sac, de cônes, de pseudo-acini, en d'autres termes l'aspect hétéradénique; çà et là on retrouve des globes épidermiques.

L'infiltration existe au loin dans le tissu adipeux, le long des vaisseaux et dans les espaces lymphatiques; les cellules y sont plus petites, moins irrégulières, et forment de petites masses et des traînées de cellules. En résumé, cette tumeur est un carcinome épithélial de la glande mammaire, étendu à la peau, et en voie de propagation le long des vaisseaux et par les lymphatiques.

Tels sont les caractères de la tumeur; ils expliquent la récidive et la généralisation. Si l'on rappelle que, dans la première opération, on dut enlever des ganglions axillaires déjà envahis par la dégénérescence, on ne peut certes s'étonner que la récidive ait eu lieu, puisque, dans les cas analogues, elle peut être considérée comme la règle.

Le docteur Lebovicz pense que l'ablation était assez étendue pour extirper tout le cancer; à mon avis, dans de tels cas, le chirurgien peut avoir cet espoir; mais comment pourrait-il affirmer que le système lymphatique n'est pas atteint au loin lorsque les ganglions axillaires sont atteints? Si le chirurgien n'opérait les cancers du sein que lorsqu'il aurait une telle certitude, je crois que les opérations de ce genre seraient singulièrement rares; et c'est précisément parce que l'observation clinique démontre malheureusement trop souvent les récidives que les chirurgiens sont d'avis d'opérer le plus tôt possible. Cette vérité est démontrée une fois de plus par l'observation que nous venons de rapporter. Et, dans le fait, il n'a pas tenu à M. Lebovicz que l'opération fût pratiquée plus tôt. Notre confrère a d'ailleurs rempli les indications que comportait ce cas, et ce n'est que dans la nature maligne de la tumeur qu'on doit rechercher la cause d'une récidive qu'on pouvait considérer, à mon avis, comme fatale.

Pathologie externe.

Observation de syphilis testiculaire bilatérale avec gomme épididymaire ou funiculaire, par M. A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

A la fin de l'année dernière, j'ai observé à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, un cas de syphilis testiculaire présentant quelques particularités assez remarquables. Je commencerai par donner immédiatement l'observation du malade.

Obs. — Montet (Jules), âgé de trente-cinq ans, égoutier, entré le 23 novembre 1882, salle Saint-André, n° 29. Bonne santé habituelle. Pas trace de tuberculose personnelle ou héréditaire.

Avant 1875, le malade n'a jamais rien constaté d'anormal du côté du testicule; il nie toute blennorrhagie, toute orchite; il dit n'avoir jamais eu de chancre, on ne trouve aucun commémoratif de syphilis; le malade dit seulement avoir eu, au régiment, en 1868, des « crêtes de coq » sur le côté droit du gland, à sa jonction avec le prépuce. On a excisé ces végétations, et il reste maintenant une petite cicatrice à ce niveau.

En 1875, début de l'affection du testicule droit; douleur subite dans cette glande; une heure ou deux après, le testicule a commencé à gonfler, et le lendemain matin il était arrivé à son volume maximum. Pendant deux jours, les douleurs ont forcé Montet à garder le lit (frictions d'onguent gris); au bout de quatre jours, il a pu reprendre son service. Le testicule, depuis ce moment, est resté

---

d'îlots dont l'ensemble forme une chaîne de 120 lieues de long; mais il n'y en a qu'une douzaine à peine qui méritent de fixer l'attention. Sauf les deux grandes, Sandwich ou Vaté et Espiritu-Santo, la plupart sont des cônes volcaniques dont trois flambent encore. Leurs pentes sont couvertes de forêts; le plus souvent, les derniers contre-forts arrivent jusqu'à la mer et ne laissent entre leurs pointes que de petites plages où il est parfois même difficile d'atterrir. Toutes ces îles portent les traces de nombreux soulèvements ou affaissements, brusques ou lents, anciens, récents ou même contemporains. Elles sont entourées d'une ceinture calcaire qui se prolonge plus ou moins sous les eaux, mais on n'y trouve pas de récifs détachés. Les cendres des volcans et les débris végétaux y forment un humus mince, et il est fort à craindre que, si la végétation spontanée qui recouvre le roc vient à être détruite, il ne soit difficile de la remplacer.

Ici encore, l'année se partage en deux saisons : l'une sèche, de mai à octobre; l'autre chaude et humide, de novembre à avril A la fin de la saison chaude, on y observait dernièrement de 28 à 32 degrés dans le jour et jamais moins de 25 la nuit. La saturation atmosphérique est alors presque complète. Dans la belle saison, les alizés soufflent du sud-sud-est. Pendant la saison des pluies, les calmes sont brusquement remplacés par des vents violents du sud-est, et presque chaque année l'archipel est plus ou moins ravagé par un ouragan; mais ces météores se montrent de préférence vers les îlots sud. La pluie est fréquente, même pendant la saison dite sèche : c'est ce qu'atteste la puissance de la végétation qui prospère sur la faible couche d'humus.

Tous les caractères des climats insalubres de la zone intertropicale se rencontrent aux Nouvelles-Hébrides : chaleur intense et humide, détritus végétaux abondants. Les deux grandes îles, Sandwich et Espiritu-Santo, moins montueuses que les autres, plus irrégulières dans leurs formes, présentent des plaines qui sont de véritables marais; les collines s'ar-

gros, mais indolent; il n'a jamais diminué de volume. Aucun accident nouveau n'est survenu de ce côté, et actuellement, au dire du malade, l'état est exactement le même qu'il y a sept ans.

Il y a quinze jours, une tumeur s'est manifestée au point aujourd'hui occupé par une ulcération, c'est-à-dire dans le pli génito-crural gauche, sur le côté du scrotum. Après avoir grossi pendant quelque temps, cette tumeur, parvenue au volume d'une noisette, s'est ulcérée le 18 novembre. Tumeur et ulcération ont constamment été indolentes.

Actuellement.— Testicule droit gros comme le poing environ, assez régulièrement ovoïde, un peu aplati d'un côté à l'autre; consistance très dure; indolence absolue à la pression. On ne sent pas la limite du testicule et de l'épididyme. La surface de la tumeur est, surtout en avant et en dedans, parsemée de petits grains durs du volume d'un grain de plomb à celui d'une lentille. Pas de liquide dans la vaginale. Téguments souples, normaux parfaitement mobiles. Cordon un peu gros et dur.

A gauche, dans le pli génito-crural et à la partie la plus élevée de la face libre du scrotum, ulcération oblique en haut et en dehors, se dirigeant vers l'arcade de Fallope, ovalaire, longue de 5 centimètres et large de 3. Le fond est gris, inégal, et à sa périphérie cette masse bourbillonneuse répond à la face profonde, rosée et bourgeonnante de la peau, décollée sur l'étendue de quelques millimètres, surtout en bas et en dehors. Cette ulcération repose sur une tumeur grosse comme une forte noix, absolument indolente, un peu bosselée, se prolongeant en se rétrécissant vers le canal inguinal, et répondant en bas et en avant au testicule, dont un sillon la sépare. Le testicule est augmenté de volume; il est dur, indolent, de forme régulière, et, surtout au voisinage de la tumeur précédente, présente des grains durs semblables à ceux du testicule droit. Pas d'hydrocèle. Peau normale, sauf au niveau de l'ulcération.

Des deux côtés, on sent dans le pli de l'aine un chapelet de ganglions lymphatiques, petits, durs, roulant sous le doigt, indolents, occupant surtout la partie interne du pli de l'aine et en série parallèle à ce pli. Prostate et vésicules séminales saines. Troubles fonctionnels nuls. Les érections et le coït sont normaux. — Iodure de potassium, 2 grammes.

Le 26 novembre, le fond de l'ulcération se déterge; autour de la masse grise apparaît une zone rosée. — Iodure de potassium, 3 grammes.

Le 27, iodure de potassium, 4 grammes.

Le 28, les deux testicules ont déjà notablement diminué. Le droit est réduit d'un tiers environ. Sur l'ulcération, les bourgeons rosés s'étendent surtout en bas et en dehors.— Iodure, 5 grammes.

Le 29, iodure, 6 grammes; friction mercurielle avec onguent napolitain, 4 grammes.

Les jours suivants, les deux tumeurs testiculaires ont rapidement diminué. A droite, on a commencé à sentir la limite entre le testicule et l'épididyme. L'ulcération s'est progressivement détergée en même temps qu'elle se rétrécissait.

Le 6 décembre, le testicule gauche devient un peu plus souple et il est un peu sensible à la pression. Le fond de l'ulcération est entièrement rosé et bourgeonnant.

Le 7, le testicule droit s'assouplit à son tour et devient sensible à la pression.

Le 9, le malade sort, sur sa demande. Le testicule droit est encore à peu près doublé de volume; le gauche est redevenu presque normal; l'épididyme gauche a environ le volume du testicule correspondant et reprend sa souplesse. L'ulcération, parfaitement bourgeonnante, est large à peu près comme une pièce de 50 centimes. Les bords ne sont plus décollés, sauf un peu en bas et en dehors.

Montet devait revenir nous voir, et est en effet revenu une fois, trois jours après sa sortie. Il avait continué le traitement antisyphilitique, et l'amélioration s'était accentuée. L'ulcération n'avait plus que les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Mais, malgré sa promesse, nous ne l'avons pas revu depuis.

Réflexions. — Cette observation montre d'abord que le sarcocèle syphilitique peut avoir des symptômes assez nets pour qu'on puisse le reconnaître en dehors de tout accident spécifique antérieur ou concomitant. C'était, en effet, le cas ici, et cependant il ne nous semble pas qu'on puisse contester le diagnostic de syphilis testiculaire; M. Reclus, que M. Guyon avait prié de venir voir le malade, l'a porté immédiatement. L'ulcération avait l'aspect typique d'une gomme: l'indolence absolue, la dureté des deux testicules, l'existence de bosselures en grain de plomb à leur surface étaient autant de signes caractéristiques. On ne pouvait songer un instant à la tuberculose; une tumeur maligne ne fût pas restée sept ans stationnaire. Le traitement, par son efficacité, a bien montré ultérieurement la nature syphilitique des accidents. Et cependant le malade n'a jamais eu ni chancre, ni roséole, ni plaques muqueuses; il nous a seulement dit avoir eu quelquefois mal à la gorge, ce qui n'est pas suffisant pour établir l'existence de la vérole. Quoique le sujet soit peu soigneux, et il l'a prouvé en restant pendant sept ans sans se faire soigner de son sarcocèle, il est bien évident que sa syphilis a été des plus bénignes.

Le sarcocèle droit nous offre un exemple de la forme aiguë décrite par M. Reclus. Le malade dit fort nettement que la maladie a débuté brusquement par une douleur bientôt suivie de gonflement. La période douloureuse a été de très courte durée. Peut-être un effort a-t-il été la cause occasionnelle. Le sujet était, en effet, à cette époque musicien dans un régiment, et jouait d'un des plus gros instruments de cuivre; et c'est pendant l'exécution d'un morceau que la douleur l'a pris subitement.

Des deux côtés il y a eu des lésions épididymaires. A droite elles ont été constatées lorsque, par la diminution de la tumeur, on a pu sentir le sillon de séparation entre le testicule et l'épididyme. A gauche, elles ont été prédominantes, et l'affection a envahi pour une bonne part le cordon spermatique.

Avant de revenir sur la gomme, je signalerai encore deux faits : l'absence d'hydrocèle (qui pour M. Reclus n'existe que dans la moitié des cas), et l'activité plus grande de la maladie

---

rêtent là à quelque distance de la mer, les eaux qui se précipitent des hauteurs serpentent lentement dans des terres basses, converties en plantations de cocotiers, de bananiers, ou même de coton, sous les efforts de colons anglais ou allemands. Mais les palétuviers qui bordent les rives décèlent l'insalubrité de ce sol. La fièvre paludéenne et la dysentérie règnent parmi les naturels, et l'on cite des missions qui ont dû fuir devant ces endémies.

Si donc les Nouvelles-Hébrides offrent à la transportation un plus vaste espace que les Loyalty, elles présentent, en revanche, beaucoup plus de chances d'insalubrité. Sans doute, on pourra trouver sur les hauteurs des sites propres à l'établissement de quelque sanitarium, mais le déboisement, qui ne manquerait pas, produirait tout aussitôt les effets qu'il a amenés à l'île de la Réunion.

Partons maintenant pour *Ankara.* Quand on se rend de la Réunion à Nossi-Bé ou à Mayotte, on double la pointe nord de Madagascar, le cap d'Ambre. C'est une terre basse vers laquelle on voit s'incliner en pente douce l'arête montagneuse qui forme, pour ainsi dire, l'épine dorsale de Madagascar. Cette région, la moins élevée de l'île, la plus rapprochée de l'équateur, et, par conséquent, la plus chaude, est celle à la possession de laquelle nous avons des droits et sur laquelle on parle de diriger les récidivistes. Les documents sur cette portion non explorée, font presque complètement défaut, mais on peut s'en faire une idée juste par ce que l'on connaît des points occupés, et par ce que nous ont appris les récentes explorations de Madagascar. Il importe de faire remarquer que cette partie septentrionale de l'île, désignée sous le nom de territoire d'Ankara est située plus près de l'équateur, c'est-à-dire plus avant dans la zone torride, que tous les points occupés par les Français, sauf Nossi-Bé. C'est donc à la fois la partie la plus chaude, la plus humide et aussi la plus basse de toute l'île celle où l'arête montagneuse longitudinale est le plus mince et le moins élevée.

du côté envahi le second. Tandis, en effet, qu'à droite nous avons eu le sarcocèle classique, à gauche une gomme s'est manifestée rapidement, et cette gomme diffère par quelques points de la description ordinaire.

D'abord, M. Reclus dit que les gommes siègent toujours en avant du scrotum; ici, l'ulcération occupe franchement la face interne du scrotum, dans le pli génito-crural. Il y a une observation de Ricord où le siège n'est pas tout à fait antérieur, mais il n'est pas non plus franchement interne. Le fait que nous avons observé s'explique, car notre malade a certainement une gomme, non pas du testicule, mais de l'épididyme ou de la portion scrotale du cordon. Or, si les gommes du testicule ne sont pas fréquentes, celles de l'épididyme et surtout du cordon sont plus rares encore. Nous ne précisons pas davantage le siège anatomique exact de la tumeur. Il nous semble bien difficile, dans la masse qui répondait à l'épididyme et au cordon, de reconnaître nettement si la gomme s'est produite dans l'épididyme ou dans la partie la plus inférieure du cordon.

Nous ferons remarquer en terminant que cette gomme a été complètement indolente pendant toute son évolution. Cela confirme l'opinion de M. Reclus, pour qui les gommes superficielles ne sont pas douloureuses, tandis que les profondes se manifestent presque toujours par des souffrances quelquefois très vives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

DE LA FACULTÉ PROLIFIQUE DES AGENTS VIRULENTS ATTÉNUÉS PAR LA CHALEUR, ET DE LA TRANSMISSION PAR GÉNÉRATION DE L'INFLUENCE ATTÉNUANTE D'UN PREMIER CHAUFFAGE, par M. *A. Chauveau.*

On a vu, dans ma première Note, que l'inoculation montre l'atténuation d'autant plus marquée que la durée du chauffage a été plus longue. Mais je rappellerai aussi qu'il arrive souvent, dans les conditions où j'ai le plus habituellement fait agir la chaleur, que les cultures perdent toute activité infectieuse dès le premier stade du chauffage, soit après une heure d'exposition à la température + 47 degrés. Il n'est plus alors possible de constater l'accroissement graduel de l'influence de la chaleur. Mais ce que l'inoculation n'est pas capable de nous apprendre peut nous être révélé avec la plus grande netteté par les résultats de la reprise de l'évolution, au sein même des cultures soumises à l'influence atténuante de la chaleur.

Je vais citer comme exemple un cas simple. Trois matras contenant la même quantité du même bouillon stérilisé sont ensemencés avec une goutte du même sang et placés dans l'étuve à + 43 degrés Ils y restent le temps nécessaire à la multiplication des *Bacilli*, soit vingt heures environ. Les voilà préparés à subir le chauffage à + 47 degrés, qu'on fait durer une heure pour l'un des matras, deux heures pour un autre et trois heures pour le dernier. Une petite quantité de liquide a été prélevée dans chacun d'eux avant le chauffage. Les inoculations d'épreuve sont pratiquées sur deux séries de cobayes, les uns adultes, les autres très jeunes, divisés les uns et les autres en quatre groupes de trois sujets chacun. Observera-t-on des résultats identiques des deux côtés? Presque assurément, non.

Dans la série des cobayes jeunes, très impressionnables à l'infection charbonneuse, on pourra voir mourir : 1° au bout de trente-six à quarante-huit heures, tous les sujets qui ont reçu le liquide non chauffé et qui servent de témoins; 2° huit à douze heures après, deux des animaux inoculés avec le liquide chauffé pendant une heure; 3° enfin, un peu plus tard encore, un seul des trois cobayes ayant servi à l'épreuve du liquide chauffé deux heures. Quant aux animaux du dernier groupe, ceux du liquide chauffé trois heures, ils survivent. Ces résultats, qu'il n'est pas rare d'obtenir comme je viens de les décrire, démontrent bien, et avec une précision quasi schématique, que l'atténuation se proportionne à la durée du chauffage.

Mais, dans la série des cobayes adultes, ce n'est plus la même chose; il ne meurt que les sujets du premier groupe, animaux témoins : tous les autres résistent à l'inoculation. Si l'on se trouvait seulement en présence de cette dernière série d'expériences, on serait bien embarrassé de savoir s'il existe des nuances dans la grande atténuation dont elle témoigne d'une manière uniforme pour les trois degrés de chauffage. Heureusement qu'on peut être renseigné sur ce point par la marche de l'évolution ultérieure des cultures chauffées. Si, après les inoculations, les trois matras sont placés dans un thermostat à + 32 degrés, 35 degrés, le développement, momentanément suspendu, reprend son cours régulier, comme il a été dit ci-devant, mais non pas avec la même rapidité et la même activité dans les trois matras. Au bout de douze heures, le trouble s'est notablement accru dans le matras chauffé une heure, moins dans celui qui a subi deux heures de chauffage, et beaucoup moins encore dans le matras exposé pendant trois heures à la température de + 47 degrés. Il existe là une gamme décroissante qui n'échappe pas à l'œil le moins exercé....

Où la transmission de cet effet de la chaleur se manifeste surtout, c'est dans la facilité avec laquelle les spores même de provenance normale subissent l'influence atténuante d'un chauffage qui leur est directement appliqué. Rien de plus simple que de les rendre, pour ainsi dire, absolument inoffensives, en les exposant pendant quelque temps à l'action d'une certaine température. On peut laisser impunément ces spores, pendant une heure, une heure et demie, à la température + 80 degrés; elles n'éprouvent alors aucune altération sensible, ni dans leurs caractères morphologiques, ni dans leurs propriétés physiologiques. Quand il s'agit de spores de cultures dont le développement a été momentanément entravé par la chaleur, le chauffage respecte bien les caractères objectifs de la spore, mais il en modifie profondément l'activité virulente. Les cultures peuvent être alors inoculées à la seringue, sans grand risque de mort, au cobaye et surtout au mouton, qui

---

La constitution géologique du sol est celle du plateau inférieur de Madagascar. Ce sont des alluvions récentes reposant sur de puissantes couches d'argile de toutes couleurs, qui recouvrent les couches primitives.

Sur le littoral oriental, qui comprend la plus grande partie du territoire en question, on distingue les deux saisons de la zone torride; la bonne saison commence en mai et finit en octobre, il fait beau, la chaleur est tempérée par les fortes brises régulières du sud et du sud-est, le jour, par celles du sud au sud-ouest, la nuit.

La mauvaise saison, l'*hivernage*, commence vers la fin d'octobre et finit avec avril; la température à l'ombre, qui à ce moment à Tananarive, sur le plateau d'Ankove et 5 degrés plus au sud, atteint 40 degrés, est insupportable. Les pluies font déborder les cours d'eau, inondent les plaines et charrient des masses énormes d'alluvions. Les vents qui règnent alors sont les brises chaudes du nord au nord-est, le jour, du nord au nord-ouest, la nuit.

Sous un climat pareil, avec une semblable constitution géologique du sol, on peut s'attendre à une insalubrité marquée. Aussi la partie nord de Madagascar en est-elle la plus malsaine, et c'est un des points du globe où l'endémie palustre se révèle par les coups les plus foudroyants et les plus nombreux. La cause certaine des échecs et des désastres que nos interventions militaires nous ont fait éprouver à Madagascar n'est pas autre que l'endémie paludéenne. Les Hovas le savent admirablement, et leur politique a toujours consisté à nous maintenir sur la côte par des négociations dilatoires ou des concessions apparentes, sauf à se montrer insolents quand ils nous savaient embarrassés de malades. « J'ai à mon service, disait Radama, le général *Tazo* (la fièvre) entre les mains duquel je laisserai les blancs quelque temps, et je suis sans crainte sur le résultat. » On éprouve quelque confusion quand on rapproche cette appréciation si juste du roi barbare des dithyrambes des voyageurs sur la splendeur de la végétation et la salubrité d'une île dont le

acquiert ainsi l'immunité aussi bien qu'avec n'importe quelle autre inoculation préventive.

Les cultures de deuxième génération peuvent, aussi bien que ce premier moyen dont je viens de parler longuement, démontrer la persistance de l'activité vitale des filaments et bâtonnets développés à la température + 43 degrés et rendus inoffensifs par l'action de la température + 47 degrés. Il est à propos de dire quelques mots de ce deuxième procédé, qui fournit aussi d'excellents documents propres à démontrer que l'effet du chauffage se gradue comme sa durée. Je reprends le cas simple qui m'a servi d'exemple tout à l'heure. Dans chacun des trois matras chauffés à + 47 degrés pendant une heure, deux heures, trois heures, je puise avec une pipette une certaine quantité de liquide. Troix autres matras ont été préparés; je laisse tomber dans chacun d'eux une ou deux gouttes de ce liquide. Les voilà ensemencés avec des filaments et bâtonnets atténués par la chaleur. Ces derniers matras sont placés ensuite dans une étuve à + 32 degrés, 35 degrés. Que va-t-il advenir de ces cultures de deuxième génération? Exactement ce qu'il advient des cultures primitives, après la remise en marche de l'évolution. Les cultures de deuxième génération se développent, en effet, d'autant plus vite que la semence a été chauffée moins longtemps, et les différences d'aspect qui en résultent peuvent persister pendant plusieurs jours. Toutes finissent, du reste, par donner des spores de fort belle apparence, jouissant des mêmes propriétés que celles des cultures primitives, particulièrement de l'aptitude à l'atténuation par le chauffage.

Il résulte de l'ensemble de cette étude que l'influence atténuante exercée par la chaleur sur les agents virulents n'est pas simplement individuelle; cette influence peut se faire sentir même sur les propriétés des nouveaux agents auxquels donne naissance la prolifération du protoplasma qui l'a directement éprouvée.

De l'importance du rôle de l'inhibition en thérapeutique. Note de M. *Brown-Séquard*. — L'auteur s'applique à montrer que l'inhibition joue un grand rôle dans les cas de disparition soudaine de certaines activités morbides des centres nerveux et des nerfs. On en a la preuve dans des faits qu'il a trouvés récemment et d'autres qu'il a déjà publiés. La plupart de ces faits sont empruntés à l'épilepsie : ils montrent qu'on fait avorter l'attaque par des tractions, des tiraillements qui produisent une vive irritation sur les nerfs de la partie soumise à cette opération (traction exercée sur les orteils; rotation forcée de la tête du côté opposé à celui où l'entraîne l'attaque commençante, etc.).

Depuis Galien jusqu'à nos jours, on a cru que dans certains cas d'épilepsie avec *aura* partant d'un membre, si l'on faisait avorter l'attaque en appliquant une ligature sur ce membre, le succès était dû à ce qu'on empêchait *quelque chose* d'aller atteindre le cerveau. Les critiques de Th. Herpin et d'autres auteurs ont fait rejeter cette opinion, mais le fait est resté inexpliqué jusqu'au moment où M. Brown-Séquard a fait voir que la ligature agit en envoyant une irritation à l'encéphale, comme je le montrerai tout à l'heure.

Il est facile, dit l'auteur, de faire voir que c'est à une inhibition qu'est dû l'arrêt d'une activité morbide dans les différents faits que j'ai mentionnés. Les trois particularités essentielles à toute inhibition se trouvent dans tous ces cas. En effet, on constate dans tous : 1° l'existence de certains phénomènes (contracture, convulsions, douleur, etc.), dépendant d'une activité spéciale de quelques parties du système nerveux; 2° la production d'une irritation dans un point de ce système plus ou moins distant de ces parties, et la transmission de cette irritation à ces parties; 3° l'acte, inconnu dans sa nature, qui, sous l'influence de cette irritation, fait disparaître l'activité dont dépendaient les phénomènes qui cessent alors avec leur cause. Dans le cas de l'avortement d'une attaque d'épilepsie par l'application d'une ligature, j'ai constaté qu'un simple pincement de la peau et nombre d'autres espèces d'irritation peuvent réussir parfaitement. Dans ce cas, comme dans les autres faits que j'ai mentionnés, on trouve tous les caractères propres à une inhibition. D'un autre côté, la disparition des phénomènes morbides a été beaucoup trop rapide pour qu'on puisse l'attribuer à un changement vasculaire...

Conclusions. — 1° On devra désormais, en thérapeutique, tenir compte de l'existence de l'inhibition dans tous les cas où une activité morbide disparaît subitement ou à peu près sous l'influence d'une irritation provenant d'un point plus ou moins éloigné de celui où existait cette activité.

2° La recherche du lieu le meilleur pour déterminer par une irritation la cessation temporaire de nombre d'activités morbides devra toujours être faite, car c'est là le point le meilleur aussi pour qu'on obtienne, à l'aide d'irritations diverses, la cure définitive de ces activités, surtout dans les affections nerveuses fonctionnelles. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Expériences démontrant que les concrétions sanguines, formées au niveau d'un point lésé des vaisseaux, débutent par un dépôt d'hématoblastes. Note de M. *G. Hayem*.

On met à nu une artère (la carotide, par exemple) chez un chien vivant, et on la comprime fortement de manière à déterminer la rupture des tuniques interne et moyenne. Au bout de cinq minutes, après avoir isolé entre deux ligatures le tronçon artériel lésé, on l'excise et on le plonge immédiatement dans un liquide qui fixe les éléments du sang. Il est alors facile de s'assurer, à l'aide d'un examen microscopique, que sur la fente du vaisseau se trouve étalée une quantité innombrable d'hématoblastes réunis en amas qui, après avoir pénétré dans les interstices laissés entre eux par les éléments dissociés de la paroi vasculaire, forment à la surface de la rupture une couche de bourgeons plus ou moins volumineux. Entre ces amas sont emprisonnées des traînées de globules rouges, et à leur périphérie ou dans leur masse se voient quelques globules blancs parfaitement intacts. Lorsqu'on a eu le soin de pratiquer l'excision de l'artère cinq minutes au plus après la blessure du vaisseau, on n'aperçoit encore aucune trace de filaments fibrillaires. Cependant, au bout de ce court laps de temps, les hématoblastes, arrêtés au passage par la partie blessée de la paroi, et détournés ainsi du circuit sanguin, sont déjà tellement altérés qu'il faut, pour les reconnaître, avoir étudié préalablement les transformations que subissent ces éléments conglomérés pendant le processus de coagulation.

---

sol a dévoré tant d'Européens. Pour donner quelque idée de la puissance du paludisme en ces régions, il suffira de citer l'exemple suivant.

Quand, en 1840, on débarqua sur Nossi-Bé, les quelques travaux de campement et de défense qu'il fallut faire, tuèrent en quelque temps quatre-vingts hommes de la petite troupe. L'année suivante, en quatre mois et demi, le cimetière reçut soixante et onze cadavres. Voilà ce qui nous attend à Ankara.

Pour ce qui est des récidivistes, la question se pose en ces termes : Si nous voulons seulement les éloigner de France sans aggraver inutilement le châtiment qu'ils ont encouru, n'allons jamais à Ankara. Mais si nous voulons infliger à beaucoup la peine irréparable, allons à Ankara.

En résumé, les îles Loyalty sont insuffisantes, les Nouvelles-Hébrides pourraient peut-être servir, à la condition de se mettre en garde contre l'insalubrité déjà constatée du climat. Reste la Nouvelle-Calédonie, mais elle a déjà les forçats.

Une idée, cher confrère. Si l'on ne redoute pas les frais généraux considérables qu'entraînerait sans doute la dispersion de pénitenciers dans des îles, comment n'a-t-on pas pensé aux Marquises? Là, pas de difficultés politiques, un climat comme celui de Taïti, un lieu de transportation écarté des grandes routes du commerce.

Vous voyez, cher et sensible confrère, que je n'avais pas tort de chercher à voir un peu clair sur cette affaire chanceuse. Le territoire d'Ankara surtout me cause des soucis, et évoque devant moi le spectre de la Guyane, où des essais de ce genre ont abouti à des échecs aussi coûteux que désastreux.

— Je ne sais pas au juste ce que l'autopsie de notre éminent confrère Bertillon a révélé à ses collègues de la *Société d'autopsie mutuelle*, mais ce que je n'ignore pas, comme tous ceux qui l'ont approché dans ces dernières années, c'est qu'il portait au plus haut degré sur sa physionomie les traces de l'épuisement physique dû à une vie toute de la-

Cette expérience a été rendue plus démonstrative encore sur le cheval.

Pour la simplifier, il a fait encore sur le cheval, avec l'aide de M. le professeur Barrier, l'expérience suivante : Un segment de la carotide ayant été compris entre deux pinces à pression, placées de manière à le rendre exsangue, j'ai introduit, par une collatérale, une petite tige métallique terminée par un grattoir à l'aide duquel j'ai déchiré, dans une certaine étendue, la paroi interne du vaisseau principal. Après avoir placé une ligature sur cette collatérale, on a retiré les pinces à pression, et, au bout de quinze minutes, le segment vasculaire a été enlevé et examiné. Le grattoir avait soulevé à la surface de l'artère de petits lambeaux intéressant la tunique interne et la couche la plus superficielle de la moyenne. Le résultat obtenu a été encore une fois le même que dans les expériences précédentes. Les hématoblastes du sang en circulation se sont arrêtés et accumulés autour des lambeaux et à la surface de tous les points dénudés du vaisseau; ils ont formé en s'agglutinant des bourgeons multiples auxquels sont venues s'adjoindre des mèches de fibrine mélangées avec des amas de globules rouges. La concrétion sanguine greffée sur la paroi d'un vaisseau est donc formée à sa base, c'est-à-dire à son point d'insertion ou d'origine, par une accumulation d'innombrables hématoblastes.

Voilà une preuve de plus en faveur du rôle que jouent ces éléments dans la formation de certaines coagulations intra-vasculaires et du rapport qui existe entre l'intégrité de la paroi des vaisseaux et la fluidité du sang.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 MARS 1883.— PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts délègue M. *Bouley*, conformément à la proposition de l'Académie, afin de le représenter au Congrès de médecine vétérinaire à Bruxelles au mois de septembre.

M. le docteur *Philbert* envoie une nouvelle analyse des eaux de Brides-les-Bains.

M. le docteur *Burq* adresse une note sur *la fièvre typhoïde et les propriétés antiseptiques du cuivre.*

M. le docteur *Cabanié*, médecin-major, envoie une *Étude statistique et étiologique de la fièvre typhoïde au 17e dragons, à Carcassonne, en 1882.*

M. le docteur *Spiridion Kanellis* (d'Athènes) adresse un mémoire manuscrit sur une *nouvelle théorie hémodynamique sur la production du premier bruit du cœur.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Royer*, un *Rapport sur les eaux de Challes pour* 1881 ; 2° de la part de MM. les docteurs *Pilat* et *Tancrez*, un ouvrage intitulé : *l'Hygiène et l'industrie dans le département du Nord;* 3° au nom de M. le docteur *Grellety* (de Vichy), une brochure sur *les précautions hygiéniques et prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde;* 4° de la part de M. le docteur *Caulet* (de Saint-Sauveur), un travail intitulé : *Notes et observations pour servir à l'histoire du traitement thermal pendant la grossesse.*

M. *Empis* présente un mémoire de M. le docteur *Grollemand* (de Saint-Dié), ayant pour titre : *Empoisonnement par le chlorate de potasse.*

M. *Durand-Fardel* dépose, au nom de M. *Garrigou* (de Toulouse), deux brochures intitulées : *Recherches thermales et avenir de Dax* et *Étude sur la source dite Fontaine-Chaude à Dax.*

M. *Larrey* fait hommage du discours qu'il a prononcé et de celui de M. *Gosselin* aux obsèques de M. Cloquet.

M. *Laboulbène* offre le mémoire qu'il vient de publier, avec M. *Mégnin*, sur les *Aryas de Perse.*

M. *Dechambre* présente, de la part de M. le docteur *Korullos* (de Patras), deux mémoires *sur la fièvre bilieuse hématurique* et *sur les parasites du tube digestif chez l'homme.*

M. *Roger* offre, au nom de M. le docteur *Roger* (du Havre), une *Étude historique et médicale sur Voltaire malade.*

ÉLECTION. — M. *Féréol* est élu, au second tour de scrutin, membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Pidoux, décédé. Voici les résultats de ce scrutin : au premier tour, sur 77 votants, M. Féréol obtient 34 voix; M. Hayem, 21; M. Vidal, 14; M. Dumontpallier, 5; M. Desnos, 1; M. Alphonse Milne-Edwards, 1; et 1 bulletin blanc ; — au second tour sur 76 votants, M. Féréol a 51 voix; M. Hayem 20 et M. Vidal, 5.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Le discours de M. *Bouley*, dans ses deux parties, aussi bien celle qu'il a prononcée le mardi précédent que la fin qui a tenu toute la séance de mardi dernier, est un éloquent plaidoyer en faveur des progrès accomplis depuis que la doctrine microbienne s'est introduite scientifiquement dans les choses de la médecine. On a toujours pensé que le jour où le mystère de la fermentation serait dévoilé, celui des fièvres contagieuses le serait également; or ce rapport entre les deux phénomènes, que les anciens médecins expliquaient par la théorie appelée plus tard catalytique, il est aujourd'hui trouvé; car on sait, à n'en plus pouvoir douter, que la contagion est le résultat d'un ferment particulier à chaque maladie contagieuse et, comme l'a dit M. Chauveau au Congrès d'Alger, « le virus, c'est le ferment ». M. *Bouley* étaye son opinion sur les nombreuses recherches et découvertes de M. Pasteur, de M. Chauveau, de M. Toussaint, etc. Il retrace le tableau de ces découvertes avec le charme accoutumé de sa parole; les comptes rendus de l'Institut et de l'Académie des sciences les ayant maintes fois indiquées, on nous permettra donc de ne pas les rappeler ici, si ce n'est pour signaler les faits non encore publiés, à savoir que M. Pasteur vient de montrer que le pneumogastrique d'un chien enragé déposé à la surface du cerveau d'un autre chien développe la rage chez ce dernier; de plus, il a réussi à trouver le microbe de la rage, mais sans être encore parvenu à posséder son milieu de culture; toutefois il possède dans son laboratoire six chiens, inoculés de cette affection par un procédé particulier et qui se montrent absolument réfractaires à toute nouvelle inoculation.

Ce premier point désormais bien établi, que les virus se comportent comme des ferments, il faut aussi reconnaître, d'après les expériences de MM. Pasteur, Chauveau, Joannès Chatin, Gibier, que dans certains milieux de culture ils peuvent être modifiés par des agents déterminés, tels que

---

beurs et de veilles. Peu de nous certainement ont plus travaillé que lui et lorsqu'on songe à la somme considérable de recherches qu'un simple tableau démographique exige, on n'ose se demander ce que cet opiniâtre savant a dû s'imposer de fatigues pour achever sa *Démographie figurée* et ses nombreux mémoires de statistique. C'est vraiment miracle que son organisme, si délicat, ait pu y résister aussi longtemps.

Ceux qui suivaient son cercueil, en nombre assez considérable, jusqu'à ce petit cimetière de Neuil y-sur-Seine, aux allées garnies d'un épais rideau d'arbres verts, à la manière de certaines villes du Midi, ne pouvaient s'empêcher de songer combien la consécration officielle des efforts et des travaux de Bertillon avait été tardive. Leurs regrets ne firent que s'accroître encore en entendant M. le secrétaire général de la Préfecture de la Seine déclarer sur sa tombe que « son attachement à nos institutions, sa connaissance approfondie des méthodes statistiques et des sciences médicales, sa légitime notoriété acquise par des travaux qui lui avaient valu, à plusieurs reprises, les éloges de l'Académie de médecine et de l'Institut, le désignèrent au choix de M. Herold, lorsque l'Administration, désireuse de contribuer aux progrès des études sociales et économiques, réorganisa sur des bases scientifiques le service de la statistique parisienne, conformément au vœu du Conseil municipal ». Comme en termes..... administratifs ces choses-là sont dites ? Plusieurs de ceux qui les écoutaient ont assisté aux délibérations nombreuses qui ont précédé, pendant plusieurs années, ce que le même orateur appelait, justement d'ailleurs, pour Bertillon « le couronnement et la juste récompense d'une vie tout entière consacrée au travail ». Combien n'a-t-il pas fallu de démarches de toutes sortes, de réunions de commissions spéciales, pour amener l'Administration à confier le service de la statistique de la ville de Paris à celui dont les recherches avaient déjà suscité la création de services démographiques très complets dans la plupart des pays

l'oxygène et notamment la température. Est-il donc si déraisonnable d'assimiler, comme l'a fait M. Brand, le fébricitant, dans lequel fermente l'élément de sa fièvre, à la cuve où le moult de bière est en train de fermenter et de penser pouvoir surmonter la fièvre en refroidissant le malade suivant une méthode déterminée, comme la fermentation du moult se ralentit et cesse lorsque la cuve est refroidie? D'autre part, cette chaleur qui se développe avec une fermentation fébrile, est-elle un phénomène accessoire ou un phénomène principal? Claude Bernard adoptait cette dernière manière de voir et il s'appuyait à cet égard sur des expériences nombreuses et incontestables, bien connues de tous les physiologistes; la chaleur était, suivant lui, un toxique pour les muscles, pour le cœur, pour le sang, et c'est alors qu'il s'était demandé si la fièvre, qui fait monter la température à un degré presque mortel, ne pouvait produire les effets qui sont la conséquence de l'introduction des animaux dans une étuve chauffée, si l'influence de cette chaleur ne pouvait pas déterminer, dans les tissus, certaines dégénérescences que l'on constatait sur les animaux et qui, par elles-mêmes, suffiraient à constituer une nouvelle maladie, contre laquelle l'organisme aurait de la peine à résister; il recherchait ensuite si ce qu'il y avait de mieux à faire contre l'hyperthermie n'était pas de s'efforcer de soustraire de la chaleur au fur et à mesure qu'elle se formait et de lutter contre l'incandescence intérieure par l'intermédiaire du froid. C'est alors que M. Glénard, instruit par M. Brand, convertit à son tour ses confrères de Lyon et un très grand nombre de médecins. La vérité est que tous ceux qui n'ont pas dédaigné d'appliquer la méthode du médecin de Stettin avec les règles tracées par l'auteur lui même lui ont dû des succès persistants, de beaucoup supérieurs à ceux qui ont été obtenus par toutes les autres méthodes, plus ou moins empiriques. On en peut encore juger par les chiffres émanant du ministère de la guerre en Allemagne, chiffres qui viennent d'être transmis à M. Bouley et qui montrent que, sous l'influence de ce mode de traitement, la mortalité par la fièvre typhoïde est descendue, dans l'armée allemande, au dire de tous les témoignages et des plus autorisés, à 4,8 pour 100 pour 1000 hommes présents, tandis que dans l'armée française elle est encore de 8,10 pour 100 environ. En tout cas, il serait singulier de voir combattre par des sarcasmes, des jeux de mots et des interprétations physiologiques inexactes, une méthode thérapeutique essayée par un grand nombre de médecins, depuis de longues années, avec des succès constants, méthode basée sur des déductions expérimentales des mieux justifiées et en parfait accord avec toutes les découvertes récentes de la science; ce dédain qu'on montre pour elle, a d'autant plus le droit d'étonner qu'il provient de personnes qui ne l'ont jamais mise en pratique et lui préfèrent la méthode empirique, qu'il est toujours facile d'appeler avec complaisance la médecine du bon sens.

Telles sont les principales idées développées par M. Bouley; M. *Peter* s'est fait inscrire pour y répondre dans la prochaine séance; mais en attendant, M. *Blot* a désiré savoir de M. Bouley à quelle époque précise le diagnostic avait été porté pour les cas de fièvre typhoïde invoqués d'après les statistiques allemandes. M *Bouley* s'est borné à répondre que c'était dès les premiers jours et qu'en tout cas le résultat final sur toute l'armée de ce pays avait été exceptionnellement remarquable.

Société médicale des hôpitaux (1).

SÉANCE DU 9 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Isolement des varioleux: M. Dujardin-Beaumetz. — Adhérences pleurales anciennes. M. Sorel. — De la réfrigération dans le traitement de la fièvre typhoïde: M Dumontpallier. — Un cas de typhlite et pérityphlite suivies de guérison: M. T. Gallard.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Dujardin-Beaumetz* fait connaître une lettre du docteur Du Mesnil, de l'Asile de Vincennes, constatant que, dans une même journée, sur douze convalescents envoyés de l'hôpital Tenon à l'Asile, quatre ont été atteints de variole dans les trois jours qui ont suivi leur entrée. Ils avaient donc été contaminés avant de quitter l'hôpital; l'un d'eux est mort d'une variole hémorrhagique. Ils étaient soignés à Tenon dans divers services, tous situés dans la partie de cet hôpital désignée sous le nom d'*extrême gauche*. On peut, dès lors, se demander combien de convalescents sont rentrés directement chez eux avec une variole en incubation, et voir là un danger sérieux au point de vue de la sécurité publique. Comment l'isolement des varioleux est-il donc fait à l'hôpital Tenon?

M. *Tenneson*. Le pavillon des varioleux est très près des autres salles, et l'isolement est à coup sûr très insuffisant.

M. *Du Castel* fait remarquer que la partie *extrême gauche* des bâtiments de Tenon est précisément celle qui avoisine le pavillon des varioleux.

M. *Sevestre* a eu, à l'hôpital Saint-Antoine, dans ses salles qui sont voisines du service des varioleux, deux cas de variole développée chez des malades depuis longtemps en traitement.

M. *Dujardin-Beaumetz* conclut, de ces divers renseignements, à l'insuffisance évidente des mesures prises par l'Ad-

(1) Erratum. — Par suite d'une erreur de typographie, la séance de la Société médicale des hôpitaux, dont le compte rendu se trouve dans le numéro de la semaine dernière, porte la date du 6 mars; *lisez* : 23 février.

---

de l'Europe et de l'Amérique! L'Administration a toujours aimé la statistique, sans doute; mais elle était moins pressée de la voir préparer et achever sous une direction exempte de préjugés et capable aussi bien de ne lui rien cacher de ses résultats que d'en faire ressortir avec force les enseignements, quelque abus que ceux-ci dussent dévoiler. Aussi est-ce un grand honneur pour M. Herold d'avoir enfin mis au poste qu'il était si digne d'occuper celui qui, malgré des entraves de toutes sortes et en dehors de tout appui administratif, n'en avait pas moins défini les mouvements de la population parisienne et comme esquissé sa physiologie. Longtemps, on le sait, les prédécesseurs de M. Herold s'y sont refusés : lorsque les délégués de la France au Congrès international d'hygiène de Bruxelles, en 1876, s'empressèrent de signaler les résultats vraiment extraordinaires obtenus dans cette capitale par le Bureau d hygiène, créé et dirigé par notre confrère, Janssens, lorsque M. Lamouroux, au nom du Conseil municipal, insista avec tant de force, en 1877, sur la nécessité d'éclairer par une organisation statistique appropriée la marche des épidémies à Paris, les préfets de la Seine répondaient toujours, comme l'un d'eux: « Eh! quoi, y pensez-vous? introduire ainsi la science dans l'administration! » — « Que vous importe, lui fut-il répondu par l'un des délégués et non des moins autorisés, puisque ce n'est pas vous qui la ferez. »

Dans combien d'autres administrations, même encore aujourd'hui, pareil dédain pour la science n'est-il pas monnaie courante dans notre pays? On l'a bien pu voir, ces temps derniers, par les révélations des orateurs de l'Académie de médecine sur les services d'hygiène tant pour la ville de Paris qu'au siège du gouvernement En voulez-vous un exemple : la Préfecture de police vient de refuser, malgré les offres pressantes du Conseil municipal, l'augmentation d'un crédit annuel de 1500 francs pour la désinfection des locaux habités par des indigents atteints d'affections contagieuses? Si vous voyiez comme

ministration pour assurer l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

— M. *Sorel* lit une note sur les *adhérences pleurales anciennes*. Dans un assez grand nombre d'autopsies, il a rencontré ces adhérences, alors que l'on pouvait mettre hors de cause la tuberculose pulmonaire; leur fréquence croît proportionnellement à l'âge des sujets et au nombre des maladies antérieures; cependant chez les vieillards elles deviennent plus rares, sans doute par suite du décès plus précoce des individus qui en sont atteints. Elles se montrent surtout à droite et dans les trois quarts inférieurs de la paroi postéro-externe du thorax; la symphyse pleurale complète est une rare exception. La pleurésie et la pneumonie ne semblent pas en avoir été la cause dans tous les cas; on voit des adhérences des deux plèvres chez des individus atteints antérieurement de pleurésie ou de pneumonie unilatérale; le rhumatisme des parois thoraciques paraît les produire assez souvent, peut-être aussi le zona et la névralgie intercostale; on les a rencontrées chez des cirrhotiques (quatre fois sur six cas), mais rarement chez des cardiaques (sur dix cas, sept négatifs); les traumatismes et les affections chirurgicales des parois thoraciques en sont une cause efficiente incontestable. Ces adhérences pleurales créent, chez les malades qui les portent, une sorte de *locus minoris resistentiæ* plaçant le poumon dans des conditions anormales qui favorisent à son niveau l'évolution des diathèses en puissance, la répétition insolite des inflammations aiguës et la durée indéfinie des affections chroniques; peut-être aussi déterminent-elles, au moins en partie, la prédominance des complications thoraciques dans les affections générales.

M. Sorel dépose également sur le bureau de la Société une observation d'*aphasie avec hémiplégie et hémianesthésie droites, au cours d une fièvre typhoïde*, et une note sur *la médication quinino-salicylée dans la dothiénentérie :* ce mode de traitement, employé pendant dix-neuf mois, a donné une moyenne de décès de 10 pour 100.

— M. *Dumontpallier* donne lecture d'un mémoire sur *la méthode réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde*. Les premières expériences entreprises sur ce sujet avec l'appareil spécial dont M. Dumontpallier est l'inventeur, ont été exposées déjà en 1880 devant l'Académie de médecine. Convaincu que l'hyperthermie constitue par elle-même un danger sérieux dans la dothiénentérie, M. Dumontpallier a voulu, afin d'éviter les inconvénients de la méthode de Brand, pouvoir mesurer constamment le degré de réfrigération obtenu, et graduer en conséquence la marche de l'appareil et la durée du traitement; il pense que la seule objection que l'on puisse adresser au procédé qu'il emploie, c'est l'attention minutieuse et la surveillance intelligente que doit porter le médecin à la manœuvre de l'appareil. Il a multiplié ses expériences depuis quelques années, à la Pitié, et peut s'appuyer sur des résultats absolument certains. Lorsque le malade est placé dans l'appareil en fonction, sa température commence à s'abaisser au bout de vingt à trente minutes et tombe de 1 degré à 1°,5, en l'espace d'une à deux heures; si le malade éprouve alors une sensation de froid, on ferme les robinets d'arrivée de l'eau; à ce moment, la température continue parfois à s'abaisser encore, ou tout au moins reste stationnaire, puis elle remonte ensuite à son chiffre initial, dans le même temps qu'elle avait mis à s'abaisser progressivement; à ce moment, on ouvre de nouveau les robinets et l'on recommence la réfrigération. En moyenne, en ouvrant les robinets toutes les trois heures, et en les laissant ouverts chaque fois pendant une heure et demie, on obtient un abaissement régulier de la température et une descente *en escalier* de la courbe thermique dans son ensemble, ainsi qu'il résulte des tableaux placés sous les yeux de la Société. En outre, en prenant d'heure en heure la température rectale de l'homme malade et de l'homme sain, M. Dumontpallier a pu constater que les courbes thermiques sont très sensiblement parallèles : de huit heures du matin à huit heures du soir, ascension régulière; de huit heures du soir à minuit, descente jusqu'à un chiffre un peu inférieur au point de départ; enfin, de minuit à huit heures du matin, ascension lente jusqu'au degré thermique initial. Il suffit par conséquent d'agir sur l'hyperthermie de huit heures du matin à huit heures du soir. De plus, le dosage régulier de l'urée, de l'acide urique et de l'acide phosphorique dans les urines a démontré que la proportion des déchets excrétés s'abaisse proportionnellement à la réfrigération obtenue. En résumé, la méthode réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde ne peut être jugée qu'expérimentalement; sagement conduite, non exclusive, elle offre de précieux avantages, et si elle ne peut guérir tous les malades, elle diminue du moins très notablement le chiffre des décès. En outre, M. Dumontpallier croit pouvoir affirmer que le refroidissement lent et progressif ne détermine pas de congestion pulmonaire ou rénale, et possède au contraire une influence heureuse sur ces congestions, si elles existaient auparavant. La réfrigération régularise sans doute la courbe thermique de la maladie en influençant les centres calorigènes, et peut-être aussi s'oppose-t-elle en partie, par la température basse elle-même, au développement de la cause spécifique de la dothiénentérie.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense également, contrairement aux affirmations de M. G. Sée, que la réfrigération diminue les combustions organiques Il serait heureux de connaître la statistique de M. Dumontpallier, et les preuves à l'appui de cette assertion, que le refroidissement ne favorise pas les congestions, ce qui semble contraire à tout ce qui a été admis jusqu'ici.

---

les avocats et les plumitifs qui ont charge de notre santé s'enorgueillissent de n'avoir pas dépensé sur ce crédit plus de 36 francs en 1881 pour ce service de premier ordre! Et l'on s'étonnerait que les maladies contagieuses ne fassent pas des ravages de plus en plus considérables quand la médecine publique est ainsi administrée!

Je viens de prononcer le nom de l'Académie de médecine; Bertillon n'avait pu en forcer les portes en 1876, bien qu'il fût inscrit le premier sur la liste de présentation pour une place d'associé libre. Ce sera assurément un sujet de vif étonnement pour nos confrères étrangers, et j'en ai déjà pu recueillir l'expression de divers côtés; mais qui ne sait qu'il faut compter, en science comme en hygiène, avec les impressions extérieures et qu'un académicien même peut être un homme de parti... pris. Quoi qu'il en soit, si les honneurs académiques ont manqué à Bertillon, il a du moins pu jouir de l'admiration de ses confrères et de ses élèves, et aussi de la justice tardive mais complète de l'administration.

Il y a quelques mois, je feuilletais précisément, à Bruxelles, l'album que les chefs de tous les services démographiques de l'Europe et des Etats-Unis se préparaient à lui offrir; j'y voyais toutes leurs photographies avec des dédicaces témoignant de la plus grande vénération pour celui qu'ils considéraient comme leur maître, qu'ils avaient appelé à la présidence du Congrès international de statistique en 1878 et dont ils plaçaient l'image en première page dans cet album. Bertillon aura eu aussi, avant de mourir, la consolation de penser qu'il laissait un héritier digne de lui, et dont les travaux déjà nombreux font autorité. Les auditeurs de son cours à l'École d'anthropologie savent avec quelle judicieuse profondeur de vues son fils, Jacques Bertillon, qui le remplaçait depuis un an, faisait ressortir les déductions de sa rigoureuse méthode scientifique; c'est à l'Administration de montrer à son tour qu'elle ne veut pas laisser péricliter l'œuvre du père, en appelant à diriger la statistique municipale de la ville de Paris un tel successeur.

M. *Dumontpallier* a fait d'abord une première série d'expériences sur tous les typhoïdiques de son service et n'a enregistré que trois décès sur soixante-dix malades; depuis lors, privé en partie du concours de ses aides habituels, il n'a plus appliqué son appareil que chez les typhoïdiques graves, et a encore obtenu 75 pour 100 de succès chez les hommes, et 50 seulement chez les femmes. — Quant au refroidissement, s'il est *lent et progressif*, les expériences de M. Lafont sur les animaux, et les faits observés chez l'homme, permettent d'affirmer les conclusions énoncées. Chez un homme de vingt-trois ans, au septième jour d'une dothiénentérie probable, avec congestion pulmonaire intense, le refroidissement avec l'appareil de M. Dumontpallier a fait disparaître en quarante-huit heures les accidents thoraciques; des résultats tout analogues ont été obtenus chez un autre malade typhoïdique offrant une congestion rénale avec albuminurie. Ces deux malades ont fort bien guéri.

M. *Bucquoy*, qui se déclare partisan de la médication des *indications*, n'emploie que rarement la méthode de Brand, mais a prescrit assez souvent les bains à 26 degrés; dans quelques cas, des typhoïdiques atteints de congestion pulmonaire, antérieurement aux bains frais, ont éprouvé une amélioration rapide et une guérison complète.

M. *Dujardin-Beaumetz* se demande si l'on observerait d'aussi heureux résultats en dehors des typhoïdiques, et si, chez l'homme sain, le refroidissement, même lent et progressif, ne déterminerait pas parfois des congestions viscérales.

M. *Dumontpallier* a constaté sur un individu sain qui s'est prêté à l'expérience et sur plusieurs varioleux des résultats identiques. Il croit que la grande question de la réfrigération ne peut se juger avec des discours, mais qu'il faut se mettre à l'œuvre et chercher ses arguments au lit du malade; les théories de la pathologie générale, vraies aujourd'hui, fausses demain, peuvent être laissées de côté; ce qu'il faut, c'est l'expérimentation et la clinique.

— M. *T. Gallard* rapporte une observation de *typhlite et pérityphlite suivies de guérison*. Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, d'origine italienne, auprès duquel M. Gallard fut appelé par le docteur Foissy, le 6 janvier dernier. Cet homme, dans les antécédents pathologiques duquel on ne relève que des accès de fièvre intermittente dans l'enfance et, à l'âge de dix-huit ans, une affection aiguë analogue à celle qu'il présentait lorsque M. Gallard l'examina, offrait à ce moment, avec un appareil fébrile manifeste (39°,5), du ballonnement du ventre qui était fort douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; en ce point, on constatait une tumeur profonde, manifestement constituée par une inflammation du cæcum et du tissu cellulaire avoisinant. La constipation était absolue et il existait quelques symptômes menaçants de péritonite. Conduit à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard, le malade fut soigné par l'application de quarante sangsues, en deux fois, à quarante-huit heures d'intervalle et par des purgatifs répétés (eau de Sedlitz, huile de ricin, calomel); l'amélioration fut rapide, et malgré une légère rechute, vers le 25 janvier, qui nécessita l'application d'un vésicatoire, il est aujourd'hui entièrement guéri. Pendant toute la durée de sa maladie, le régime alimentaire a été surveillé avec le plus grand soin (aliments liquides, légumes verts) et les laxatifs ont été administrés avec persévérance. Ce fait, intéressant à plus d'un titre, présente une particularité remarquable, c'est l'intensité des accidents qui se sont produits d'une façon presque insidieuse, sans cause connue, chez un individu fort et vigoureux. La guérison a été due, à coup sûr, à l'énergie du traitement institué et à la minutieuse réglementation du régime alimentaire.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, la séance est levée en signe de deuil à l'occasion de la mort du docteur *Jules Cloquet*.

SÉANCE DU 7 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Des hernies inguinales congénitales: diagnostic et pronostic. — Ablation de l'utérus et d'un myome utérin. — Ablation d'un kyste de l'ovaire. — Section horizontale du calcanéum dans l'opération de Pirogoff. — Sur la dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. *Guyon* lit le discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie, sur la tombe du professeur Jules Cloquet.

— M. *Trélat* reçut dans son service, à la fin de janvier dernier, un homme atteint de hernie inguinale étranglée qui fut réduite de suite par l'interne de garde; le soir, la tumeur se reproduisait et était de nouveau réduite; le lendemain, M. Trélat retrouvait la hernie et faisait la kélotomie. Le malade mourut quarante-huit heures après, avec persistance des phénomènes d'étranglement.

C'était une hernie inguinale congénitale, et, à ce propos, M. Trélat fit une leçon qui fut publiée. Il disait, dans cette leçon, que la hernie inguinale congénitale est une hernie

---

— Grand émoi dans toutes les Facultés et Ecoles de France et en particulier à la Faculté de médecine de Paris; le nouveau ministère s'est adjoint, comme sous-secrétaire d'Etat à l'instruction publique, M. Durand, professeur à la Faculté de droit de Rennes. Or celui-ci était rapporteur du dernier budget de ce même ministère, et son rapport est bien capable de faire rêver un certain nombre de véritables intéressés du haut enseignement :

« Il y a cependant un point que les réformes n'ont pas encore touché et sur lequel il nous a paru nécessaire d'appeler de nouveau l'attention de M. le ministre de l'instruction publique.

» Aux termes de l'arrêté du 13 avril 1875, les professeurs de l'enseignement supérieur ne peuvent être mis à la retraite qu'après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique. Or en fait et pour des raisons que l'on conçoit d'ailleurs, si l'on ne peut les approuver absolument, un pareil avis n'est jamais demandé et l'arrêté, par suite, est lui-même lettre morte.

» Qu'en résulte-t-il? Que l'on ne voit que trop souvent des professeurs affaiblis ou usés par l'âge continuer d'occuper leur chaire sans profit pour la science, et même au détriment de l'enseignement. Quelques uns, il est vrai, se font suppléer; mais, comme le constate déjà la circulaire du 24 mars 1876, ils n'en conservent pas moins pendant de longues années leur titre et la plus forte partie de leur traitement, tandis que leur suppléant vieillit dans une situation trop précaire et parfois sans acquérir des droits à la retraite.

» Que faire pour remédier à cet état de choses? Faut-il fixer une limite d'âge comme pour presque toutes les fonctions? Faut-il investir la section permanente du Conseil supérieur du droit de statuer sur les mises à la retraite? La question a déjà été posée et posée dans ces termes mêmes, par les commissions du budget qui nous ont précédés. Ce n'est pas d'ailleurs à nous, puisqu'elle a un caractère administratif,

grave, que l'étranglement s'y produit d'emblée, que les sièges de l'étranglement sont constants (à l'extrémité supérieure du canal péritonéo-vaginal très souvent, à l'extrémité inférieure de ce canal très rarement). Sur quarante observations qu'il a compulsées, M. Trélat n'a pas trouvé d'autres sièges d'étranglement.

L'absence de diagnostic précis entraîne le chirurgien à des temporisations regrettables; on fait de fausses réductions, des réductions incomplètes, ou des réductions en masse. Toutes ces conditions réunies expliquent la gravité particulière de la hernie inguinale congénitale étranglée. Ces hernies sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois; cela explique la gravité des hernies inguinales étranglées prises dans leur ensemble.

Le jour où M. Trélat faisait sa leçon, M. Ramonède, prosecteur à la Faculté, passait sa thèse sur la hernie péritonéo-vaginale congénitale, et sur le canal péritonéo-vaginal. M. Ramonède a disséqué deux cent quinze adultes pour étudier le conduit péritonéo-vaginal; trente-trois fois ce conduit persistait plus ou moins. M. Ramonède décrit à l'intérieur de la cavité péritonéale, en dedans du fascia transversalis, un entonnoir aponévrotique regardant en bas et en arrière (entonnoir péritonéal); ce repli se courbe à son entrée dans le fascia transversalis, de là un premier rétrécissement; plus bas, le conduit se rétrécit de nouveau; en bas du cordon, troisième point rétréci, d'où trois ou quatre endroits où l'étranglement peut se produire. M. Trélat n'a trouvé l'étranglement qu'au niveau du fascia transversalis et à la base du conduit vagino-péritonéal. Pour M. Ramonède, l'étranglement a toujours lieu à l'extrémité supérieure du canal (quarante-huit observations).

La difficulté réside dans le diagnostic de la congénialité de la hernie; les renseignements fournis par le malade ne sont pas suffisants, car c'est la persistance du conduit et non la hernie qui fait la congénialité. L'observation de M. Trélat est un exemple d'étranglement à la partie inférieure du conduit; dans les recherches que M. Trélat a faites, il a trouvé cinq observations analogues. M. Panas avait vu un orifice en ce point; il n'y manquait que l'intestin. M. Verneuil a vu un cas semblable. On trouve deux ou trois observations dans la clinique de Dupuytren (t. III, p. 548). Scarpa cite un cas de sac en bissac, le testicule étant à nu dans la partie inférieure avec l'intestin.

Les cinq observations détaillées sont : la première de Goyrand (observation 25 de la clinique): le sac était divisé en deux parties par un étranglement qu'il fallut débrider. 2° Dudon (de Bordeaux); rétrécissement en bissac qu'on débrida aussi. 3° Brémond (de Bordeaux), homme de quatre-vingt-un ans; opération; guérison. 4° Tripier (Thèse de Paris, 1880). Le malade ne fut pas opéré et à l'autopsie on trouva l'étranglement à la partie inférieure du canal vagino-péritonéal.

Ces sortes de hernies se présentent toujours ainsi : accidents d'étranglement d'abord. Le chirurgien trouve une tumeur molle, sonore, il essaye la réduction qui paraît s'effectuer; c'est que la hernie n'est pas étranglée à la partie supérieure. La tumeur se reproduit, on réduit de nouveau et on voit que l'intestin entraîne à sa suite le scrotum et le testicule; les accidents persistent.

Le malade de M. Trélat avait cinquante-huit ans; sa hernie inguinale datait de l'enfance et était ordinairement mal contenue. Le 14 février au soir, la hernie ne rentra pas. Taxis et fausse réduction. Le 16, la malade entrait à l'hôpital. M. Segond fit le taxis et la réduction; la tumeur se reproduisait et fut de nouveau réduite. Le lendemain matin, M. Trélat visita le malade dont la hernie s'était reproduite et il fit la kélotomie. L'anse herniaire était rouge, tuméfiée, sans traces de striction; mais à la partie inférieure de la tumeur on trouve un anneau ferme, dur, traversé par l'extrémité de l'anse intestinale; débridement sur ce point; on voit sur l'intestin les traces de l'étranglement; les tuniques sont violacées; réduction facile; pansement de Lister; le malade mourut quarante-huit heures après l'opération. En pareil cas, il ne faut pas chercher l'étranglement en haut, mais à la partie inférieure du sac; on soupçonnera que l'étranglement est à la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal si, dans les tentatives de taxis, le testicule est entraîné vers l'anneau.

M. *Desprès*. Sur quarante opérations de hernies inguinales étranglées, M. Desprès a trouvé quatre fois une hernie congénitale. Deux fois l'étranglement siégeait à l'anneau inguinal interne, chez des individus atteints d'ectopie testiculaire. L'étranglement à la partie inférieure du canal péritonéo-vaginal est très rare, et M. Trélat l'a bien décrit.

M. *Monod*. Une anse herniée peut rompre la tunique vaginale dans une hydrocèle, comme on en trouve des exemples dans la clinique de Dupuytren; alors ce n'est pas une hernie congénitale. Dans la hernie congénitale vraie, la communication péritonéo-vaginale est primitive.

M. *Marc Sée*. Dans un certain nombre d'observations, il semble qu'il n'y a que des adhérences entre l'intestin et le testicule et non un étranglement véritable.

M. *Trélat*. L'étranglement est réel puisque, après le débridement seulement, on peut réduire l'anse intestinale; cela n'exclut point l'existence d'adhérences sans étranglement. M. Trélat répond à M. Monod que le jour où une hydrocèle bien diagnostiquée sera remplacée par une anse sonore, alors on pourra admettre l'explication de Dupuytren. Jusque-là nous admettrons la persistance du conduit vagino-péritonéal.

---

c'est au gouvernement de la résoudre. Peut-être, et c'est à cela que nous inclinerions, la solution doit-elle consister à assigner un âge, soixante-dix ans par exemple, à la durée des fonctions, avec faculté pour la section permanente du Conseil supérieur de faire des exceptions qui devraient être rares et qui se justifieraient de manière à défier toute critique. »

Corps de santé militaire. — Ont été nommés :

Au grade de médecin inspecteur : M. Vedrènes (Jean-Alix), médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Bailby (Gaëtan-Pierre-Jules).

Au grade de médecin-major de 2e classe : 2e tour (ancienneté). M. Gély-Guinard (Célestin-Jean-Etienne). — (Choix.) M. Leroy (Claude-Jules-Arthur).

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : (Choix.) M. Fleury (Gustave-Clément).

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : (Choix.) M. Mullet (Jean-Baptiste).

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : (Choix.) M. Masson (Nicolas-Victor).

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : (Choix.) M. Maljean (Joseph-Léon).

Écoles militaires. — M. le médecin inspecteur Perrin, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Didiot, appelé à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Il peut se faire que ce conduit n'existe qu'en partie, que le testicule soit en ectopie, alors l'étranglement sera intra-péritonéal ou propéritonéal. M. Trélat n'a pas à faire l'histoire complète de la hernie inguinale congénitale.

— M. *Terrier* lit un rapport sur deux observations de M. Villeneuve (de Marseille) : 1° Ablation de l'utérus et d'un myome du poids de trois kilogrammes ; guérison ; 2° Tumeur kystique de l'ovaire ; opération ; fistule stercorale ; hémorrhagie ; rupture de la cicatrice ; guérison.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une note de M. Pasquier (d'Evreux), relative à une réclamation de priorité pour la section horizontale du calcanéum dans l'opération de Pirogoff, et sur la suture osseuse du tibia au calcanéum. Le travail de M. Pasquier est de 1871 et l'opération de M. Lefort de 1873.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur un travail de M. Villeneuve (de Marseille) : Dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Ferments figurés : MM. Marcus et Pinet. — Lutidine et collidine : MM. Œchsner et Pinet. — Accroissement des nerfs en longueur : M. Vignal. — Anesthésie par irritation des nerfs laryngés : M. Brown-Séquard. — Entomologie appliquée à la médecine légale : M. Mégnin. — Explication des phénomènes métalloscopiques : M. Burq. — Capacité respiratoire du sang du fœtus : MM. Regnard et Dubois. — Eau oxygénée et virus morveux : MM. P. Bert et Regnard.

MM. *Marcus* et *Pinet* adressent une note sur les ferments non figurés qui sont rapprochés avec juste raison par les auteurs des corps albuminoïdes, mais ne doivent pas être considérés comme de véritables corps albuminoïdes. La papaïne qui digère les corps albuminoïdes reste sans action sur les ferments.

— MM. *Œchsner* et *Pinet* adressent une note : 1° sur l'action de la β lutidine dérivée de la cinchonine et de la brucine ; 2° sur l'action physiologique de l'α et de la β collidine dérivées de la brucine.

— M. *Vignal* a poursuivi ses recherches sur le développement des tubes nerveux. Il s'occupe aujourd'hui de l'accroissement *en longueur* des tubes nerveux chez les embryons et les jeunes mammifères. Les principales conclusions sont les suivantes :

1° Des cellules connectives s'interposent entre deux segments interannulaires, au niveau de l'étranglement annulaire, repoussent la gaine de Schwann, le protoplasma et la myéline, et se mettent en contact avec le cylindre d'axe qu'elles entourent ;

2° Il se développe de la myéline dans cette cellule connective, d'abord sous la forme de gouttelettes qui ne tardent pas à se souder les unes aux autres, pour former une enveloppe au cylindre-axe ; la cellule augmente en même temps de longueur et représente alors un petit segment interannulaire (*segment intercellulaire*) ; celui-ci augmente peu à peu de longueur jusqu'à ce qu'il ait atteint la longueur des autres segments ;

3° La substance homogène qui formait primitivement tout le nerf et qui plus tard englobe et entoure les fibrilles du cylindre-axe, paraît jouer un certain rôle dans la formation de la myéline.

— M. *Brown-Séquard*, ayant multiplié les expériences sur les effets que l'irritation des nerfs laryngés exerce sur la sensibilité générale, a pu s'assurer que l'anesthésie n'est pas constamment produite. La raison de cette inconstance de la diminution de la sensibilité après l'irritation galvanique des nerfs laryngés ou l'excitation de la muqueuse avec l'acide carbonique, lui a encore échappé. Il cite un fait très remarquable d'anesthésie observée sur les nerfs les plus sensibles, le nerf sous-orbitaire par exemple, chez un chien dont ce nerf, comme ceux des membres, avait été interrogé au préalable par l'irritation faradique.

— M. *Mégnin*, appelé à fournir des renseignements sur l'époque présumée à laquelle remontait la mort d'un enfant dont le cadavre avait été trouvé couvert de parasites de plusieurs espèces et de débris d'insectes, a pu reconstituer l'évolution des parasites et indiquer ainsi la période employée pour leur développement. Il s'agissait de l'affaire Robert, dans laquelle une femme fut arrêtée à la suite de la découverte du cadavre de son enfant dans le logement qu'elle habitait. D'après les études entomologiques de M. Mégnin, la mort remontait à dix-huit mois ou deux ans au maximum.

— M. *Burq* présente une sorte de démonstration schématique des phénomènes métalloscopiques à l'aide d'un cadran partagé verticalement en deux moitiés latérales teintées l'une et l'autre de couleurs de plus en plus foncées ; sur le cadran se meut une aiguille mise en mouvement, comme dans le *peson* ordinaire, par une charge plus ou moins grande. Le zéro correspond à l'état normal. L'aiguille en parcourant les numéros 1 à 12 du côté gauche du cadran marque les degrés qui vont de la sensibilité normale à l'anesthésie, et en parcourant les 12 numéros du côté droit va de la motilité normale à la parésie.

— MM. *Dubois* et *Regnard* ont constaté que le sang du fœtus, qui diffère notablement de celui de l'adulte au point de vue de sa constitution, en diffère également au point de vue de sa capacité respiratoire. Tandis que celui des herbivores adultes contient une proportion d'oxygène de 10 à 12 pour 100, celui du fœtus de vache en renferme une moyenne de 14,5 pour 100. Restait à savoir si le sang maternel pendant la période de gestation ne présentait pas de modifications correspondantes.

L'expérience a montré qu'il n'en est pas ainsi. Ces recherches faites par le dosage avec la pompe à mercure sont confirmatives de celles que M. Quinquaud a exécutées en 1873 avec l'hyposulfite de soude.

— MM. *P. Bert* et *Regnard* présentent le résultat de leurs expériences relatives à l'action de l'eau oxygénée sur le virus morveux. L'eau oxygénée n'a pas détruit la virulence ; on ne peut même dire si le retard observé dans l'action du virus relève réellement de l'eau oxygénée.

Les mêmes auteurs font ensuite l'énumération des cas chirurgicaux et médicaux dans lesquels l'eau oxygénée a rendu de réels services, grâce à son action antifermentescible. On trouvera l'indication des bons effets obtenus en chirurgie dans la thèse de M. Larrivé (1883) où sont consignés les résultats des applications thérapeutiques de MM. Péan et Baldy.

REVUE DES JOURNAUX

De l'étiologie de la fièvre jaune, par M. le docteur Carmona del Valle.

Cet observateur a publié, dans la *Gazette médicale de Mexico*, les résultats de recherches sur le parasite de la fièvre jaune, auquel il donne le nom de *Peronospora lutea*.

Ce microphyte se rencontrerait dans tous les liquides de l'organisme et en particulier dans le sang et la sérosité des vésicatoires. Dans les matières vomies, il existerait avec abondance une matière diversement colorée, et qui ne serait autre que le mycélium de ce microphyte. De plus, les nombreuses granulations jaunes qu'on observe dans les urines, en

seraient les spores. L'injection de ce liquide sous la peau de chien et de lapin produirait de l'état fébrile, de l'élévation de température et serait suivie de l'apparition de semblables granulations jaunes dans les urines de ces animaux.

L'inoculation serait même préventive, quand on la pratique avec la macération de ces éléments figurés dans l'eau distillée et la persistance de cette immunité serait en rapport d'après M. Carmona, avec la présence de granulations dans les urines. Enfin, cet observateur aurait expérimenté sur lui-même, sans éprouver aucun accident, et aurait constaté dans les urines des granulations jaunes pendant un temps assez long. (*El Siglo medico*, 19 novembre 1882.)

Quelle que soit la valeur de ces expériences, dont la critique serait aisée, elles ont tout au moins un certain intérêt, à titre de documents, dans un temps où les inoculations, les atténuations et les immunités virulentes sont à l'ordre du jour.

De l'action du thymol sur la circulation,
par M. le docteur Fiori.

Dans ces expériences le docteur Fiori observait la température, le pouls, les mouvements respiratoires, la pression artérielle sous l'influence de doses variant entre un demi-gramme et 5 grammes de thymol. Les sujets mis en expérience étaient au nombre de 16 et les observations étaient prises de quart d'heure en quart d'heure.

Le thymol déterminerait une chute rapide de la température et une diminution notable du nombre des pulsations dans l'état fébrile. Dans l'état de santé le pouls serait retardé. Sur les tracés sphygmographiques, ces modifications circulatoires se traduisaient par une augmentation de l'ondulation des courbes. La pression sanguine diminue en même temps que la température. D'après l'auteur, le thymol ne produirait aucun effet dangereux sur le cœur, et serait par conséquent un précieux médicament antipyrétique. (*Congresso Ital. med. Associat.*, septembre 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis des maladies des femmes, par le docteur A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare. Paris, 1883, G. Masson.

Pour pouvoir distinguer, parmi les affections des organes génito-urinaires de la femme, les malformations congénitales des lésions pathologiques acquises ; pour bien saisir la symptomatologie et la marche de ces diverses maladies, il est indispensable de posséder des notions précises sur l'anatomie normale et le développement de l'appareil sexuel ; c'est dans ce but que l'auteur, avant d'aborder la gynécologie pathologique elle-même, a résumé, dans un premier chapitre, les points les plus importants de l'anatomie et de la physiologie des organes de reproduction chez la femme. Dans cette étude, l'embryogénie et la tératologie occupent une place importante et parfaitement justifiée ; c'est ainsi que les atrésies du conduit vulvo-vaginal ou de l'anus, la persistance du sinus uro-génital, la persistance du cloaque, l'absence de l'urèthre, les ouvertures anormales de la vessie ou de son conduit excréteur et les vices de conformation du vagin ou de l'utérus sont traités avec les détails que comporte le plan général de l'ouvrage ; de même, l'intéressante question de l'hermaphrodisme apparent ou réel, et de ses diverses variétés, par excès ou bisexuel, latéral, transverse, double ou vertical, est exposée avec clarté et précision.

Enfin la première partie de l'ouvrage renferme l'exposé des modes d'exploration divers des organes génitaux féminins ; la palpation, le toucher vaginal ou rectal, pratiqués séparément ou associés, et combinés le plus souvent à la palpation abdominale ; puis l'examen au spéculum, justement relégué au second plan comme moyen de diagnostic, le cathétérisme utérin, etc., sont successivement étudiés au point de vue pratique. Bien qu'ayant exercé pendant plusieurs années en Angleterre, M. Lutaud reconnaît la position sacro-dorsale donnée à la femme par les gynécologistes français pour pratiquer le toucher et l'examen des organes, comme étant préférable, dans la grande majorité des cas, au décubitus latéral gauche, usité en Angleterre et en Amérique ; il regarde cependant le spéculum de Sims comme pouvant rendre de grands services pour un certain nombre d'opérations portant sur les parois vaginales ou le col de l'utérus. Notons encore la recommandation, si essentielle à coup sûr, de s'abstenir de toute introduction d'hystéromètre ou de tentes dilatatrices dans la cavité utérine chez les femmes dont on n'a pas constaté par soi-même la période menstruelle récente, ou qui présentent quelques lésions de phlegmasie péri-utérine ; en négligeant ces sages préceptes le médecin s'exposerait à déterminer un avortement ou des accidents de métro-péritonite trop souvent mortelle.

La deuxième partie du *Précis des maladies des femmes* mérite également une attention spéciale ; l'auteur y traite les affections de la vulve et du vagin avec un soin tout particulier, et leur consacre plus de détails que ne l'ont fait jusqu'ici la plupart des gynécologistes. Le traitement chirurgical est l'objet de développements intéressants, tant au point de vue des indications et contre-indications qu'au point de vue du manuel opératoire. Les déchirures de la fourchette et du périnée et les divers procédés de périnéorrhaphie composent un chapitre qui sera consulté avec fruit, ainsi que celui qui comprend la description des fistules génito-urinaires et des opérations qui permettent d'en obtenir la guérison définitive.

Viennent ensuite les affections de l'utérus, des trompes des ovaires et des ligaments larges ; l'étude de ces maladies a été conçue dans le même esprit pratique que nous avons signalé et qui constitue le caractère dominant du livre de M. Lutaud ; nous n'avons pas l'intention d'analyser ici par le menu chacune des descriptions classiques qui composent la troisième et la quatrième partie, nous signalerons seulement l'importance accordée à juste titre aux déplacements utérins et aux tumeurs ovariques, ainsi qu'au traitement de ces affections. Peut-être pourrions-nous faire quelques réserves au sujet de l'innocuité de l'opération de Sims, considérée par l'auteur comme d'une bonne pratique pour remédier à la conicité du col et à la stérilité qui en est la conséquence ; des accidents graves et parfois mortels ont été signalés par divers auteurs, et entre autres par le professeur Pajot, à la suite d'une semblable opération ; ne vaudrait-il pas mieux ne point y avoir recours, puisqu'elle n'est pas commandée par une lésion compromettant par elle-même la santé ou la vie de la femme ? Nous ne pouvons qu'approuver au contraire l'opinion émise par M. Lutaud au sujet de la fécondation artificielle, qu'il regarde comme un moyen pratique et inoffensif de remédier à certaines variétés de stérilité, et qu'il espère voir prendre rapidement la place qu'elle mérite dans la pratique gynécologique. On sait, en effet, que les perfectionnements apportés dans le manuel de cette opération par MM. Courty et Pajot la rendent parfaitement compatible avec la dignité du médecin et la pudeur de la femme qui s'y soumet.

Dans un dernier chapitre, l'auteur a réuni la chlorose et l'hystérie, non qu'il les considère comme résultant toujours des lésions de l'appareil génital, mais parce qu'il les regarde comme des affections fréquentes et souvent graves de la femme, jouant un rôle important dans la pathogénie et la symptomatologie des troubles utéro-ovariens.

On voit que le livre de M. Lutaud constitue un manuel pratique de gynécologie, qui se recommande à la fois par la clarté des descriptions et les développements donnés à la

thérapeutique; ajoutons que les nombreuses figures intercalées dans le texte en facilitent encore l'intelligence et permettent de suivre et de comprendre les détails minutieux des divers procédés opératoires exposés dans le cours de l'ouvrage.

André Petit.

VARIÉTÉS

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation en chirurgie et en accouchements.

(Suite. — Voyez le numéro 18.)

Sujets des leçons orales de une heure après vingt-quatre heures de préparation.

1872. — *Chirurgie :* Des épanchements sanguins dans la poitrine. — Des fractures articulaires. — Des synovites tendineuses. — Des kystes des mâchoires. — De l'hématurie. — De l'entorse. — De la tuberculisation des organes génitaux chez l'homme. — Des accidents consécutifs des plaies de la tête.

1872. — *Accouchements :* Des lésions des organes génitaux produits par le forceps. — Des môles.

1875. — *Chirurgie :* Ulcères du tégument externe. — Varices lymphatiques. — Plaies de la main. — Tumeurs hématiques péri-utérines. — Étranglement en chirurgie. — Cataracte congénitale. — Pansement des plaies d'amputés. — Nécrose dans les fractures. — Luxations compliquées de plaies. — Fractures compliquées.

1875. — *Accouchements :* Grossesses multiples. — Dystocie résultant de l'hydrocéphalie.

1878. — *Chirurgie :* Les tumeurs du voile du palais. — Les arthrites scapulo-humérales. — Chute de l'utérus. — Luxations de la colonne vertébrale. — Des kystes des mâchoires. — Traitement de la coxalgie. — Les plaies du cou. — De la commotion cérébrale. — Plaies pénétrantes de l'abdomen. — Le strabisme. — De la hernie inguinale congénitale.

1878. — *Accouchements :* La version céphalique. — De la rétraction utérine dans les accouchements naturels et dans la dystocie. — Des bassins rétrécis au-dessous de 6 centimètres. — De l'avortement provoqué.

1880. — *Chirurgie :* Des ostéomes et de leur traitement. — Des ruptures de l'urèthre. — Traitement des polypes naso-pharyngiens. — Les abcès multiples. — Luxations du pied. — Cataractes congénitales. — L'anatomie pathologique et le traitement des cals vicieux. — Les fistules stercorales de la paroi abdominale antérieure et leur traitement. — Plaies des carotides. — Des tumeurs de l'orbite. — Phlegmons diffus — Plaies des veines. — Calculs et corps étrangers des voies salivaires.

1880. — *Accouchements :* De la régression utérine après l'accouchement. — De l'écoulement prématuré et spontané du liquide amniotique. — Du relâchement des symphyses. — Des maladies que subit le col utérin depuis le commencement jusqu'à la fin du travail. — Comparer l'accouchement par l'extrémité pelvienne à l'accouchement par la tête. — De la manie puerpérale. — De l'infiltration séro-sanguine dans les diverses présentations et positions fœtales. — De l'oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte. — Faire connaître le travail à la faveur duquel s'élimine le cordon ombilical et les complications qui peuvent en être la conséquence.

(*A suivre.*)

Legs a l'Académie de médecine. — Par décret, en date du 27 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs de vingt mille francs (20 000 francs) que lui a fait la dame Renard, veuve du docteur Perron, suivant son testament olographe du 9 mai 1879. Ce prix, fondé à perpétuité, sera décerné par l'Académie de médecine à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine. Il pourra être partagé entre plusieurs savants.

Legs a l'Académie des sciences. — Par décret en date du 20 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut de France est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs universel à elle fait par le sieur Petit d'Ormoy, suivant son testament olographe du 24 juin 1875, et son codicille du 15 septembre 1879, pour la fondation de prix et récompenses attribués moitié à des travaux théoriques, moitié à des applications de la science à la pratique médicale, mécanique et industrielle.

Association générale des médecins de France. — Nous rappelons que la première séance aura lieu le dimanche 1er avril prochain, à trois heures, et la seconde le lundi, à la même heure. Le *banquet* aura lieu le dimanche 1er avril, *à sept heures précises*, dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione. On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription : 20 francs.*

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le 31 mars, à sept heures un quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Hardy. Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien remis à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Maubrac (Pierre-Octave-Joseph) est nommé, pour trois ans, prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Marcoudès, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lille. — M. Legay est nommé préparateur d'histologie (emploi nouveau). — M. de Guerne est nommé préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau). — M. Coquard (Paul-David) est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur B. Vladescu, un des principaux rédacteurs du *Progresul medical Roman*, décédé à Bordeaux, le 6 février dernier.

Mortalité a Paris (10e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 mars 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1140, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 10. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 56.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 245. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 60; au sein et mixte, 22; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 108; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 82; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 10e semaine. — Il a été notifié, pendant la 10e semaine, au service de la statistique municipale, 1322 naissances et 1140 décès. Ce dernier chiffre est sensiblement inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1186. A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 31) et surtout pour la rougeole (9 au lieu de 23). Les autres affections de la même catégorie sont à l'état stationnaire. Cependant une maladie contagieuse, l'érysipèle, a causé cette semaine 8 décès au lieu de 2, relevés pendant la semaine précédente.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux montre que le nombre des admissions, pendant la période du 26 février au 4 mars, a été : pour la fièvre typhoïde, de 58 au lieu de 76 (chiffre de la période précédente); pour la variole, de 24 au lieu 31; pour la diphthérie, de 33 au lieu de 36.

G. Masson. *Propriétaire-Gérant.*

Mottenoz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 22 mars 1883.

RACHITISME ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — ÉTUDE SUR LE CHAUFFAGE DES CULTURES VIRULENTES.

Rachitisme et syphilis héréditaire.

On a soupçonné de tout temps qu'un lien étroit pouvait unir le rachitisme à la syphilis héréditaire, et l'idée d'une descendance, éloignée ou prochaine, était faite pour tenter bien des esprits, frappés par l'étrange et subite apparition de ces deux maladies, dont la première, la syphilis, ne précède la seconde que d'un siècle et demi environ.

Mais quelle est la part d'influence de la syphilis ? Doit-on incriminer la vérole des ascendants comme une simple cause de dystrophie pour les descendants, au même titre que la scrofule, l'alcoolisme, la vieillesse, toute déchéance de l'organisme ou toute misère physiologique ? L'enfant mal venu, chétif, sans résistance de par son père et sa mère, nouera ses articulations, incurvera ses os et fera du rachitisme, tout comme, dans les mêmes conditions, il laisserait prospérer le germe tuberculeux. Boerhaave et Van Swieten, Portal et Boyer sont les plus illustres parmi les défenseurs de cette doctrine.

Devons-nous, au contraire, considérer le rachitisme comme né de la vérole et engendré directement par elle, et serait-il un accident sinon nécessaire, du moins habituel, qui prendrait sa place, dans l'évolution de la syphilis héréditaire, à côté du coryza, de l'alopécie, du pemphigus, des plaques muqueuses et des gommes viscérales, de telle sorte qu'il faudrait conclure par cet aphorisme : sans syphilis chez les parents, point de rachitis chez l'enfant ? C'est cette thèse, proclamée par le professeur Parrot et soutenue par lui avec le plus rare talent, que nous allons examiner dans notre article.

I

Le rachitisme, nous dit M. Parrot, est un accident de la syphilis héréditaire. Pour démontrer cette proposition, il ne s'agit pas seulement de retrouver la vérole chez les ascendants du rachitique, car, outre que la recherche est parfois épineuse et souvent négative, cette coïncidence, fût-elle constatée, prouverait l'influence de la syphilis sur le développement du rachitisme, mais non la descendance directe. De ce que des alcooliques engendrent des scrofuleux, nul ne dira que la scrofule est une manifestation de l'alcoolisme. M. Parrot l'a bien compris, et c'est à l'enfant qu'il demande des preuves de syphilis héréditaire.

La syphilis héréditaire, tout comme la syphilis acquise, se manifeste d'habitude par des accidents multiples qui éclatent simultanément ou se succèdent ; ils évoluent et peuvent guérir, mais non sans laisser quelques vestiges de leur existence. Pour démontrer la nature syphilitique du rachitisme, il faudra trouver chez l'enfant, en même temps que les altérations osseuses caractéristiques du rachitisme, une ou plusieurs lésions, actuelles ou anciennes et caractéristiques de la syphylis héréditaire. Telle est la méthode qu'a suivie M. Parrot.

Ce terrain est encore mal exploré et la tâche est fort difficile. M. Parrot est arrivé cependant à grouper un certain nombre de lésions, les unes déjà bien connues, les autres signalées et décrites par lui. Elles constituent la base de son diagnostic et leur constatation permettrait d'affirmer l'existence d'une syphilis héréditaire. Ce sont d'abord les accidents d'une vérole en pleine activité, les syphilides muqueuses de la bouche et de l'anus, l'alopécie, les bulles, les taches, les pustules, les ulcérations, les gommes, avec leurs caractères particuliers, leur siège d'élection et leur évolution habituelle.

Parmi les altérations des muqueuses il en est une fort remarquable et dont l'importance, d'après M. Parrot, aurait échappé à la sagacité de la plupart des observateurs. Des premiers mois de la naissance jusqu'à la septième année peut se développer, seule ou simultanément avec d'autres accidents syphilitiques, une affection circinée et desquamative de la muqueuse linguale. Au début, on voit apparaître

« des taches blanches circulaires où l'épithélium est plus épais que dans le voisinage; elles se dépouillent à leur centre tandis qu'à la périphérie elles envahissent de nouvelles régions, et des croissants ouverts en avant se dessinent qui s'étendent et se succèdent sur la langue, comme des ondes sur une surface liquide. Elles naissent, s'éteignent, puis renaissent de nouveau sans causes appréciables et durant des périodes indéterminées ».

Nous n'insisterons pas sur les altérations profondes de la vérole que, d'ordinaire, révèle la seule autopsie. Nous voulons parler de gommes viscérales trouvées surtout dans le foie, mais qu'on rencontre aussi dans d'autres organes; certaines dégénérescences scléro-caséeuses et qui, d'après les recherches de MM. Parrot et Hutinel, sont fréquentes dans le testicule, organe dont l'examen doit toujours être fait lorsqu'on soupçonne l'existence d'une syphilis héréditaire. Ces gommes d'ailleurs, pour n'être le plus souvent reconnues qu'après la mort, n'en sont pas moins précieuses pour démontrer les rapports qui unissent le rachitisme à la vérole.

Ce n'est pas tout. M. Parrot prétend reconnaître à certains stigmates indélébiles des vestiges d'une syphilis éteinte: la vérole a évolué; elle a guéri, mais non sans laisser des traces de son passage et, grâce à des signes qu'un œil exercé ne saurait ignorer, on pourra reconstituer l'histoire de la maladie, sa gravité et même l'âge respectif des divers accidents. Ces lésions, qui siègent sur le tégument externe et sur les dents, ont une importance fort grande dans la question qui nous occupe et nous devons les décrire avec quelque soin.

II

La syphilis transmise, comme d'ailleurs la syphilis acquise, laisse souvent aprés elle des cicatrices cutanées dont le siège suffit parfois à révéler l'origine. Ces cicatrices sont groupées dans des points toujours les mêmes, ceux où se rencontrent d'habitude, les plaques, les bulles, les pustules et les ulcérations diathésiques. On les rencontre, aux lèvres, sous la forme « de sillons blancs, à droite et à gauche du lobule et sur les commissures ». Mais le plus souvent elles se montrent sur l'extrémité inférieure du tronc, à la région sacro-coccygienne, aux fesses, à la partie interne des cuisses où semblent s'exagérer leur nombre, leur forme et leur étendue.

Ces stigmates, du reste, varient suivant leur âge et la gravité des accidents qui les ont produits. Ils sont rouges d'abord, violacés; puis ils deviennent blancs et nacrés et s'entourent parfois d'une zone de pigment. Lorsqu'ils succèdent à des bulles, à des ulcérations superficielles, ils laissent une empreinte circulaire peu accentuée et à peine plissée. Lorsqu'ils ont une gomme pour origine, on trouve çà et là quelques rares dépressions, une sorte d'entonnoir au fond duquel se voit une dépression linéaire qui témoigne de la perte de substance de la peau et de l'évacuation bourbillonneuse.

Les altérations des dents, plus rares il est vrai, fournissent, lorsqu'elles existent, de bien précieux renseignements. La syphilis en effet ne peut marquer son empreinte sur l'organe adulte. Une fois formés l'ivoire et l'émail ne sont plus entamés par la vérole. C'est donc pendant l'évolution du follicule que s'est produite la lésion. Comme d'ailleurs il y a deux dentitions et que les dents de chacune des deux dentitions apparaissent dans la mâchoire et se développent à des époques dont les variations individuelles oscillent dans des limites assez restreintes et bien connues, on pourra, au simple examen d'une dent malade, déduire l'âge exact de l'aggression morbide. On examinera donc s'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente; dans l'un et l'autre cas on verra si la lésion siège sur une incisive, une canine, une prémolaire ou une molaire; on constatera, sur la couronne, la hauteur des empreintes et de ces divers facteurs, on déduira, à un mois près, à quelle époque a sévi la diathèse.

Ces altérations des dents, entrevues depuis le commencement du siècle dernier par Fauchard, ont été bien étudiées par Hutchinson, Charles Tomes, Broca, Magitot, Rattier, et enfin par M. Parrot, dont les articles sur « la syphilis dentaire » qu'a publiés la *Gazette des hôpitaux* peuvent être discutés comme doctrine, mais n'en demeurent pas moins très remarquables à tous égards. M. Parrot décrit, sous le nom commun d'*atrophie*, des lésions diverses qu'il range dans cinq catégories : l'atrophie *cupuliforme*, l'atrophie *sulciforme*, l'atrophie *cuspidienne*, l'atrophie *en hache* et l'atrophie d'*Hutchinson*.

M. Magitot préfère à celui d'atrophie le mot d'*érosion*, dont il distingue plusieurs variétés : érosion en *échancrure* ou en *coup d'ongle* du bord libre des incisives; érosion en *mamelons* de la face triturante des molaires; érosion en *sillon simple* ou *pointillé*, *unique* ou *multiple;* érosion en *nappe*, avec absence congénitale de l'émail; enfin érosion *totale* de la couronne de certaines dents. Ces deux nomenclatures se complètent l'une l'autre plutôt qu'elles ne s'excluent, et si nous avons tenu à transcrire ces désignations pittoresques, c'est qu'elles en disent presque autant au lecteur qu'une description véritable.

Ces altérations, dont plusieurs peuvent se rencontrer sur la même dent, sont systématiques; elles atteignent les deux dents correspondantes de la même mâchoire, y siègent au même niveau, et d'ordinaire s'y montrent avec la même forme et la même profondeur. Si l'on constate, par exemple, un ou deux sillons sur la canine inférieure droite, la canine inférieure gauche présentera un ou deux sillons nettement symétriques. Le trouble de formation, l'arrêt de développement a porté, en effet, sur des follicules dont l'évolution se fait sensiblement du même pas. C'est donc en des points homologues d'une même mâchoire que la diathèse laissera son empreinte, ce qui permettra, comme nous l'avons déjà dit, de conclure du niveau et de l'étendue de la lésion dentaire à l'époque précise où a sévi la cause pathologique, et à sa plus ou moins grande intensité.

M. Parrot attribue ces altérations à la syphilis. Il faudrait donc les ajouter à celles que nous avons déjà signalées, et après les taches, les plaques, les bulles, les ulcérations, les gommes, la desquamation particulière de la muqueuse linguale, qui permettent de reconnaître la vérole en action, on aura les cicatrices du tégument externe et des muqueuses, et les atrophies des dents, vestiges d'une vérole éteinte. Certaines cataractes zonulaires viendront encore témoigner dans le même sens. C'est ainsi que M. Parrot a résolu le problème qu'il s'était posé, et lorsqu'il constate l'une quelconque de ces lésions, il se croit en droit d'affirmer l'existence de la syphilis héréditaire.

III

L'affection du squelette qui, par une série d'étapes successives, conduit au rachitisme, coïncide, et cela d'une manière à peu près constante, avec les altérations d'une vérole active ou les vestiges d'une vérole ancienne. Aussi, nous dit

M. Parrot, la syphilis héréditaire doit être considérée comme la cause immédiate du rachitisme, dont nous allons maintenant étudier l'évolution en suivant pas à pas la description qu'en donne l'éminent professeur de clinique infantile.

Le rachitisme est une lésion « systématique »; elle frappe le tissu osseux en des points déterminés, les mêmes pour les os homologues, et les altérations qui atteignent une côte, un humérus, un tibia, retentissent également sur la côte, l'humérus, et le tibia correspondants. Le rachitisme est encore une lésion « chronologique » dont les types distincts répondent toujours à des époques invariables : le premier type apparaît à la fin de la vie intra-utérine et peut sévir pendant cinq ou six semaines après la naissance. Passé ce terme, on voit se développer le deuxième type; le troisième type, qui, selon M. Parrot, se confond absolument avec le rachitisme classique, ne survient guère que vers deux ans environ. Certainement, l'affection peut parcourir ces diverses étapes; mais si la diathèse endormie ne se réveille qu'à la deuxième ou la troisième époque, c'est par la deuxième ou par la troisième forme, et non par la première, que débutera l'altération osseuse.

Le premier type, celui des *ostéophytes durs*, est caractérisé par des couches nouvelles qui se déposent autour des os longs et plats, mais particulièrement vers la moitié inférieure de l'humérus et à la face interne du tibia; souvent ils ont pour siège le crâne, surtout vers les angles péribregmatiques du frontal et des pariétaux; la déformation singulière qu'ils provoquent a fait qualifier ces crânes de « natiformes ». Les masses juxtaposées diffèrent de l'os normal par une teinte particulière et par la direction des trabécules perpendiculaires à l'axe de la diaphyse. Il n'est pas rare de constater en même temps, au voisinage de l'épiphyse, une couche crayeuse, friable, d'une épaisseur qui ne dépasse guère 1 à 2 millimètres, et que M. Parrot nomme *chondro-calcaire*, « parce qu'elle n'est autre chose que le tissu cartilagineux infiltré de sels de chaux ».

Le deuxième type, celui de l'*atrophie gélatiniforme*, nous montre, avec les altérations précédentes, — ostéophytes et couche chondro-calcaire, — des portions circonscrites où l'os est remplacé par un tissu mou, sorte de géode remplie d'une substance « aqueuse, transparente, de nuances diverses, souvent jaune-maïs, sucre d'orge, et assez semblable à une gelée ». Au niveau de ces foyers, l'os sans résistance se brise, et l'on observe souvent des fractures juxta-épiphysaires et une impuissance des membres qui a fait croire à des pseudo-paralysies syphilitiques.

Enfin le troisième type, celui du *tissu spongoïde*, correspond au rachitisme classique. La couche chondroïde du cartilage conjugal est devenue fort épaisse, et un tissu nouveau, mou, vasculaire, la pénètre sous forme de bourgeons rouges; c'est le tissu *spongoïde* de Jules Guérin; ses masses exubérantes soulèvent autour des épiphyses des ostéophytes dont le volume et la flexibilité expliquent à la fois l'apparence noueuse des extrémités, les incurvations de la diaphyse et les fractures que l'on observe. Les os sont en partie décalcifiés et presque uniquement constitués par des amas d'éléments médullaires.

Ces trois types, avons-nous dit, peuvent se succéder; ils passent de l'un à l'autre par des transitions insensibles que néglige la rigueur de la classification. Il n'est pas rare de constater, sur un même os, les traces de ces trois états, qui ont écrit chacun ses caractères particuliers sur les couches concentriques de la diaphyse; on peut ainsi reconstituer l'évolution de la maladie et l'histoire pathologique de l'os. D'ailleurs le microscope ne démontre-t-il pas que ces trois variétés, en apparence si distinctes, appartiennent au même processus morbide? Leur physionomie n'est qu'une question d'âge.

En effet, « si l'on aborde les détails de structure, on voit que l'atrophie gélatiniforme, la décalcification et la médullisation peuvent être rejetées au second rang puisqu'elles consistent, la première, en une fonte des éléments osseux auxquels se substitue un réseau fibrillaire; la deuxième, en la résorption des sels de chaux, et la troisième, en la prédominance des parties molles sur les parties dures, — tandis que les ostéophytes, qui marquent ces différentes périodes et les relient entre elles, constituent un fait propre caractéristique et d'ordre vraiment spécifique ».

Dans ces ostéophytes, l'os normal est remplacé « par de larges espaces, disposés perpendiculairement à l'axe de la diaphyse et occupés par un réseau conjonctif, des vaisseaux et de rares médullocelles »; des trabécules ossiformes les limitent, que constellent des corpuscules semblables à ceux du tissu conjonctif, irréguliers, avec des angles d'où partent des prolongements fibrillaires anastomosés. Ils forment un réseau dont la densité va croissant avec les progrès du mal et atteint son maximum dans le tissu spongoïde.

« L'élément anatomique fondamental de ces productions nouvelles est donc toujours le même aux différentes périodes de l'évolution morbide. Ce qui varie et donne aux ostéophytes des différents types une physionomie particulière, c'est le nombre de ces éléments, la dureté de la substance fondamentale où ils sont enchâssés, la largeur des espaces qui séparent les trabécules, toutes particularités de valeur minime et qui laissent subsister, entre les produits morbides, la parenté que nous montre le microscope. »

M. Parrot aurait donc établi l'identité de nature et d'origine des trois types d'altérations osseuses qu'il nous a décrites. Or, comme le troisième type n'est autre que le rachitisme, il faut conclure, d'une part, que les ostéophytes durs et l'atrophie gélatiniforme ne sont que le rachitisme des nouveau-nés et, d'autre part, comme corollaire, que le rachitisme n'est que la traduction de la syphilis héréditaire des os vers la deuxième année de l'existence.

Et, de fait, M. Parrot n'a jamais rencontré les deux premiers types sans altération syphilitique concomitante; en même temps que les ostéophytes durs et l'atrophie gélatiniforme on trouve, « dans les viscères ou sur la peau, quelque marque incontestable de syphilis héréditaire ». Chez les enfants, chez les adultes à déformation rachitique, la même démonstration clinique est plus délicate. Mais il n'en est pas moins vrai que, « chez un nombre considérable d'entre eux, » on peut constater des manifestations de syphilis actuelle ou des stigmates de syphilis ancienne.

Ne pouvons-nous pas résumer, dans ses points essentiels, la doctrine de M. Parrot par cette courte phrase : Ostéophytes durs, atrophie gélatiniforme et tissu spongoïde sont les formes variées d'une même affection. Or les deux premières sont évidemment d'origine syphilitique, donc la troisième doit l'être également et nous arrivons à cette conclusion générale : le rachitisme est engendré par la syphilis héréditaire.

IV

Cette doctrine n'est pas sans avoir soulevé quelque défiance et, malgré l'autorité du distingué professeur, il nous semble que, lors de sa récente communication devant la

Société de chirurgie, M. Parrot n'a convaincu qu'à demi ses auditeurs. C'est que la mémoire se heurte tout à coup à des faits de clientèle où chez des enfants et des parents suivis avec une minutieuse attention pendant de longues années, jamais on n'a constaté de traces de syphilis. Or, dans ces familles, le rachitisme s'est parfois montré.

Et puis M. Parrot observe dans un milieu particulier où les syphilitiques abondent. Mais, outre qu'ils sont syphilitiques, n'ont-ils pas été exposés à toutes les causes qui provoquent, dit-on, le rachitisme? Ils sont nés de parents vérolés, c'est incontestable, leur syphilis héréditaire en fait foi; mais ne sont-ils pas, en outre, mal nourris, mal vêtus, n'ont-ils pas subi le froid, l'humidité et ne trouvons-nous pas, en dehors de la diathèse incriminée, toutes les déchéances organiques capables, d'après nos auteurs, d'engendrer le rachitisme?

M. Cornil appelle d'ailleurs notre attention sur ce fait qui a bien quelque importance: « Pourquoi, nous dit-il, le rachitisme est-il rare chez les citadins, si souvent syphilitiques, mais toujours mieux nourris et mieux vêtus, tandis qu'il est si fréquent dans certaines campagnes presque indemnes de syphilis, mais très misérables? N'y a-t-il pas là matière à réflexion? »

La syphilis est-elle la cause du rachitisme, la cause unique, comme la bactéridie est la cause du charbon? Dans le milieu singulièrement favorable où observe M. Parrot, sur cent rachitiques il en est dix, nous dit-il, chez lesquels la vérole ne se révèle par aucun signe appréciable. Et cependant, M. Parrot admet, comme preuve de syphilis héréditaire, certains accidents qui, d'après d'autres auteurs, sont d'une origine au moins discutable. Nous avons entendu contester la valeur des taches circinées de la muqueuse linguale et de certaines cicatrices des fesses et de la partie interne des cuisses.

Ce n'est pas tout. M. Magitot, dans une remarquable communication au Congrès des sciences médicales de Londres, combat, avec une rare vigueur, l'origine syphilitique de ces altérations des dents que M. Parrot attribue à la vérole héréditaire. Il reproche à M. Parrot de s'appuyer sur l'existence des atrophies dentaires pour établir le diagnostic syphilis, avant d'avoir prouvé, par des observations rigoureuses, la nature syphilitique de l'atrophie. Or, nous dit M. Magitot, nous n'avons pas lu un seul fait où l'observation ne nous permît d'incriminer une autre cause que la vérole.

Et puis, combien d'individus atteints de syphilis héréditaire qui ne présentent pas de traces d'atrophie! M. Magitot a constaté que, chez les Kabyles d'Algérie, où la vérole est endémique et héréditaire depuis un temps fort long, les érosions dentaires sont exceptionnelles. N'a-t-on pas vu, d'autre part, des sujets affectés d'altération dentaire très manifeste chez qui se sont développés des chancres durs? Or on admet que la syphilis héréditaire préserve presque sûrement de la syphilis acquise. D'ailleurs, la syphilis est une maladie essentiellement *humaine;* les hommes seuls devraient donc présenter des traces d'érosion; or M. Magitot a trouvé, chez le bœuf, la même altération symétrique. Enfin, l'auteur a recueilli quarante observations d'atrophie dentaire et une enquête très minutieuse a démontré, dans l'immense majorité des cas, l'absence totale de syphilis.

Entre des assertions aussi nettement dissemblables, l'observation laborieuse peut seule prononcer, et nous ne saurions prendre parti. Mais nous revenons alors sur les chiffres fournis par M. Parrot. Sur 100 rachitiques, il trouve 90 fois la syphilis. Avec un pareil nombre, 10 faits négatifs seraient négligeables, et l'on admettrait, comme l'auteur, que la syphilis héréditaire ne s'est manifestée, dans ces cas, que par les lésions osseuses sans autres accidents concomitants. Seulement, s'il nous faut douter encore de certaines cicatrices, des taches blanches de la muqueuse linguale et des atrophies dentaires, on se demande dans quelle proportion il faut abaisser les chiffres que nous donne M. Parrot.

Certes, lorsqu'on lit les mémoires de M. Parrot, la tentation est grande d'adopter son opinion, et l'on ne saurait méconnaître la force des arguments qu'il invoque: la généralisation des deux maladies à une époque à peu près contemporaine, leur développement exclusif chez l'homme, car les expériences de M. Tripier infirment les recherches anciennes et, pour l'heure, le rachitisme des animaux n'est rien moins que démontré. Nous ajouterons encore que l'esprit est las d'une étiologie banale et qu'il voudrait sortir à tout prix d'affirmations gratuites et souvent contradictoires.

N'a-t-on pas en effet accusé, chez les parents, la tuberculose, la scrofule, l'épuisement, la trop grande jeunesse, la vieillesse, l'alcoolisme, la pléthore, les tempéraments sanguins et bilieux, l'oisiveté, l'excès de travail, la luxure; chez les enfants la toux, la diarrhée, toutes les fièvres; puis l'influence du chaud, du froid, de l'humidité, des habitations basses, obscures et mal aérées, la mauvaise qualité des aliments, le lait, les farineux, les substances trop azotées, l'allaitement trop prolongé et le sevrage trop hâtif? Or, lorsqu'on considère cette affection si nette dans sa marche, d'une allure si décidée, d'une évolution si caractéristique, on admet difficilement que de telles causes puissent vraiment engendrer le rachitisme.

On serait donc tenté de faire du rachitisme un accident spécifique. Malheureusement, si l'anatomie pathologique nous semble consentante, malgré l'opinion contraire de Kassowitz, la clinique proteste encore et en tout état de cause la démonstration est loin d'être complète: jusqu'à présent les magnifiques travaux de M. Parrot n'ont pas encore apporté l'entière conviction dans l'esprit de la généralité des pathologistes.

Ses recherches sont plus cependant qu'un sérieux appel à l'édification d'une étiologie vraiment scientifique; elles établissent nettement un point, et, si nous n'osons pas conclure avec l'auteur que « le rachitisme est engendré par la syphilis héréditaire », il est hors de conteste maintenant que « la syphilis est un des plus puissants affluents du rachitisme ». A M. Parrot revient l'honneur de l'avoir prouvé.

Paul Reclus.

Étude sur le chauffage des cultures virulentes
par M. Chauveau (1).

Conditions et avantages du chauffage des liquides de culture. — Modifications morphologiques des agents virulents soumis au chauffage: ponctuation des filaments, spores rudimentaires. — Modifications imprimées au développement des éléments: résistance des spores issues de cultures chauffées. — Indépendance de l'atténuation par le chauffage et de l'atténuation par l'oxygène.

La vaccination contre les maladies virulentes avec des produits infectieux atténués constitue l'un des progrès les plus considérables réalisés par la médecine comparée, dans ces dernières années. De tous côtés ont été proposés, pour chaque

(1) Voy. *Comptes rendus Acad. des sciences*, séances des 5 et 12 mars 1883, et *Gazette hebdomadaire*, p. 183 et 199.

maladie virulente, des procédés d'atténuation des éléments infectieux : on connaît surtout les beaux résultats obtenus par les cultures successives et par l'action de la chaleur.

Bien que nous ayons résumé avec soin les différents mémoires présentés par M. Chauveau à l'Académie des sciences (l'un d'eux dans ce numéro même, p. 199), nous croyons que le lecteur nous saura gré de lui rappeler l'ordre et la signification des recherches expérimentales de l'auteur sur un sujet si important.

Le chauffage des virus, introduit en pathologie expérimentale par M. Toussaint, pour atténuer ces agents infectieux, vient d'être en effet l'objet d'une étude nouvelle.

En appliquant cette méthode d'atténuation, non plus aux virus naturels, mais *aux cultures virulentes*, M. Chauveau a pu en fixer avec une grande précision, ce qu'on peut appeler les *lois physiologiques.*

Son étude, qui a été faite sur le *Bacillus Anthracis*, se divise en trois parties:

I

M. Chauveau a montré d'abord que le mycélium fragmenté en filaments ou courts bâtonnets (qui se forment dans les bouillons stérilisés à la température de + 42, 43 degrés, prolongée pendant vingt heures) peut être atténué dans ses propriétés infectieuses quand on l'expose à la température de + 47 degrés.

Le procédé est d'une remarquable sûreté, jamais il ne fait défaut. Il est très prompt, car il suffit d'un chauffage de trois heures pour obtenir l'atténuation maxima qu'il soit nécessaire de chercher, celle qui laisse vivre les jeunes Cobayes. Enfin, il permet de graduer *ad libitum* l'intensité de l'atténuation en arrêtant le chauffage au bout d'une demi-heure, une heure, une heure et demie, etc. La même graduation de l'atténuation peut aussi être obtenue en conservant la même valeur au facteur *durée*, et en faisant varier le degré d'élévation de la température.

Les inoculations d'épreuve faites à la seringue chez le Cobaye donnent des résultats dont la signification ne laisse rien à désirer : tous les animaux inoculés avec le virus non chauffé meurent rapidement du charbon ; les autres survivent tous ou en partie, et se montrent toujours, dans la même série d'expériences, d'autant moins atteints, que le chauffage de la matière inoculée a été plus prolongé.

M. Chauveau a étudié les modifications morphologiques que le chauffage imprime, en même temps qu'il les atténue, aux agents virulents. Il a vu que l'aptitude à subir l'atténuation semble être inversement proportionnelle à la conservation de l'homogénéité du protoplasma : quand le chauffage *ponctue* les filaments et bâtonnets de nombreux éléments que M. Chauveau appelle *spores rudimentaires*, l'atténuation est toujours rapide et énergique.

II

Que devient la faculté prolifique dans les filaments et bâtonnets ainsi atténués par le chauffage? Telle est la question que M. Chauveau étudie dans la seconde partie de son travail.

Il prouve que cette faculté prolifique n'est jamais détruite, même dans les liquide de culture chauffés trois heures. Elle a été simplement endormie par le chauffage. Que la culture soit replacée dans des conditions de température favorables au développement, et celui-ci reprend régulièrement le cours de son évolution. Même constatation avec les cultures de seconde génération qu'on entreprend avec une semence chauffée.

Chose curieuse ! la rapidité de l'évolution est, dans les deux cas, singulièrement influencée par la durée du chauffage de la culture primitive ou de la semence. Plus le chauffage a été prolongé, moins rapide est le développement : nouvelle preuve de l'existence de cette précieuse propriété qu'a le chauffage de pouvoir atténuer les virus à tous les degrés.

Une fois terminées, ces cultures aboutissent, comme les cultures ordinaires, à la formation d'un grand nombre de spores vigoureuses, paraissant jouir de toutes les propriétés des spores normales. Un fait important a été constaté par M. Chauveau à propos de ces spores issues de cultures à semences chauffées : elles aussi jouissent de la propriété de pouvoir être atténuées par l'action de la chaleur ; seulement *il faut employer des températures beaucoup plus élevées que celles qui suffisent à atténuer le mycélium fragmenté en filaments et bâtonnets.* Il est nécessaire d'arriver à la température de + 80 degrés, 82 degrés, prolongée pendant une heure, une heure et demie. Ce chauffage, qui est impuissant à modifier l'activité des spores des cultures normales, ne manque jamais d'atténuer celles qui sont issues de bâtonnets chauffés, au point de permettre de s'en servir pour faire avec la plus grande sécurité des inoculations préventives.

III

La troisième partie de l'étude de M. Chauveau, la plus importante, a été consacrée à l'examen des objections qu'il s'est posées à lui-même et qu'on lui aurait certainement faites s'il n'avait eu soin de prendre les devants.

L'atténuation est-elle bien due au chauffage et non à l'*oxygène* de l'air en présence duquel est faite l'opération ?

Il n'y a pas à douter, en effet, de l'influence atténuante de l'oxygène, depuis les belles expériences de M. Pasteur.

M. Chauveau a écarté très heureusement la difficulté : il a montré que le chauffage dans des pipettes hermétiquement remplies et parfaitement scellées à la lampe produit exactement les mêmes effets que le chauffage à l'air libre. Bien plus, en faisant le vide dans les pipettes avant de les sceller, on supprime jusqu'à l'oxygène dissous, et l'effet du chauffage se fait alors sentir avec beaucoup plus d'énergie.

Les expériences comparatives, inoculations et cultures, faites par M. Chauveau avec le même liquide chauffé à l'air et chauffé dans le vide, prouvent nettement que la présence de l'oxygène augmente la résistance des bacilles à l'influence atténuante de la chaleur.

M. Chauveau conclut avec raison de cette série de démonstrations que le chauffage est une méthode d'atténuation qui a son individualité et son importance propres, avec lesquelles il faudra compter désormais. Que de questions nouvelles soulèvent ces recherches précises, soit dans le domaine de la biologie générale pure, soit dans celui des applications pratiques !

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Sur une variété de cirrhose encore inédite accompagnant la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique, par le docteur Dubujadoux, médecin-major de 2e classe.

Obs. I. — S..., cantonnier, âgé de trente-trois ans, atteint d'ictère, entre le 12 octobre 1879, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, dans le service de M. Verdureau qui a bien voulu me permettre de recueillir ces notes. S... n'avoue pas d'antécédents alcooliques et se dit malade depuis quelques mois seulement, sans pouvoir préciser d'une façon exacte. D'ailleurs, rien de net dans les débuts: des douleurs vagues intermittentes, au niveau de l'hypochondre droit, compatibles avec le travail. Il n'y a pas plus d'un mois, depuis l'apparition de la jaunisse, que le malade est obligé de garder le repos.

A l'hôpital, où je vois le malade quelques jours après son entrée, il mange le quart. Urines peu abondantes, très foncées. Matières fécales décolorées.

L'ictère est général, bronzé, le ventre ballonné contient un peu d'ascite; le foie volumineux déborde les fausses côtes d'une quantité notable mais qu'on ne peut apprécier à cause de la sensibilité très vive à la palpation. Léger œdème malléolaire.

Je perds ensuite le malade de vue jusqu'à sa mort et je n'ai plus guère de renseignements cliniques; des hémorrhagies nasales, de la stupeur, m'ont été signalées comme accidents ultimes.

Autopsie pratiquée vingt quatre heures après la mort (novembre 1879).— La teinte ictérique est toujours très foncée. A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une assez grande quantité de liquide ascitique, transparent, très fortement teinté en jaune, sans grumeaux, dépôts fibrineux d'aucune sorte.

Le foie très gros, réuni à la vésicule biliaire dilatée, pèse 3 kilogrammes. La vésicule biliaire pèse déjà à elle seule 1 kilogramme et forme un cylindre à extrémités arrondies, débordant en avant le rebord du foie, rempli de mucus incolore dans les couches supérieures, tandis que les régions déclives contiennent une boue noirâtre; pas de calculs. En bas, sur un point large comme une pièce de cinq francs, la muqueuse fait hernie à travers la tunique fibreuse.

La muqueuse de la vésicule est pâle, d'aspect normal, sauf en haut où, près du canal cystique, elle s'épaissit tout d'un coup. Le canal cystique, le canal cholédoque, ont la grosseur d'une plume d'oie. Les parois sont épaissies, s'affrontent au point d'obstruer la lumière du canal et d'empêcher tout passage à la bile.

L'hypertrophie et l'obstruction du canal cholédoque commencent seulement à 0m,02 au-dessus du duodénum, elles se continuent en haut jusqu'aux canaux hépatiques, sans aller jusqu'au foie. Les dernières portions de ces vaisseaux sont dilatées et remplies de bile.

Le foie pèse 2 kilogrammes, le bord antérieur reste tranchant. La face convexe et la face inférieure sont parsemées de noyaux blanchâtres, durs, arrondis, déprimés en cupule à leur centre tandis que la périphérie est entourée d'un bourrelet saillant, vivement injecté, avec des vaisseaux généralement radiés sur le centre de la tumeur, les noyaux de la face inférieure sont en moyenne plus larges que ceux de la face convexe; les plus volumineux appartiennent au bord postérieur, l'un deux atteint même, en ce point, 0m,05 de diamètre. Dans les intervalles, le tissu hépatique est d'un brun foncé. La capsule est partout lisse, transparente, exempte d'exsudats.

A la coupe, on retrouve les tumeurs avec un tissu jaunâtre, translucide, dur, criant sous le scalpel, ne donnant, par le grattage, qu'un peu de sérosité. Le cercle vasculaire est moins complet qu'à la surface, certaines nodosités se confondent entre elles.

L'estomac, vu du dehors, paraît normal; mais, à la coupe, on s'aperçoit que toute la moitié pylorique est hypertrophiée en forme de manchon. L'épaisseur maximum, qui se voit au voisinage du pylore, atteint 0m,011. Il n'y a pas de transition brusque entre la partie malade et la zone cardiaque qui a conservé son aspect habituel. Dans toute l'étendue des tissus indurés, la muqueuse est pâle, peu mobile; ses plis sont effacés, on n'y voit point d'excoriations.

On peut distinguer à l'œil nu les trois couches constituantes de l'organe : la couche glandulaire un peu diminuée de hauteur, la couche sous-muqueuse sur laquelle porte particulièrement l'hypertrophie, enfin la couche musculaire, légèrement épaissie elle-même. L'aspect est blanchâtre, fibroïde; point de suc par le grattage. Le reste du tube intestinal paraît intact. Les reins, la rate ont leur aspect normal.

Le cœur, sans lésion des orifices ou des membranes, pèse 250 grammes, les poumons sont sains.

Analyse microscopique.— Les coupes des nodules néoplasiques montrent à l'œil nu (après coloration par le carmin), sur un fond général rosé, transparent, une série de plaques jaunâtres semées çà et là, isolées les unes des autres. A un faible grossissement, on reconnaît les plaques jaunâtres opaques pour être des lobules hépatiques plus ou moins altérés dans leur structure. Autour d'eux règne une zone serrée de canalicules biliaires. Ils sont d'autant plus abondants, plus resserrés qu'on est plus rapproché du lobule. Là aussi, ils sont plus volontiers radiés sur son centre. Un peu plus loin, les canalicules deviennent plus rares et perdent toute orientation spéciale; c'est dans les points éloignés du lobule qu'on voit se détacher des branches secondaires qui s'anastomosent et forment des réseaux. Si les bandes qui séparent les lobules sont assez larges, on finit par perdre la trace des canalicules, un tissu fibreux, délicat, dense, semé de rares cellules rondes, domine seul.

Nous décrirons plus spécialement un noyau de 0m,01 de diamètre, assez petit pour que la coupe ait pu comprendre en même temps une certaine étendue du foie sain.

Tout au centre, on voyait une zone rosée, arrondie, de 0m,003 dans son plus grand diamètre, transparente, uniquement formée de tissu fibroïde et pourvue à sa périphérie de quelques rares canalicules. Autour sont distribués les lobules en séries assez régulièrement concentriques jusqu'à la limite du tissu sain, que l'on reconnaît par un brusque changement de couleur, la teinte rosée devenant ici beaucoup moins vive. Toutefois, la ligne morbide ne suit pas un cercle régulier; des prolongements fibreux pénètrent plus ou moins loin en dehors, mais la lésion s'arrête assez brusquement, tantôt respectant la limite des lobules qu'elle laisse fermés, pour ainsi dire, tantôt au contraire déchirant le lobule comme à l'emporte-pièce par de petits coins qui ont rogné un ou plusieurs trabécules.

Les îlots dispersés dans l'intérieur du nodule sont plus ou moins altérés; les uns forment une masse granuleuse, sans trace de structure, les autres conservent sur quelques points la disposition radiée.

Sur d'autres coupes, on rencontre d'immenses espaces de tissu fibreux avec des mailles de tubes capillaires sans y découvrir aucun îlot hépatique.

Les lobules, voisins du néoplasme, tendent tous à se délimiter plus nettement qu'à l'état normal; ils ont, pour la plupart, conservé la disposition radiée, quelques-uns présentent à la périphérie, en certains points, une disposition manifeste au tourbillon. Les espaces sont agrandis et les capillaires biliaires y sont déjà nombreux, mais ce n'est pas là qu'il faut rechercher leur plus grande prolifération, c'est au sein du tissu fibreux autour des lobules rongés ou à peu près détruits.

Estomac. — Comme à l'œil nu, on retrouve les trois couches constitutives, les glandes sont enchâssées dans un tissu fibroïde qui les sépare les unes des autres à plus de la moitié de leur hauteur. La couche sous-muqueuse se compose du même tissu fibroïde, dense, semé de petits groupes de cellules arrondies. Le tissu fibroïde pénètre la couche musculaire, il isole en petits faisceaux les fibres circulaires, il s'insinue même entre les fibres longitudinales, mais n'atteint pas leur limite extérieure, à plus forte raison il n'envahit pas le tissu péritonéal qui apparaît sans épaississement sensible, sans cellules, et bien moins vivement coloré par le picro-carmin.

J'avais consigné ce fait dans mes cartons avec l'étiquette : cirrhose hypertrophique nodulaire compliquant une gastrite hypertrophique. Mon attention s'était plutôt tournée vers le foie dont les lésions me surprenaient, car je n'ai rien trouvé de semblable dans les quelques auteurs que j'ai pu consulter. Ces lésions hépatiques sont bien sous la dépendance de l'obstruction des voies biliaires et l'on peut y voir réalisées, chez l'homme, les expériences de MM. Charcot et Gombault sur le cobaye.

Le travail si intéressant de MM. Hanot et Gombault (*Archives de physiologie*, 1882, n° 3) a ramené mon esprit

sur les lésions que j'avais observées et sur la filiation que l'on doit établir entre la maladie de l'estomac et celle des voies biliaires.

Après l'observation de ces messieurs et la nôtre, on ne saurait plus voir une simple coïncidence entre les deux lésions. Les points principaux relevés par nous, jusqu'aux lésions hépatiques, sont en effet semblables : épaississement de la région pylorique, épaississement des canaux cholédoques poussé assez loin pour amener l'obstruction du conduit, et, chose bizarre, bien difficile à expliquer, dans les deux cas, l'obstruction du conduit, l'épaississement des parois n'apparaissent qu'à une certaine distance du duodénum, comme plus haut, près du foie, la partie la plus élevée des canaux hépatiques redevient perméable.

Ici, seulement, l'obstruction est plus étendue, puisqu'elle porte également sur le canal cystique.

Comme, dès l'ouverture de l'abdomen, l'état singulier du foie et de la vésicule m'avait vivement frappé, tout préoccupé de rechercher le lieu où devait siéger l'obstruction, j'ai disséqué les conduits sans prendre garde à l'aspect du ligament hépatico-duodénal, non plus qu'à l'état du grand épiploon; mais j'ai formellement noté qu'il n'existait nulle part aucune bride, adhérence ou dépôt fibrineux. La séreuse stomachale paraissait normale et la capsule de Glisson, en dehors des noyaux, était partout lisse et transparente. Ces notes sont d'autant plus certaines que nous pensions trouver à l'autopsie une péritonite causée par des abcès du foie. J'insiste sur ces détails qui ont leur importance au point de vue pathogénique.

L'interprétation anatomique était malaisée tout d'abord, et l'on devait penser à cette association si fréquente du cancer du foie et du cancer de l'estomac; cependant, signe d'une grande valeur, surtout vingt-quatre heures après la mort, on n'obtenait point de suc ni par la pression ni par le raclage. L'analyse microscopique, telle que nous l'avons rapportée, suffit pour démontrer qu'il ne s'agissait point de tumeur, mais d'une lésion inflammatoire.

A l'encontre du cas de MM. Hanot et Gombault, nous n'avons point trouvé de lésions péritonéales sur l'estomac. La production du nouveau tissu s'arrêtait aux premières couches des fibres longitudinales et le péritoine, non épaissi, fixait moins vivement le carmin.

Ce n'est pas un fait isolé, car dans l'observation que ces messieurs rapportent de Cruveilhier, le péritoine était sain, et le siège principal de l'altération résidait dans la membrane fibreuse.

La périgastrite n'est donc pas un fait nécessaire, elle pourrait même n'être que consécutive et il ne serait pas impossible que la lésion primitive appartînt en toute propriété au tissu sous-muqueux.

Je ne possède point un assez grand nombre de coupes faites en des points variés pour parler d'une façon décisive des altérations de la muqueuse. Je me bornerai à rappeler qu'au niveau des points les plus épaissis, il n'existait point d'ulcération et la moitié inférieure de la glande était seule enchâssée dans le nouveau tissu.

L'âge ne paraît pas ajouter un élément à l'étiologie puisque nous voyons la gastrite se montrer à trente-trois, quarante-cinq, soixante-douze ans. Trois fois sur cinq, nous l'observons, il est vrai, avec des professions qui exigent un appui prolongé dans la région stomachale. Mais pourquoi, dès lors, cette maladie n'est-elle pas plus fréquente chez les cordonniers, les sabotiers, les tonneliers, les tanneurs? En tout cas, notre cantonnier n'avait dans l'exercice de sa profession aucun motif de se meurtrir l'épigastre. Faut-il accuser l'alcoolisme? La bonne femme de soixante-douze ans a résisté bien longtemps.

On a invoqué une parenté entre cette forme de gastrite et la tuberculose; on l'observerait alors bien plus souvent à l'âge où la tuberculose se manifeste de préférence, et puis notre cantonnier, auquel nous revenons encore, n'avait pas dans ses organes la moindre trace de tubercules. L'étiologie, comme trop souvent, reste donc obscure.

Les quelques symptômes observés appartiennent au foie. La pathologie de l'estomac a passé silencieuse. Jusqu'ici, croyons-nous, l'ictère n'a jamais été observé. Hanot et Gombault expliquent même l'absence habituelle de l'ictère par la sténose des artères hépatiques et de la veine porte ainsi englobées par la péritonite rétro-péritonéale qui accompagnerait ordinairement l'inflammation des voies biliaires. Il en résulterait une atrophie des cellules hépatiques et par suite une absence de sécrétion de la bile. Si nous admettons cette explication très rationnelle, il nous faudra conclure de notre cas que, puisque l'atrophie des cellules n'existait pas en dehors des nodosités, la sténose des vaisseaux hépatiques manquait; ce qui nous entraîne encore à penser que la rétro-péritonite n'existait pas chez S... ou tout au moins qu'elle existait à un degré très léger.

On conçoit l'importance pathogénique de ce fait; la péritonite calleuse, si elle est fréquente, n'est pas plus nécessaire que la périgastrite. Je n'insiste pas outre mesure n'ayant à faire valoir que des arguments à postériori.

Quant aux lésions du foie, elles sont restées inaperçues jusqu'au travail de Hanot et Gombault qui résument ainsi ce qu'ils ont observé : « Grands canaux portes plus apparents... élargissement des espaces périlobulaires... diminution notable du volume de toutes les cellules hépatiques dont la plupart sont simplement atrophiées, mais dont beaucoup sont devenues petites, ratatinées, avec disparition du noyau... en somme, il y a augmentation notable dans la quantité du tissu conjonctif intra-lobulaire, lequel semble, dans son développement, étreindre et tendre à étouffer les cellules et les capillaires sanguins », et ils concluent qu'il n'y a rien là de semblable à la cirrhose hypertrophique, lésion sur laquelle ces messieurs ont une si juste compétence.

Dans notre observation nous notons des lésions beaucoup plus accentuées : production de gros noyaux scléreux richement vascularisés à la périphérie, tenant dispersés un grand nombre de lobules plus ou moins altérés, et autour de ces lobules un abondant réseau de canalicules biliaires

N'est-ce point là le substratum de la cirrhose biliaire?

En raison de sa localisation par noyaux disposés comme le sont les abcès du foie qui se montrent dans des conditions semblables d'obstruction, mais d'obstruction plus brusque, on pourrait la considérer comme un degré intermédiaire entre les inflammations chroniques et les inflammations franches phlegmoneuses. Nous l'appellerions volontiers cirrhose biliaire à gros nodules tout en tenant compte de sa parenté avec l'hépatite nodulaire de M. Sabourin.

En résumé, la gastrite chronique paraît devoir entraîner avec soi un état inflammatoire des voies biliaires et des lésions du foie qui varieront suivant qu'il y aura ou qu'il n'y aura pas de périgastrite et de rétro-péritonite calleuse. Celles que nous avons observées paraissent dues à l'absence de ces complications.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Du rôle de l'oxygène de l'air dans l'atténuation quasi instantanée des cultures virulentes par l'action de la chaleur, par M. *A. Chauveau*. — L'oxygène étant, d'après M. Pasteur, un très actif agent d'atténuation de la virulence des microbes infectieux, ne serait-ce pas à l'intervention de cet agent, pendant le chauffage, que serait due l'atténuation qui est attribuée ici à l'action de la chaleur? Tout au moins

l'oxygène ne contribuerait-il point, pour une part plus ou moins grande, à la production de l'effet atténuant? Ce sont les questions étudiées par l'auteur.

Dans une première série d'expériences, le chauffage du liquide des cultures prolongées pendant vingt heures à la température + 43 degrés est exécuté dans les conditions suivantes : on fait deux parts de ce liquide : l'une reste dans le matras; l'autre est introduite dans une pipette, qu'on remplit exactement et qu'on scelle à la lampe. Pipette et matras sont ensuite placés dans l'étuve à + 47 degrés, et soumis au chauffage, qui exerce alors son influence, d'une part, sur des microbes soustraits à l'action de l'air, d'autre part, sur les mêmes microbes restés exposés à cette action de l'air atmosphérique. Or, dans les deux cas, l'effet produit par le chauffage est identiquement le même. L'inoculation comparative des deux parts de liquide montre que les microbes infectieux du contenu des pipettes n'ont pas éprouvé une atténuation moins forte que ceux des matras.

Mais ces expériences ne tiennent pas compte de l'oxygène en dissolution dans le liquide, et dont la petite quantité suffit peut-être au rôle présumé de cet agent modificateur. C'est pour écarter cette objection qu'une seconde série d'expériences a été instituée avec une importante modification du manuel : avant de sceller les pipettes, on y fait le vide à l'aide de la pompe à mercure. Le chauffage s'exécute donc, dans ce cas, aussi complètement que possible hors de la présence de l'oxygène, et l'expérience est tout à fait irréprochable. Deux exemples particuliers bien choisis en feront parfaitement connaître et apprécier les résultats.

Premier exemple. — Trois matras, ensemencés avec du sang de cobaye, restent vingt deux heures et demie dans une étuve à + 43 degrés, bien réglée. Il en résulte un beau trouble uniforme du liquide de culture. Dans chacun des matras, on puise une petite quantité de liquide, qui sera consacrée aux examens microscopiques et à l'épreuve de l'activité de la culture, puis une quantité plus grande, avec une pipette disposée pour qu'on y puisse faire le vide. Quand cette dernière opération est terminée, matras et pipettes, réunis en couples qu'on numérote 1, 2, 3, sont mis dans une étuve à + 47 degrés. Le couple n° 1 y reste une heure; le couple n° 2, deux heures; le couple n° 3, trois heures.

Deuxième exemple. — Choisi pour combler quelques lacunes du premier, ce deuxième exemple est fourni par une expérience préparée à peu près comme la précédente. Seulement la culture a été faite dans quatre matras, et la phase de prolifération n'a duré que dix-huit heures. Chaque matras étant doublé de sa pipette où le vide a été fait, un couple est gardé comme témoin, les autres sont chauffés une heure, deux heures, trois heures. Tous sont conservés à la température + 13 degrés pendant trois jours pleins, avant de servir aux diverses opérations d'épreuve. Il résulte des examens microscopiques qui sont faits avant ces opérations : 1° que les liquides non chauffés ne contiennent que des filaments et des bâtonnets dont le protoplasme est presque absolument homogène; 2° que, dans les liquides chauffés en présence de l'air, ce protoplasme s'est ponctué de quelques spores rudimentaires, en nombre croissant avec la durée du chauffage; 3° que la même proportion croissante existe dans les liquides chauffés à l'abri de l'air; mais que, de plus, le nombre de ces corpuscules y est, d'une manière absolue, beaucoup plus considérable que dans les autres liquides. Les opérations d'épreuve consistent, comme dans le premier exemple, en inoculations et en cultures.

Pour les deux exemples, des inoculations ont été faites sur certains cobayes avec le liquide chauffé, et chez d'autres avec le liquide non chauffé. Ces derniers seuls ont contracté la maladie.

Voici la conclusion qui s'impose : non seulement la présence de l'air n'intervient pas dans l'atténuation que le chauffage imprime au virus charbonneux, mais cette atténuation se fait beaucoup mieux en l'absence qu'en la présence de l'oxygène. Privé de ce gaz, le virus oppose une résistance beaucoup moins grande à l'action atténuante de la chaleur. On sera peut-être tenté de trouver une contradiction entre ces résultats et ceux qui ont été si brillamment exploités par M. Pasteur pour l'institution de sa très solide méthode d'atténuation des virus par l'action de l'oxygène. Ce serait à tort. Les conditions des deux ordres d'expériences sont différentes; il eût été étonnant que les résultats en eussent été identiques. Ce qu'il faut retenir de ceux que j'ai obtenus, c'est que la méthode d'atténuation des virus par la chaleur a son individualité et son importance propres, avec lesquelles il faudra nécessairement compter.

Bruits du cœur. — M. *S. Kanellis* attribue la production du premier bruit du cœur, d'une part, à la vibration des cordes tendineuses, déterminée par le frottement du sang contre ces cordes, au moment de la contraction du ventricule; d'autre part, au frottement du sang contre la paroi irrégulière du ventricule lui-même. Une expérience directe a montré qu'on obtient un bruit semblable en dirigeant un courant d'eau contre un réseau artificiel de cordes tendineuses, attachées solidement par leurs deux extrémités à deux planchettes parallèles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Viennse* envoie, pour le concours du prix Desportes de 1883, un mémoire manuscrit intitulé : *Du traitement de la sueur fétide des pieds au moyen du sous-nitrate de bismuth.* (Inscrit sous le n° 5.)

M. *Baillarger* présente, au nom de M. le professeur *Ball*, ses *Leçons sur les maladies mentales.*

M. *De Villiers* soumet une nouvelle rédaction de *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage, de la part de M. le docteur *Nivet* (de Clermont-Ferrand), d'un *Rapport sur l'engrais humain, les égouts et les fosses d'aisance*

M. *Dechambre* offre, aux noms de MM. les docteurs *Lereboullet, Mathias-Duval* et au sien, le deuxième fascicule du *Dictionnaire usuel des sciences médicales.*

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage de la troisième édition des deux premiers volumes, ainsi que du premier fascicule du troisième volume de sa *Clinique thérapeutique.*

M. *Rochard* présente un mémoire de M. le docteur Aubert, ayant pour titre : *Considérations sur les revaccinations pratiquées en 1881 et 1882 au 28e de ligne avec du vaccin d'enfant et avec du vaccin d'adulte et sur la nécessité des revaccinations multiples. (Commission de vaccine.)*

M. *Larrey* dépose un mémoire imprimé de M. le docteur *Armieux* sur les *Ambulances de Toulouse pendant la guerre de 1870-1871.*

M. *Maurice Perrin* fait hommage, au nom de M. le docteur *Chanvel*, professeur au Val-de-Grâce, de son *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision.*

M. *Bucquoy* dépose, de la part de M. le docteur *Le Gorrec*, une *Étude* manuscrite *sur une épidémie de variole à Plonay (Morbihan) en 1881. (Commission des épidémies.)*

M. *Constantin Paul* présente une *pile médicale portative à courants continus*, construite par M. *Chardin.*

Décès de M. Lasègue. — M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur *Lasègue*, « cet esprit si vif, cette intelligence si élevée, qui n'avait que des amis et des admirateurs dans l'Académie ».

Élection. — Par 40 voix sur 55 votants, M. *Husson* (de Toul) est élu correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie); MM. *Andouard* (de Nantes) et *Cazeneuve* (de Lille) obtiennent chacun 6 voix; il y a de plus 3 bulletins blancs.

Fièvre typhoïde. — La réponse de M. *Peter* au discours prononcé par M. Bouley dans la précédente séance, se divise elle-même en trois parties, dont la troisième a été réservée par l'orateur pour mardi prochain. Cette réponse comprend en effet : 1° une critique de l'influence que « la chimiatrie » voudrait exercer en médecine; 2° une réfutation de la méthode de Brand appliquée au traitement de la fièvre typhoïde et 3° un examen, au point de vue médical, des doctrines microbiennes les plus récentes.

Il nous paraît plus convenable et plus utile pour nos lecteurs d'attendre la fin de ce discours, pour pouvoir l'analyser dans son ensemble.

M. *Gustave Lagneau*, revenant à l'étude de l'étiologie de l'épidémie qui a été l'occasion de tous ces débats, rappelle que certains habitants de quartiers fortement atteints par la fièvre typhoïde, prétendent recevoir de l'eau fort impure de l'Ourcq et de la Seine, alors qu'ils sont abonnés à l'eau de

sources. Il pense que, pour calmer ces appréhensions, il faudrait qu'après avoir constaté que le nombre de mètres cubes d'eau de sources que la Compagnie des eaux s'engage à fournir aux abonnés n'excède pas le nombre de mètres cubes pouvant être réellement fournis par ces sources, des chimistes du Laboratoire municipal puissent, par des analyses fréquentes, à des époques irrégulières, s'assurer de la qualité et de la provenance d'eaux prises dans différents quartiers.

Revenant sur l'insalubrité des casernes, comme celle de Vincennes, où, en 1874, 400 hommes furent atteints de fièvre typhoïde, à laquelle 87 succombèrent; comme celle du Château-d'Eau où, en vingt jours de l'automne de 1876, 130 soldats sur 1300, soit 10 pour 100, furent atteints de cette affection, il croit urgent qu'on trouve moyens et subsides pour obtenir un casernement moins défectueux. Suivant M. Lagneau, les principales causes de la fièvre typhoïde, qui chaque année fait périr environ 1500 de nos soldats, sont l'immigration des jeunes gens dans le milieu morbide des grandes villes, et l'encombrement humain dans les grandes casernes. La fièvre typhoïde entre pour un tiers dans la mortalité totale de nos soldats. Après la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire, également si souvent contractée dans nos grandes casernes urbaines, est la maladie qui, parmi nos soldats, cause le plus de décès, quoique de très nombreux phthisiques réformés aillent mourir dans leurs foyers et déchargent d'autant l'obituaire de l'armée. Les conditions hygiéniques de nombreuses casernes doivent être améliorées.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Sur la gastrostomie. — Nomination d'une commission. — Goitre bilatéral; thyroïdectomie complète; guérison.

M. *Tillaux* fait une communication sur la gastrostomie. On pratique l'ouverture de l'estomac pour enlever un corps étranger, c'est alors une véritable taille stomacale, ou bien pour établir une bouche stomacale quand il y a un rétrécissement de l'œsophage. Cette dernière opération peut être appliquée aux rétrécissements cancéreux, elle offre alors peu de chances de succès; ou bien aux rétrécissements fibreux de l'œsophage, et c'est alors une bonne opération.

M. Tillaux reçut dans son service un homme de cinquante-deux ans, d'une bonne santé apparente; aucun antécédent de syphilis ou de brûlure dans la gorge. Le 24 mars 1880, le malade s'aperçut qu'il avait de la peine à avaler les aliments solides et bientôt les liquides passèrent difficilement. Il entra à Beaujon en mars 1881, ne pouvant plus avaler. L'exploration indiquait, à 18 centimètres au-dessous du cricoïde, un anneau fibreux de un centimètre de hauteur; M. Tillaux passa des olives de plus en plus grosses. Le malade, très amélioré, sortit de l'hôpital après une discussion avec l'infirmier de la salle. Alors, cependant, M. Tillaux aurait voulu pratiquer l'œsophagotomie interne, le rétrécissement n'étant plus dilatable au delà d'une certaine limite.

Le malade sorti de l'hôpital négligea de passer des bougies, le rétrécissement reprit sa marche et, le 12 février 1882, le malade ne pouvant plus avaler rentra à Beaujon. Il était pâle, défait, anémique, les plus petites olives ne pouvaient passer. M. Tillaux fit la gastrostomie le 16 mars 1882.

En quel point de la paroi abdominale faut-il inciser pour arriver sur la paroi antérieure de l'estomac? Les recherches de M. Charles Labbé à Clamart ont élucidé ce point de médecine opératoire. Il existe dans la région épigastrique un espace triangulaire limité, à droite, par le bord antérieur du foie, en bas, par la grande courbure de l'estomac, à gauche par le rebord des fausses côtes; dans ce triangle, la paroi antérieure de l'estomac est en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen. Ces indications rendent l'opération facile, tandis que le procédé de Sédillot est difficile et compliqué.

La grande courbure de l'estomac ne remonte à peu près jamais au-dessus d'une ligne horizontale qui relierait les cartilages des deux neuvièmes côtes (Charles Labbé). Le cartilage de la neuvième côte, à gauche, est indiqué par une pointe avec une dépression au-dessus; c'est à ce niveau qu'est la grande courbure de l'estomac. On fera donc, parallèlement à ce rebord des côtes gauches, une incision de cinq centimètres d'étendue, finissant à la ligne horizontale des deux neuvièmes côtes. On ouvre le péritoine et on voit la paroi antérieure de l'estomac; c'est le procédé qu'a suivi M. Léon Labbé dans son opération.

L'opération de M. Tillaux fut facile. Il embrocha l'estomac en haut et en bas de l'incision pour que l'estomac ne rentrât point s'il survenait des efforts de vomissement. Application de dix-sept points de suture; pansement à plat. En opérant ainsi, la plaie de l'estomac se trouve près du duodénum. Les suites de l'opération furent simples. Dès le lendemain, l'opéré se leva; il rentra dans la salle commune le cinquième jour. Mais le douzième jour, à la suite de discussions avec d'autres malades, qui le plaisantaient sur sa manière d'absorber les aliments, il refusa de laisser introduire dans son estomac quoi que ce soit; il ne voulut manger que par la bouche; l'œsophage étant imperméable, le malade mourut d'inanition le dix-septième jour. Le rétrécissement était de nature fibreuse.

M. *Berger* présente les pièces provenant d'une gastrostomie faite pour un cancer infranchissable de l'œsophage; l'opéré mourut dix neuf heures après l'opération.

Le malade souffrait de dysphagie depuis longtemps; il ne pouvait plus avaler depuis sept jours quand l'opération fut pratiquée. Le rétrécissement œsophagien était situé à 23 centimètres des incisives. Pendant la chloroformisation, M. Berger put traverser ce rétrécissement avec la bougie conductrice de Collin.

Opération le 16 février, avec toutes les précautions antiseptiques. Incision de cinq centimètres et demi parallèlement au rebord costal gauche, jusqu'au niveau du huitième cartilage. La péritoine étant incisé, le foie se rétracta dans le ventre; le bord du foie étant relevé, M. Berger put saisir la face antérieure de l'estomac. Ce viscère avait seulement le calibre de l'intestin; il fut fixé par les sutures, et incisé sur l'étendue de un centimètre et demi. La sonde de Faucher remplissait exactement l'orifice.

Le malade étant réveillé, on introduisit dans son estomac du vin de champagne, de la peptone; il ressentait une vive douleur au côté droit du ventre; pouls faible, agitation; mort.

A l'autopsie, aucune trace de péritonite; la paroi gastrique adhérait déjà à la paroi abdominale. Le rétrécissement de l'œsophage était constitué par un épithélioma de cinq centimètres de hauteur, laissant passer une grosse sonde; l'ampoule supérieure communiquait avec la trachée par une ulcération déjà ancienne. On comprend le danger d'une injection de liquides alimentaires par l'œsophage, surtout le malade étant endormi. Quelle est la cause de la mort? On peut invoquer ici la grande gravité des opérations chez les cancéreux affaiblis, comme l'a démontré M. Verneuil.

M. Berger a fait quelques recherches sur le cadavre et il a toujours vu que si l'on incise au niveau de la huitième côte gauche, on tombe sur le bord du foie qu'il est facile de relever pour saisir l'estomac. Au niveau de la neuvième côte, on tombe sur le côlon transverse ou sur le grand épiploon, chez les sujets qui ont l'estomac rétracté, comme c'est le cas dans les rétrécissements de l'œsophage. On

traverse le muscle droit de l'abdomen et sa gaine, le muscle transverse et son aponévrose. On arrive sur l'estomac près de la région pylorique. Quand l'estomac est rétracté, la paroi est charnue, épaisse, ce qui la distingue de l'intestin.

Le cathétérisme de l'estomac est plein de dangers, et lorsqu'il est difficile, presque impossible, chez les cancéreux, il est indiqué de tenter l'établissement d'une bouche stomacale.

M. *Marc Sée* soigne une femme à laquelle Albert (de Vienne) a fait une bouche stomacale en novembre dernier. On n'était pas d'accord sur la nature cancéreuse ou syphilitique du rétrécissement de l'œsophage. Comme la malade asphyxiait, on fit d'abord la trachéotomie; comme elle ne pouvait plus se nourrir, on fit ensuite la gastrostomie.

Albert a fait beaucoup de gastrostomies; dans le *Centralblatt* de l'an dernier on trouve qu'en 1881 il reçut dans son service vingt et un cas de rétrécissement de l'œsophage; douze fois il pratiqua une bouche stomacale. Sur ces douze opérations, deux fois, après avoir ouvert le ventre, on ne jugea pas utile d'aller plus loin; les deux malades guérirent de l'opération. Sur les dix autres sujets, deux moururent avant l'ouverture de l'estomac; pour expliquer cela, il faut dire qu'Albert, dans un premier temps opératoire, va jusqu'à la suture de l'estomac inclusivement; puis, quatre, cinq, six ou dix jours plus tard, il ouvre l'estomac. Sur les douze opérés, sept ont guéri.

Chez la malade observée par M. Sée, Albert fit d'abord l'incision au bistouri, la malade étant sous l'influence du chloroforme et de la morphine. Huit jours après, Albert cautérisa avec le thermocautère et, huit jours plus tard, il ouvrit l'estomac avec le même instrument. L'ouverture, qui était petite, fut dilatée avec du laminaria d'abord, et du caoutchouc ensuite; enfin, on appliqua une canule à demeure. Le malade ne peut rien avaler par la bouche.

M. *Verneuil*. Les opérés meurent de collapsus, de choc, d'ébranlement, etc.; dans ces cas de mort rapide, il faut rechercher l'existence de lésions viscérales graves. M. Verneuil a vu le malade de M. Berger. Cet homme avait le teint frais, pas de fièvre, son apparence ne laissait pas soupçonner une lésion grave. Le malade que M. Verneuil a opéré n'avait que 35°,5 de température; il ne mangeait plus, il était épuisé et cependant il a guéri.

Les chirurgiens anglais disent que, le cancer du rectum étant incurable, il faut pratiquer de bonne heure un anus artificiel pour soulager les malades et ne pas les perdre après l'opération. Les chirurgiens français, attendant qu'il y ait rétention des matières, opèrent tardivement. De même, Albert met de six à dix jours entre les deux temps opératoires ce qui prouve que l'œsophage est encore perméable et que le cas n'est pas très pressé. Les opérés d'Albert avaient peut-être encore deux ou trois mois de vie devant eux; si, par l'opération, il ne leur donne que deux ou trois mois de survie, où est l'avantage? Il en est de même pour l'établissement d'un anus contre nature dans le cancer du rectum. Il faudrait donc savoir la durée de la survie chez les sept opérés d'Albert. M. Faucon (de Lille), après avoir établi une statistique, conseille de s'abstenir pour les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Il est certain que les résultats sont bien peu encourageants.

— La Société procède à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire; sont élus : MM. Richelot, Delens, Monod.

— M. *Schwartz* lit une observation ayant pour titre : Goitre hypertrophique folliculaire bilatéral; thyroïdectomie complète; guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Arrêt respiratoire par lésion superficielle du bulbe : M. Laborde. — Discussion : MM. François-Franck, Dastre, Brown-Séquard. — Expulsion de la caduque sans avortement : M. Doléris. — Muqueuse olfactive : M. Tourneux. — Eau oxygénée dans la tuberculose : M. Larrivé.

M. *Laborde* présente des appareils construits par M. Verdin pour les excitations des nerfs dans les expériences physiologiques. Il expose ensuite les résultats qu'il a observés du côté des mouvements respiratoires quand il a pratiqué la piqûre *superficielle* du bulbe, au niveau du bec du calamus. L'arrêt, plus ou moins durable, des mouvements respiratoires, paraît à M. Laborde devoir s'expliquer par une irritation portée sur les centres respiratoires eux-mêmes; il pense que les pneumogastriques n'interviennent pas dans la production du phénomène d'arrêt de la respiration, les expériences produisant le même résultat que ces nerfs soient intacts ou coupés; par conséquent, M. Laborde élimine complètement la théorie admise en pareil cas par Rosenthal, celle de l'arrêt respiratoire *par voie réflexe*.

M. *François-Franck* fait remarquer que l'expérience de M. Laborde ne démontre nullement qu'il s'agisse d'une irritation directe des centres respiratoires; il trouve, au contraire, que toutes les conditions d'un acte réflexe se trouvent réunies dans cette expérience. Si M. Laborde examinait, en même temps qu'il constate les phénomènes d'arrêt respiratoire, les réactions simultanées qui se produisent dans l'appareil vasculaire, dans la pupille, etc., il pourrait se convaincre que l'excitation bulbaire qu'il provoque est tout à fait équivalente à l'excitation centripète du pneumogastrique lui-même, c'est-à-dire, comme l'a dit Rosenthal entre autres, qu'il s'agit là de phénomènes purement réflexes.

Une discussion s'engage ensuite. M. *Dastre* incline à accepter l'opinion de M. Laborde, en insistant toutefois sur la nécessité actuelle de mieux déterminer ce qu'on doit entendre par le mot « centres » dans le système nerveux.

M. *Brown-Séquard* rappelle ses anciennes expériences de 1858 qui avaient déjà établi l'existence dans la moelle, au-dessous du bulbe, de régions nerveuses centrales capables d'entretenir, quoique d'une façon insuffisante pour la persistance de la vie, les mouvements respiratoires du diaphragme.

M. *Laborde* s'engage à apporter, dans une prochaine séance, la démonstration du fait dont M. Franck conteste la réalité, à savoir, qu'il s'agit, dans les lésions superficielles du bulbe, d'une véritable irritation directe des centres nerveux respiratoires.

— M. *Doléris* communique un fait d'expulsion de la caduque pendant la grossesse, sans avortement consécutif. Il pense qu'une maladie de la caduque rend mieux compte que toute autre hypothèse du fait observé. A l'examen histologique, il a trouvé des thromboses superficielles et profondes des vaisseaux; les glandes étaient remplies de globules sanguins; les cellules géantes, très développées, étaient infiltrées de substance muqueuse. C'est donc par suite d'un processus hémorrhagique, survenu dans la profondeur de la caduque, que l'avulsion a eu lieu.

— M. *Tourneux* a eu l'occasion d'examiner la muqueuse olfactive d'un homme qui avait été assassiné dix heures auparavant. Ces recherches lui ont permis de constater les points suivants : 1° la portion véritablement *olfactive* de la muqueuse tapisse la lame criblée de l'ethmoïde, la moitié supérieure du cornet supérieur, et la partie correspondante de la cloison; 2° l'épithélium de la *tache olfactive* présente une hauteur moins grande que celle de l'épithélium de la

muqueuse respiratoire (1/10 en moins environ); 3° la démarcation entre les deux épithéliums respiratoire et olfactif est absolument tranchée : une ligne nette, à convexité inférieure, sépare nettement les épithéliums des deux régions. L'épithélium olfactif se distingue, en outre de sa moindre hauteur, par l'absence de cils à sa surface, le tassement plus considérable de ses éléments et sa coloration brun jaunâtre. La dissociation de cet épithélium permet de le décomposer en cellules *épithéliales* proprement dites et en *cellules olfactives*, dont les caractères concordent absolument avec ceux qui sont classiquement admis.

M. Tourneux n'a pu mettre en évidence, à la surface de l'épithélium olfactif, la membrane limitante externe, pas plus que les îlots ou traînées de cellules épithéliales ciliées admises par quelques auteurs. Il attribue la coloration brunâtre de la tache olfactive à la présence de granules colorés dans la moitié externe des cellules épithéliales de cette région. Les glandes se rapprochent du type des glandes en tubes composés; le chorion renferme dans son épaisseur de nombreux fascicules nerveux dont le diamètre diminue progressivement à mesure qu'on se rapproche de la surface.

M. Tourneux n'a pu déterminer, tant sur ses coupes que sur ses pièces dissociées, la continuité directe des fibrilles nerveuses terminales et des cellules olfactives.

— M. *Larrivé*, répondant à une idée exprimée par M. B rt dans la précédente séance, apporte quelques observations tendant à établir l'action salutaire de l'eau oxygénée à l'intérieur dans la tuberculose pulmonaire. Dans l'une de ses obser ations (service du docteur Péan), il est dit qu'un tuberculeux avancé, opéré pour une tumeur blanche du poignet, fut pansé à l'eau oxygénée et prit chaque jour une cuillerée à bouche du même liquide dans du lait. Cet homme, porteur de cavernes au sommet des deux poumons, serait sorti « au bout de trois à quatre semaines, dans un état très satisfaisant ». La seconde observation relate le fait d'un homme, atteint de carie des os du pied, qui ne présente « rien du côté des organes thoraciques », mais dont « l'état général est peu satisfaisant. Il prend de l'huile de foie de morue, du vin de quinquina... et de l'eau oxygénée; on immobilise son pied, on pratique des injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux. Un mois après, ce malade partait pour Vincennes « considérablement amélioré ». — En résumé, de nouvelles observations, plus concluantes, paraissent nécessaires pour que l'action bienfaisante de l'eau oxygénée dans la tuberculose se manifeste d'une façon évidente.

SÉANCE DU 17 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Accroissement des nerfs en longueur : M. Vignal. — Élongation sous-cutanée du sciatique chez les ataxiques : M. Lépine. — Mâchoire des insectes vésicants : M. Beauregard. — Hémoglobine dans le sang des crustacés phyllopodes (Apus) : MM. Regnard et Blanchard. — I. Mouvements rythmiques des ailes chez le pigeon après section du bulbe. — II. État cataleptique des muscles post mortem. — III. Action inhibitoire des narcotiques : M. Brown-Séquard. — Action toxique du gallium : M. Rabuteau. — Sucre dans l'urine après ablation des mamelles : M. P. Bert.— Élection.

M. *Vignal* complète l'exposé de ses recherches sur l'accroissement des nerfs en longueur, et revient sur un point d'historique qui lui avait échappé : il s'agit d'un travail publié, en 1881, par le professeur Renaut, *sur la gaine lamelleuse des nerfs*, etc.

M. *Renaut* a vu chez les solipèdes des segments interannulaires dont la longueur est notablement moindre que d'ordinaire; il les considère comme des segments de nouvelle formation.

M. *Vignal*, de son côté, a fait voir que chez les embryons et les jeunes sujets on observe dans les nerfs la formation de nouveaux segments, non aux dépens des anciens segments, mais bien aux dépens des cellules connectives qui s'interposent entre deux segments interannulaires et se transforment peu à peu en véritables segments interannulaires, atteignant le volume et la longueur habituels.

Depuis qu'il a eu connaissance du travail de M. Renaut, M. Vignal a examiné les nerfs du cheval, et bien qu'il ait trouvé les mêmes segments intercalaires que M. Renaut, il croit qu'il peut s'agir de segments de nouvelle formation tout aussi bien que de segments ordinaires dont l'évolution est arrêtée : en effet, le protoplasma est peu développé, tandis qu'il existe toujours en quantité beaucoup plus considérable sur ceux qu'on observe chez les embryons et chez les jeunes animaux.

— M. *Lépine* adresse une note sur les effets de l'élongation très modérée du nerf sciatique (par la méthode sous-cutanée, flexion de la cuisse) chez les ataxiques.

Après avoir rappelé les résultats souvent malheureux de l'élongation directe, pratiquée sur le sciatique à découvert, et l'abandon complet de cette méthode, M. Lépine fait remarquer que les suites de l'opération paraissent avoir été particulièrement fâcheuses quand celle-ci a été pratiquée avec une grande force; « d'où l'idée qu'une élongation très douce, loin d'être préjudiciable, serait peut-être utile si elle était fréquemment répétée ». Il a donc soumis plusieurs ataxiques à l'élongation sous-cutanée, par flexion graduellement augmentée de la cuisse sur le bassin, et cela chaque jour, pendant plusieurs semaines. En opérant ainsi, il a constaté que le malade accuse à l'extrémité du pied des fourmillements et une sensation de chaleur que le thermomètre indique correspondre à une élévation de quelques dixièmes de degré. Ce dernier résultat est conforme à ce que M. Lépine a produit chez le chien par le tiraillement léger du bout périphérique du sciatique (1876) : mais chez les animaux, l'élévation de la température ne s'observe que si l'extrémité est relativement froide avant l'expérience; chez les tabétiques le réchauffement est constant et pourrait s'expliquer par ce fait que les malades ont ordinairement les pieds froids.

Quant aux résultats thérapeutiques, M. Lépine n'y insiste pas aujourd'hui, se proposant d'y revenir plus tard; il dit seule ent que plusieurs malades ont affirmé avoir les mouvements plus « dégagés », mieux coordonnés; l'un d'eux a accusé une augmentation de force et une aptitude plus grande à se tenir debout; quelques-uns, chez lesquels l'élongation avait été suspendue, en ont réclamé la reprise.

— M. *Beauregard* expose les résultats de ses recherches sur la constitution de la mâchoire et la soudure plus ou moins complète des différentes pièces qui la composent chez les insectes du groupe des vésicants.

— MM. *Regnard* et *Blanchard*, poursuivant chez les crustacés phyllopodes, les recherches que d'autres avaient déjà faites, depuis Nawrocki, sur beaucoup d'autres invertébrés, ont constaté au spectroscope, la présence de l'hémoglobine dans le sang des *Apus*.

Chez les animaux qu'ils ont pu se procurer en grand nombre, le liquide sanguin a été fourni par la piqûre d'un réservoir sous-céphalique; il ne se coagule ni par l'exposition à l'air, ni par la chaleur, et ne paraît pas renfermer de globules. La présence de l'hémoglobine dans le liquide a été décelée par l'examen spectroscopique du sang naturel (deux bandes d'absorption, hémoglobine oxygénée); — par l'action du sulfhydrate d'ammoniaque qui donne la bande intermédiaire d'hémoglobine réduite; — par l'action de l'oxyde de carbone qui donne la réaction de l'hémoglobine oxycarbonée.

— M. *Brown-Séquard* montre, sur un pigeon dont il coupe la moelle en haut du cou, les mouvements rythmiques des ailes dont il a parlé précédemment et qui sont suffisants pour introduire encore de l'air dans les poumons.

II. Il expose ensuite les résultats de ses expériences qui l'ont amené à considérer comme siégeant *dans les muscles eux-mêmes* et comme indépendants du système nerveux central, certains états *cataleptiques* observés chez les oiseaux. L'aptitude présentée par les muscles des membres de conserver la position qu'on leur donne immédiatement après la mort, est tout à fait distincte de la contracture et de la rigidité cadavérique : l'état cataleptique précède l'apparition de la rigidité. Il est indépendant d'une influence centrale, car on l'observe chez les animaux dont le bulbe a été coupé, et même après la section des nerfs moteurs. L'hypothèse qui consisterait à localiser le phénomène dans les plaques motrices terminales n'est guère vraisemblable en présence du fait établi de la perte rapide d'excitabilité nerveuse. Le rapprochement qu'on peut faire entre les mouvements *post mortem* (choléra, fièvre jaune), la contracture et l'état cataleptique également consécutifs à ce qu'on est convenu d'appeler la mort (suspension définitive des mouvements du cœur), l'existence des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie dans les muscles, semblent imposer la nécessité de considérer comme beaucoup plus indépendant qu'on ne l'a fait le tissu musculaire.

III. M. Brown-Séquard indique en troisième lieu le fait, unique jusqu'ici, qu'il a observé, d'anesthésie générale à la suite de l'injection de 3 milligrammes de morphine dans la région innervée par le laryngé supérieur. Il pense qu'il s'agit ici des mêmes phénomènes d'inhibition qu'il a déjà découverts avec les autres irritations laryngées. Du reste, cette expérience qu'il se propose de répéter, le confirme déjà dans la pensée que les substances narcotiques produisent le sommeil par leur action inhibitoire.

— M. *Rabuteau* avait été amené à penser que le Gallium, en raison de son poids atomique élevé, devait être toxique. Les expériences qu'il a commencées avec la petite quantité de ce métal (chlorure de gallium) qu'il a eue à sa disposition, lui ont démontré la justesse de ses prévisions.

— M. *P. Bert* avait autrefois, comme M. de Sinéty, cherché si le sucre apparaîtrait dans l'urine des femelles de cobayes à la suite de l'ablation des mamelles et après que les animaux avaient mis bas. Ni l'un ni l'autre n'avaient constaté de sucre dans l'urine. M. Bert, pensant que ce résultat négatif pouvait être attribué à la faible quantité d'urine obtenue, a repris l'expérience chez une jeune chèvre : les mamelles ayant été enlevées il y a un an, l'animal a mis bas ces jours-ci et son urine contenait une grande quantité de sucre qui a disparu sous l'influence de la fièvre produite par un phlegmon d'origine traumatique. M. Bert ne s'est pas assuré de la nature du sucre constaté dans l'urine, glycose ou lactose : c'est une lacune qu'il se propose de combler.

M. *de Sinéty* fait remarquer que les résultats négatifs observés par lui ne pouvaient tenir à la trop faible quantité d'urine obtenue, les choses étant disposées de façon à ce que l'urine de plusieurs femelles de cobayes opérées fût collectée dans un réservoir placé sous la cage.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire donne les résultats suivants : sur 27 votants, 20 voix à M. Henneguy ; 7 à M. Henninger. M. *Henneguy* est proclamé membre de la Société de biologie.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

L'ataxie thérapeutique des hystériques : M. Huchard. — Accidents produits par les lombrics : M. Archambault. — Du régime alimentaire dans la glycosurie : M. Duhomme.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance M. *Moutard-Martin* donne quelques renseignements complémentaires sur l'état du malade dont il a rapporté l'observation : toute odeur fétide a complètement disparu et la plaie donne issue à une petite quantité de pus louable ; la cavité dans laquelle on pratique les injections s'est notablement rétrécie ; elle n'admet plus qu'un verre et demi de liquide. Cependant l'état général est encore assez inquiétant ; la température s'élève le soir à 38°,8 et 39°,4, et le pouls atteint 115 pulsations ; dans la matinée l'apyrexie est presque complète. Le malade n'a toujours pas d'appétit. S'il est permis d'espérer encore la guérison, il faut néanmoins faire de prudentes réserves.

— M. *Huchard* pense que l'*ataxie thérapeutique des hystériques*, que M. Bernutz, le premier, a fait connaître, sous cette dénomination, dépend de trois causes principales : 1° l'état mental des hystériques par suite duquel un même traitement, quel qu'il soit, peut réussir à merveille ou échouer complètement. Ainsi, dans un cas de contracture hystérique du membre supérieur, datant de trois mois, M. Huchard a obtenu la disparition définitive des accidents par l'application, pendant dix minutes, de la bande d'Esmark sur le bras contracturé ; 2° l'état des voies digestives ; 3° les troubles fonctionnels des reins, consistant dans une sorte de torpeur ou au contraire de surexcitation de l'excrétion rénale. Déjà M. Fabre a attiré l'attention sur ce point ; les recherches entreprises par M. Huchard et son interne M. Peunel lui ont permis de constater que certains médicaments, tels que l'iodure de potassium et le salicylate de soude, s'éliminent très lentement chez les hystériques. M. Huchard tiendra la Société au courant de ses expériences ultérieures.

— M. *Dujardin-Beaumetz* annonce à la Société l'élection de l'un de ses membres, M. Féréol, à l'Académie de médecine.

— M. *Archambault* place sous les yeux de ses collègues un dessin représentant le foie d'un enfant qui a succombé dans son service ; on y voit un grand nombre de lombrics engagés dans les voies biliaires, et, en divers points, des kystes qui tous renferment un lombric. Il s'agit d'une petite fille de cinq ans, douée d'une excellente santé habituelle et qui fut apportée à l'hôpital dans un état alarmant avec des symptômes analogues à ceux du choléra. M. Archambault apprit à ce moment que l'enfant avait rendu trois lombrics, mais ce fait n'attira pas autrement son attention. L'enfant étant morte trois jours après, on constata à l'autopsie une perforation de l'estomac et des lésions de péritonite généralisée ; en outre, la présence des vers déjà signalée dans le foie. On n'attache en général aucune importance aux ascarides, surtout à Paris où ils sont très rares, l'eau filtrée consommée par la population ne renfermant pas d'œufs de ces parasites. Cependant M. Archambault se rappelle avoir observé, au début de sa carrière, des accidents extrêmement graves chez trois enfants arrivés à Paris le matin même, et ayant été soumis dans la journée à une alimentation épicée à laquelle ils n'étaient pas habitués ; l'un d'eux présentait des convulsions violentes, un autre des coliques très douloureuses, et le troisième des selles diarrhéiques et des vomissements : les parents d'ailleurs n'étaient nullement incommodés. Ayant constaté dans les matières vomies par l'un des enfants un certain nombre de lombrics, M. Archambault, mis sur la voie du diagnostic, prescrivit 20 centigrammes de santonine à quelques heures d'intervalle ; les enfants expulsèrent de véritables pelotes de lombrics et se trouvaient guéris le lendemain. Il est évident que ces vers, irrités par les épices ingérés, avaient réagi violemment et déterminé les accidents effrayants présentés par les petits malades ; les parents, comme la plupart des adultes, n'avaient pas d'ascarides et, par suite, n'avaient éprouvé aucun malaise. Chez l'adulte, le régime, les boissons alcooliques et surtout l'absinthe amènent la mort et la disparition de ces vers intestinaux. A Veules, M. Archambault a observé maintes fois des

accidents, et en particulier des arthralgies, chez les enfants porteurs de lombrics; tous les phénomènes disparaissent par l'administration de la santonine. Dans ce petit pays, les enfants sont infectés par l'eau de la rivière dans laquelle on jette régulièrement les matières excrémentitielles.

M. *Moutard-Martin* fait remarquer que l'*ascaris lombricoides* n'est pas absolument rare chez l'adulte et qu'on voit fréquemment quelques uns de ces vers être rendus pendant le début de la dothiénentérie.

— M. *Duhomme* donne lecture de la seconde partie de son mémoire sur *le régime alimentaire dans la glycosurie*. Il reconnaît qu'en proposant de supprimer le diabète du cadre de la pathologie spéciale, il a entrepris une tâche difficile, mais il espère atteindre le but qu'il s'est proposé en montrant la concordance parfaite, à cet égard, entre l'expérimentation physiologique et l'observation clinique. — Cl. Bernard a démontré la possibilité de produire à volonté le diabète expérimental chez l'animal en digestion; il a prouvé aussi que les animaux fabriquent du sucre en dehors de l'alimentation, et qu'ils emmagasinent dans le foie la matière glycogène, véritable amidon végétal, qui constitue une réserve assurant la constante composition du liquide sanguin. L'animal vivrait donc aux dépens des aliments ingérés antérieurement, et la nutrition générale pourrait être regardée, non plus comme directe, mais comme indirecte. On a objecté, il est vrai, que le diabète expérimental, phénomène éphémère, ne rappelle que de loin le diabète clinique; et d'autre part, l'accord semble unanime pour admettre les rapports les plus étroits entre le régime alimentaire et la quantité de glycose contenue dans l'urine. Comment Cl. Bernard, qui connaissait ces objections, a-t-il pu maintenir que la fonction glycogénique est absolument indépendante de l'alimentation? — Ces deux opinions, qui paraissent opposées tout d'abord, sont vraies toutes deux, et M. Duhomme croit possible de les concilier.

Il rappelle que l'étude clinique des diabétiques soumis au régime restreint lui a permis antérieurement de dissocier deux phénomènes jusque-là confondus: la *glycosurie*, constituée par la présence de la glycose dans l'urine, et l'*uroglycosie*, trouble fonctionnel donnant naissance à la glycosurie qui n'en représente pas d'ailleurs la mesure exacte. Il veut maintenant établir l'existence de *deux sucres* différents dans l'économie, pouvant se suppléer réciproquement, et démontrer, par suite, que la glycosurie n'est pas, comme on l'admet généralement, le résultat de l'excès de glycose dans le sang, c'est-à-dire de l'hyperglycémie, mais en est au contraire la cause indirecte. — Il pense qu'il est nécessaire, tout d'abord, d'établir des modalités cliniques du trouble des fonctions glycogéniques, basées sur le plus ou moins de facilité avec laquelle les diabétiques, soumis au régime de Bouchardat, se débarrassent de leur sucre urinaire, lorsque ce régime permet d'en tarir la source; ce phénomène, variable d'un individu à un autre, est constant chez le même malade. L'uroglycosie envisagée à ce point de vue se divise en: 1° *uroglycosie simple* caractérisée par la disparition complète et rapide (deux à trois jours) du sucre urinaire, et qui comprend deux variétés, l'uroglycosie simple constante et l'uroglycosie simple inconstante; 2° *uroglycosie mixte*, dans laquelle la disparition du sucre, rapide au début, devient ensuite plus lente (plusieurs mois parfois); 3° *uroglycosie complexe*, dans laquelle le sucre disparaît tout d'abord assez vite, mais n'est jamais supprimé entièrement. La division des diabétiques en *gras* et *maigres* est tout artificielle, et d'ailleurs on n'en tient compte en général que pour considérer les diabétiques gras comme étant légèrement atteints.

Dans l'uroglycosie simple, la seule dont M. Duhomme veuille s'occuper actuellement, les malades peuvent présenter tous les symptômes du diabète à des degrés très variables, être gras ou maigres, excréter peu ou beaucoup de sucre d'une façon constante ou passagère; tous ces phénomènes d'ailleurs sont loin d'offrir au point de vue du diagnostic, et surtout du pronostic, l'importance qu'on leur accorde d'ordinaire, et se montrent seulement plus nets et plus intenses chez les malades qui atteignent rapidement un taux assez élevé de glycosurie. L'uroglycosie simple est d'ailleurs la plus fréquente et la moins grave puisque, en quelques jours, sous l'influence d'un régime convenable, le sucre disparaît entièrement de l'urine; on peut même dire que cette urine est la seule qui ne contienne aucune trace de glycose, puisqu'il en existe dans l'urine normale. L'uroglycosie simple pourrait donc être considérée comme une exagération de l'état normal. Dans cette forme d'uroglycosie simple, le sucre urinaire tire son origine uniquement des aliments féculents et sucrés récemment ingérés, sans que jamais il puisse surpasser ni même égaler en quantité celle des matières amylacées absorbées. Cette quantité dépend, d'ailleurs, de deux facteurs: l'un, *biologique* ou pathologique, représenté par l'uroglycosie; l'autre, *chimique* ou alimentaire, représenté par l'ingestion des féculents. Or on peut établir cette loi que, l'un des deux facteurs étant faible, la glycosurie restera faible, quelque intense que soit le second facteur. C'est de ce principe que résulte le maximum biologique établi précédemment par M. Duhomme. Pour juger de l'intensité du diabète, il faut considérer le point d'arrivée, et, par suite, ne pas soumettre le malade au régime restreint qui l'empêche d'atteindre son maximum biologique; on comprend, d'ailleurs, que cette expérimentation ne doit être tentée que chez des glycosuriques faiblement atteints. Le facteur biologique est parfois toujours le même, ou au contraire très variable: de là les deux variétés d'uroglycosie simple, *constante* et *inconstante*. L'uroglycosie simple ressemble entièrement au diabète expérimental; tous deux ne se montrent que pendant la digestion et sont essentiellement éphémères; l'uroglycosie simple n'a en effet que l'apparence de la continuité, mais est composée en réalité d'accès subintrants, faciles à dissocier par la réglementation du régime. La clinique, on le voit, établit une différence très nette entre la nutrition directe et indirecte: la *nutrition directe* serait représentée par le sucre qui provient immédiatement des féculents, par le sucre alimentaire, tandis que la *nutrition indirecte* est représentée par le sucre hépatique dont la production est indépendante de la nature de l'alimentation. La première est seule atteinte dans l'uroglycosie simple, les deux le sont dans l'uroglycosie complexe. Dans l'uroglycosie simple, le sucre hépatique épargné supplée le sucre alimentaire seul compromis; ce dernier n'étant plus, comme à l'état normal, consommé aussitôt que produit, mais étant au contraire devenu impropre en partie à la nutrition, doit être éliminé; le sucre hépatique, destiné à combler le déficit, entre alors en scène lorsque le premier n'a pas encore entièrement disparu, de telle sorte que leur présence simultanée dans le sang produit l'hyperglycémie, résultat et non cause du trouble fonctionnel, l'uroglycosie.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébrales. Nouveau schéma du trajet présumé des fibres optiques, par le docteur J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Depuis Newton jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait que la semi-decussation des nerfs optiques dans le chiasma, et de Græfe, en 1860, admettait qu'une lésion en

foyer dans un hémisphère cérébral ne pouvait produire que l'hémiopie mono ou bilatérale; pour lui l'amblyopie de l'un des yeux exigeait un foyer cérébral bilatéral, ou quelque lésion secondaire à la base du crâne ou au niveau de la rétine. Ces conclusions résultaient logiquement de l'hypothèse anatomique, d'après laquelle l'hémisphère droit, par exemple, recevait les fibres internes de la rétine gauche et les fibres externes de la rétine droite, c'est-à-dire les fibres de la moitié droite de chaque rétine : l'hémisphère gauche recevant celles de leur moitié gauche.

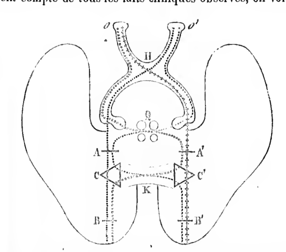
Le professeur Charcot ayant démontré que l'hémianesthésie de cause cérébrale, ou encore celle des hystériques, s'accompagnaient, non pas d'hémiopie latérale, mais bien d'amblyopie croisée, et ayant élevé des doutes sur l'exactitude absolue des observations d'hémianopsie dans des cas semblables, l'amblyopie croisée fut regardée comme le seul trouble visuel lié à une lésion intra-cérébrale en foyer. Quant à l'hémiopie latérale, elle restait le résultat obligatoire de la lésion d'une des bandelettes optiques.

C'est alors que M. Charcot imagina le schéma bien connu représentant le trajet intra-cérébral probable des fibres optiques. Le chiasma restait le siège d'une semi-décussation; mais, en outre, les fibres non entre-croisées en ce point subissaient à leur tour un entre-croisement analogue au niveau des tubercules quadrijumeaux; chaque hémisphère cérébral contenait dès lors toutes les fibres se rendant à la rétine du côté opposé, et ses lésions devaient produire l'amblyopie croisée.

Mais bientôt les observations cliniques publiées par Grasset, Galezowski, Huguenin, Gille, Bellouard, les recherches entreprises en Allemagne, les expériences physiologiques de Munk sur la sphère visuelle corticale chez le chien et le singe, vinrent démontrer la réalité de l'hémianopsie latérale dans les lésions cérébrales en foyer. Il devenait donc nécessaire de modifier le schéma proposé par Charcot, et l'un de ses élèves, le docteur Féré, dans sa thèse inaugurale, proposa un nouveau schéma du trajet des fibres optiques. Mais ce schéma semble présenter tous les inconvénients et toutes les inexactitudes de celui de de Græfe, puisqu'il ne tient compte que de la semi-décussation au chiasma. Il renferme bien aussi une hypothèse nouvelle sur le trajet distinct des fibres centrales de la rétine, mais elle ne joue aucun rôle dans le schéma lui-même de l'amblyopie et de l'hémianopsie. En aucun point du tracé schématique de Féré on ne trouve réunies les fibres externes et les fibres internes d'un même œil; il ne peut, par suite, expliquer les faits incontestables d'amblyopie ou de cécité croisée, résultant d'une lésion intra-cérébrale.

Il semble donc nécessaire de proposer un nouveau schéma (voy. la figure) permettant de comprendre à la fois l'hémiopie latérale et l'amblyopie croisée. Il doit, pour M. Grasset, satisfaire aux conditions suivantes : 1° *Les fibres internes s'entre-croisent au chiasma* (H), *tandis que les fibres externes continuent directement*, toute lésion du tractus optique en arrière du chiasma produisant l'hémianopsie. 2° *Les fibres externes s'entre-croisent en arrière du chiasma* [*vers les tubercules quadrijumeaux, par exemple* (Q)], *de sorte que l'entre-croisement est alors complet pour toutes les fibres optiques, et que, dans chaque capsule interne, se trouvent réunies toutes les fibres de l'œil opposé.* En effet, on sait qu'une lésion (A, A') du carrefour sensitif détermine l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et par suite l'amblyopie croisée. Enfin, 3° *les fibres externes subissent un second entre-croisement au delà de la capsule interne, avant d'aboutir aux circonvolutions, de sorte que chaque lobe occipital contiendrait les fibres externes de l'œil du même côté et les fibres internes de l'œil opposé.* Peut-être ce troisième entre-croisement s'opère-t-il dans le corps calleux (K)? On comprend dès lors comment une lésion corticale (B, B') peut déterminer l'hémiopie latérale; et l'on voit également qu'il existe un point voisin de ce dernier entre-croisement dans lequel une même lésion (C, C') intéresse toutes les fibres de l'œil opposé et les fibres externes seulement de l'œil du même côté, c'est-à-dire détermine à la fois l'amblyopie croisée et l'hémianopsie.

Dans cet ingénieux schéma, que M. Grasset tout le premier déclare absolument hypothétique, mais qui rend parfaitement compte de tous les faits cliniques observés, on voit que



les fibres internes de chaque rétine ne subissent qu'un entre-croisement au chiasma, pour se terminer directement dans l'hémisphère opposé; tandis que les fibres externes de chaque œil subiraient en arrière du chiasma un double entre-croisement qui, après une incursion dans l'hémisphère opposé, les ramènerait aboutir dans l'hémisphère correspondant à l'œil d'où elles sont parties.

Ce trajet en forme d'anse, qui peut paraître tout d'abord bien bizarre, présente une grande analogie avec celui que Landouzy fait décrire au faisceau externe du spinal, pour expliquer la déviation conjuguée de la tête et des yeux, phénomène qui offre de nombreux rapports avec l'hémiopie latérale de cause cérébrale. (*Montpellier médical*, février 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Thèses pour le concours d'agrégation de médecine, 1883. — Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par M. Baumel, chef de clinique médicale à Montpellier (Delahaye).

M. Baumel s'est trouvé en présence de l'un des sujets de thèse les mieux définis du concours: *Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets.* Contrairement à plusieurs de ses collègues, il savait au juste à quoi s'en tenir sur la question à traiter et pouvait, dès le premier jour, établir un plan général définitif. Il savait qu'on lui demandait surtout d'exposer les récents travaux sur l'endocardite aiguë des cavités droites, de condenser tout ce que nous ont appris les travaux successifs de C. Paul, Salmon, Vimont, sur les lésions de l'artère pulmonaire, d'établir sur des faits cliniques la pathogénie et les signes des dilatations du cœur droit avec ou sans insuffisance, accident pathologique si fréquent et de provenance si variée. Pour mener à bien ce travail, M. Baumel trouvait dans la littérature française tous les documents nécessaires : de grands articles de Dictionnaires, ceux de Potain et Rendu, de M. Raynaud; des traités tout récents sur les maladies du cœur (G. Sée, C. Paul), tous travaux qui lui fournissaient des éléments déjà suffisants; puis, sur chaque point spécial, des monographies en grand

nombre: mémoires ou thèses remarquables de Potain et ses élèves sur les dilatations du cœur droit, leur pathogénie, leurs symptômes, des travaux tout récents de plusieurs physiologistes sur le pouls veineux; le mémoire de Rendu qui vient de paraître sur les rapports des maladies du cœur et du foie, les leçons de Picot sur le même sujet; toute la série des recherches et discussions sur les souffles inorganiques, intra et extra-cardiaques qui devait lui servir pour la question de diagnostic. Et ainsi du reste: rien qu'en glanant autour de lui M. Baumel pouvait condenser dans une thèse de petit volume tous ces documents épars, et nous donner un travail d'ensemble du plus grand intérêt.

« Plus de temps et *surtout plus d'aides* (dit un peu mélancoliquement l'auteur trop favorisé par l'abondance des matériaux) nous auraient été nécessaires... » pour mener à bonne fin un pareil labeur.

Nous en tombons d'accord avec lui et plaignons sincèrement le candidat étranger à Paris, isolé dans le mouvement qui se fait autour de lui, privé de ces collaborateurs dévoués que chaque candidat parisien lance de tous côtés à la recherche de documents: M. Baumel n'est pas le premier qui ait manqué d'aides dans Paris, mais c'est la conséquence presque inévitable des conditions du concours actuel pour les candidats de province.

Ce qui manque à ce travail, le « *temps et les aides* » l'auraient sûrement donné; M. Baumel, plus riche en matériaux, en éléments de comparaison, ayant le loisir de digérer le tout, de se l'assimiler complètement et d'en tirer une œuvre relativement personnelle, ne se serait pas contenté d'un simple exposé analytique, dépourvu de critique. Sans doute, c'est déjà quelque chose pour nous que de posséder une revue générale de la question si importante aujourd'hui des maladies non congénitales du cœur droit; on trouvera, dans cette thèse, groupés, non sans méthode, des renseignements importants; plusieurs chapitres, celui de l'endocardite droite aiguë, par exemple, y sont traités d'une façon satisfaisante et contient l'exposé des documents, peu nombreux du reste, qu'on possède sur la question. Mais le lecteur, sachant quelle valeur clinique ont prise dans ces dernières années les études des rétrécissements de l'artère pulmonaire et surtout des dilatations du cœur droit, regrettera sans doute de voir aussi réduits les articles où sont examinés la pathogénie, les signes et les conséquences de ces affections.

Chacun connaît les signes à l'aide desquels C. Paul, Salmon, Vimont ont précisé le diagnostic des rétrécissements de l'artère pulmonaire; on sait, d'autre part, quelles difficultés de diagnostic soulève la constatation d'un souffle systolique, indépendant d'une lésion de l'artère pulmonaire et siégeant à gauche du sternum (souffle anémo-spasmodique de C. Paul); on n'ignore pas davantage que certains bruits extra-cardiaques simulent à s'y méprendre soit les souffles de l'artère pulmonaire soit ceux de l'orifice mitral. N'y avait-il pas grand intérêt à reprendre, sous une forme critique, toute l'étude de cette question à laquelle les récents travaux de Balfour viennent de donner un regain d'actualité? Assurément, cette discussion trouvait sa place à propos du diagnostic du rétrécissement de l'artère pulmonaire; en l'abordant, M. Baumel aurait utilement complété les travaux qu'il a seulement mis à contribution au point de vue analytique.

Sans sortir de la question des rétrécissements de l'artère pulmonaire, qu'est devenue la grande discussion des rapports de la phthisie avec cette lésion? M. Baumel en a singulièrement atténué la portée en se contentant d'admettre que la phthisie est liée à l'hématose incomplète, « à l'état d'affaissement du malade, qui le livre sans défense à la plus dégradée de toutes les diathèses, etc. ». Pourquoi donc alors, s'il n'y a pas de rapport direct entre les rétrécissements de l'artère pulmonaire et l'apparition des lésions pulmonaires, voit-on, comme dans le cas remarquable publié par Hanot, ces lésions se produire seulement dans le poumon correspondant à la branche comprimée de l'artère pulmonaire, l'autre poumon étant parfaitement sain? L'auteur aurait pu s'apercevoir du désaccord qui existe entre la théorie du dépérissement général de l'individu et l'apparition de lésions chroniques dans un seul poumon. C'était le cas de faire acte de critique et tout au moins de signaler une lacune sinon de tenter une interprétation.

En abordant le chapitre des lésions et des troubles fonctionnels qui amènent la dilatation avec ou sans hypertrophie du cœur droit, M. Baumel a eu surtout en vue la dilatation consécutive aux troubles de la circulation pulmonaire. Il a réuni dans une même étude les dilatations transitoires, rapidement produites sous l'influence d'affections gastro-hépatiques, et les dilatations progressives, définitives qui succèdent aux lésions chroniques de l'appareil respiratoire. Les unes et les autres semblent avoir en effet comme condition productrice commune la gêne par trouble nerveux ou matériel de l'écoulement du sang à travers le poumon; les premières, simples troubles fonctionnels d'abord, peuvent ensuite devenir permanentes en s'accompagnant d'une distension excessive de la fibre musculaire cardiaque. De part et d'autre la conséquence de la dilatation poussée à une certaine limite est l'insuffisance auriculo-ventriculaire droite avec tous les désordres secondaires qu'elle détermine. Il y avait donc intérêt à comprendre toutes les variétés de dilatation cardiaque droite dans une même description clinique; mais combien il était difficile d'exposer, sans confusion, la pathogénie si différente de toutes les dilatations ventriculaires droites dans un même chapitre! On sent bien la complexité du sujet en lisant ce qu'a écrit à ce propos M. Baumel: malgré tous ses efforts il n'a point réussi à nous laisser une idée nette de la question. Ce qui a sans doute contribué à rendre cette étude embarrassée, c'est que l'auteur avait déjà consacré un chapitre spécial à l'examen des signes de l'insuffisance tricuspidienne, étudiée indépendamment, comme lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Il nous semble qu'en plaçant au contraire cette étude à la suite de celle des dilatations, M. Baumel se serait mis à l'aise, ayant déjà préparé l'examen de la conséquence ultime de la dilatation ventriculaire droite par l'étude détaillée et méthodique de sa condition pathogénique.

Alors aurait trouvé place un paragraphe de diagnostic différentiel qui fait complètement défaut, et une étude de l'évolution de ces dilatations cardiaques, qui peuvent progresser ou rétrograder au contraire, suivant que se modifie dans un sens ou dans l'autre la série des conditions pathologiques prochaines ou éloignées qui leur donne naissance.

Mais il s'agissait là précisément de ces remaniements qu'on ne peut opérer dans un travail qu'après un classement préalable, après une rédaction provisoire, et qui supposent un temps de réflexion suffisant et une assimilation parfaite des documents: c'est la dernière main, la retouche dont nous regrettons et dont nous nous expliquons l'absence.

Nous aurions voulu que cette thèse, portant sur un ensemble de questions bien délimité, rentrât dans la série de ces thèses d'agrégation, qui fixent une période dans l'étude d'un sujet et qui restent classiques.

Si maintenant, après avoir fait de ce travail une critique générale que sa condition même de travail imposé et à terme fixe nous a paru suffisamment autoriser, nous voulions prendre en détail les sujets traités, nous aurions à nous exprimer en de tout autres termes: à propos de chaque point considéré en lui-même, détaché de l'ensemble, nous ne pourrions que répéter: c'est une bonne analyse, un résumé suffisant du travail de M. C. Paul pour le rétrécissement de l'artère pulmonaire, de celui de M. Barié pour la dilatation cardiaque d'origne gastro-hépatique, de M. Letulle pour l'anatomie pathologique des hypertrophies secondaires, etc. A ce point de vue la thèse est très correcte et l'on y trouvera sous un petit volume des documents nombreux.

L'analyse des matériaux utilisés dans ce travail est consciencieusement faite; le classement en est logique, et sauf dans le chapitre pathogénique des dilatations cardiaques, on se retrouve aisément dans l'exposé de M. Baumel. Il aurait peut-être rendu sa rédaction plus facile en sacrifiant quelques pages à la physiologie. Une revue sommaire de la circulation pulmonaire, dont un bon travail récent de M. Lalesque lui fournissait les éléments, un court aperçu des propriétés du muscle cardiaque, auraient permis à l'auteur d'étudier sans digressions pénibles les effets qui résultent des surcharges de la circulation cardio-pulmonaire et des troubles nutritifs des parois musculaires du cœur. Quelques-uns de ses collègues, M. Dreyfus-Brisac, M. Letulle, dans leurs thèses, ont consacré de longs chapitres à la physiologie normale de l'appareil respiratoire et du cœur. On trouvera peut-être qu'ils ont fait une bien large part à la physiologie; M. Baumel aurait eu avantage pour lui et pour ses lecteurs à suivre de loin leur exemple, en donnant un sommaire aperçu des conditions normales de la circulation dans le poumon et de la fonction cardiaque.

Pour résumer notre impression, nous dirons que le travail de M. Baumel, consciencieux, très sérieux comme étude de clinique courante, aurait pu être une œuvre de critique raisonnée, d'une véritable valeur, si son auteur eût été moins limité par le temps et s'était mieux senti en possession de ce sujet, qui n'avait évidemment pas, jusque-là, suffisamment attiré son attention.

F. F.

VARIÉTÉS

Nécrologie : le professeur Lasègue. — La Faculté de médecine vient de faire une nouvelle perte par la mort du professeur Lasègue, l'un des esprits les plus originaux de la génération médicale actuelle; original par les idées, original par le style, original par la parole. Les études philosophiques auxquelles il s'était livré, le cours de philosophie qu'il avait même professé, avaient comme imprimé leur marque sur les nombreux articles de philosophie médicale qu'il a semés dans diverses publications. Ses vues sur la pathologie, sur la clinique étaient très personnelles. Comme elles se produisaient en lui avec une sorte de soudaineté, il lui arrivait quelquefois de les abandonner et même de les critiquer. Le caractéristique de son talent, de la perspicacité et du tour particulier de son esprit, demeurera surtout dans ses travaux sur l'aliénation mentale. Au Palais, où il paraissait souvent comme expert ou comme témoin, il s'était fait une grande réputation d'éloquence humoristique. Comme critique scientifique il a laissé dans *les Archives générales de médecine* un grand nombre d'articles qu'on peut considérer comme des modèles du genre.

Lasègue, élève de prédilection de Trousseau, avait été nommé en 1867 à la chaire de pathologie générale, laissée vacante à la mort d'Andral. Bien que ce genre d'enseignement semblât fait pour lui, il passa deux ans après à la chaire de clinique de la Pitié.

Il a succombé, le mardi 20 mars, aux suites d'un diabète déjà ancien et qui s'était compliqué d'albuminurie.

— Nous apprenons à l'instant que notre collaborateur et ami M. Krishaber vient d'être frappé dans ses plus chères affections. Mme Krishaber a succombé aujourd'hui après de cruelles souffrances. Les nombreux amis de notre excellent confrère s'associeront à sa douleur.

Corps de santé de la marine. — Un décret du président de la République, en date du 13 mars 1883, vient de modifier les articles 3, 7 et 11 du décret du 27 novembre 1880, déterminant les conditions à remplir par les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe qui appartiennent au service de santé de la marine.

Asile Sainte-Anne. — Sont promus de la deuxième à la première classe : M. le docteur Bouchereau, médecin en chef de la section des femmes à l'asile Sainte-Anne; M. le docteur Magnan, médecin en chef du bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

École de médecine d'Alger. — Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le 7 juin 1883. Le candidat nommé entrera immédiatement en fonctions; celles-ci auront une durée de trois années, pendant lesquelles il recevra un traitement annuel de 1800 francs, plus le quart colonial, soit 2250 francs.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, les agrégés dont les noms suivent : MM. Regimbeau, pathologie interne; — Serre, pathologie externe; — Mosse, pathologie et thérapeutique générales; — Carrieu, anatomie pathologique et histologie; — Bimar, physiologie élémentaire.

Mortalité a Paris (11e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 mars 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1209, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 13. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13.—Diphthérie, croup, 38.—Dysentérie, 1.—Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 87. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 33; inconnu, 4.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 102; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 11e semaine. — Il a été notifié, pendant la 11e semaine, au service de la statistique municipale, 1413 naissances et 1209 décès. Ce dernier chiffre dépasse notablement la moyenne des décès des quatre dernières semaines, qui est de 1184. En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la variole (13 décès au lieu de 10), la rougeole (18 au lieu de 9), la coqueluche (13 au lieu de 7); une atténuation pour la scarlatine (2 décès au lieu de 5) et la diphthérie (38 au lieu de 46).

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse des chiffres d'admissions légèrement supérieurs pour la période du 5 au 11 mars à ceux de la précédente. Ces chiffres sont : pour la fièvre typhoïde, 61 au lieu de 58; la variole, 33 au lieu de 24; la diphthérie, 36 au lieu de 33.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement, par M. H. Rendu. In-4 de 100 pages. Paris, G. Masson. 4 fr.

Rapport sur l'enseignement de l'odontologie en Angleterre, adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, par M. le docteur V. Galippe. Broch. in-8 de 71 pages. Paris, G. Masson. 2 fr.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anormales, par M. le professeur Germain Sée. Leçons recueillies par M. le docteur Labadie-Lagrave; 2e édition revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 11 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 29 mars 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — RACHITIS ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : La discussion sur la fièvre typhoïde.

Parmi les nombreuses surprises que la longue discussion entamée depuis cinq mois à l'Académie de médecine « sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris », a successivement ménagées au public médical, il n'en est assurément pas de plus singulière que le dénouement auquel cette discussion semblerait devoir tendre. La fièvre typhoïde a disparu dans la doctrine générale du parasitisme. On a essayé, par de simples procédés d'érudition et des interprétations de mots, de faire oublier des découvertes scientifiques dont les résultats ne cessent pourtant pas d'être remarquables et encourageants, et dont les conséquences entrevues n'ont jusqu'ici rien d'excessif. La méthode générale d'atténuation des virus par l'oxygène de l'air et par la température continue ses succès ; et les applications des idées et des expériences sur lesquelles elle repose touchent d'assez près la médecine humaine, pour qu'il soit regrettable que l'Académie de médecine puisse être accusée de détourner d'elle un tel mouvement scientifique. Mais mardi prochain elle sera ramenée à l'étude de l'étiologie directe de la fièvre typhoïde par un discours annoncé de M. Fauvel, et nous commencerons aussitôt après le résumé de l'examen critique de la discussion tout entière, en commençant par le point de vue étiologique et prophylactique.

Rachitis et syphilis héréditaire.

A M. LE DOCTEUR PAUL RECLUS.

Mon cher collègue,

Je viens de lire dans la *Gazette hebdomadaire* votre article sur le *Rachitis et la syphilis héréditaire*. Laissez-moi

---

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Beati qui viderunt. — Les conséquences d'une confusion. — Détermination zoologique du Pirée. — La médecine dans les colonies hollandaises de l'Océanie. — Multiplicité des races et des langues. — Médecine populaire. Formulaires reliés en parchemin en djawa-doctoren. — Le charlatanisme en Hollande. — Un jugeur d'urines attrapé. — Danemark. Desiderata dans l'hygiène de Copenhague. — Jurisprudence des tribunaux danois en matière d'honoraires médicaux.

Le rôle de chroniqueur à distance est singulièrement ingrat. Les journaux les mieux remplis sont souvent d'une pauvreté remarquable pour tout ce qui est relatif à la déontologie, à l'exercice de la médecine, aux rapports des praticiens avec leurs clients ou avec l'autorité, à l'enseignement, à l'hygiène publique, à une foule de questions enfin, dont on ne saurait sortir sans empiéter sur les autres parties du journal. Ces difficultés courantes se doublent à l'occasion de difficultés spéciales : il existe des gens mal intentionnés, de mauvais plaisants qui prennent plaisir à rédiger des contes fantastiques, à se moquer du plumitif étranger n'ayant ni le temps ni les moyens de vérifier ce qu'ils disent. Les personnes qui me font l'honneur de me lire se rappellent peut-être qu'au mois de juillet dernier, j'avais parlé un peu du Danemark que je représentais comme un pays habité par une population intelligente et fière ayant des institutions médicales de premier ordre ; j'ajoutais, sur la foi de M. Hans Kaarsberg, que la nourriture des paysans, l'hygiène des écoles laissaient parfois à désirer, puis je faisais un tableau peu flatté d'une contrée lointaine à huttes sordides habitées par de sordides gens (j'avais dit d'abord, à deux reprises, que c'était d'un pays voisin du pôle, du Groenland, qu'il s'agissait). Je n'avais pas contrôlé, je l'avoue, les assertions de mes confrères ; mal m'en a pris. M. le docteur Eugène

vous en féliciter et vous en remercier. Je vous en félicite, parce que je ne crois pas que l'on puisse s'assimiler plus complètement une idée médicale, et l'exposer avec plus d'équité, de méthode et de verve. — Je vous en remercie, parce que vous avez su donner à l'opinion que je professe un vêtement si séduisant, qu'il tentera le regard, fixera l'attention, et me vaudra, j'en suis convaincu, plus d'un adhérent.

Puisque vous avez pris un intérêt si sincère à mes recherches, permettez-moi de répondre aux objections que vous m'adressez avec tant de courtoisie.

Vous pensez que les sujets soumis plus particulièrement à mon observation, outre qu'ils sont syphilitiques, sont exposés à toutes les causes qui provoquent le rachitis... sont mal vêtus, mal nourris...; ont subi toutes les déchéances organiques? Cela est vrai pour un grand nombre d'entre eux, mais non pour tous; et très fréquemment je montre aux personnes qui suivent ma clinique des enfants rachitiques à un haut degré et syphilitiques, qui sont gras, de belle apparence; et qui, en dehors de leur maladie héréditaire, présentent tous les attributs d'une santé florissante. Par contre, il entre journellement dans mes salles des sujets, arrivés lentement, sous l'influence des causes indiquées plus haut, au dernier degré de l'émaciation, mais non syphilitiques, et dont le squelette est absolument indemne de rachitis.

Suivant M. Cornil, dites-vous, « le rachitis est rare chez les citadins si souvent syphilitiques, mais toujours mieux nourris et mieux vêtus, tandis qu'il est fréquent dans certaines campagnes presque indemnes de syphilis, mais très misérables. » Il y aurait beaucoup de choses à dire sur ces citadins bien nourris et bien vêtus, opposés à ces paysans qui le seraient moins bien.

Sans m'y arrêter, je crois pouvoir dire, d'accord avec beaucoup d'auteurs compétents, que le rachitis est un mal de la ville bien plus que de la campagne.

Abordant l'examen des signes sur lesquels je m'appuie, pour reconnaître la syphilis héréditaire, actuelle ou éteinte, vous doutez, avec d'autres, de la valeur des taches circinées de la muqueuse linguale et de certaines cicatrices des fesses. Là-dessus j'attends des objections sérieuses. Je n'ignore pas que la langue peut se desquamer sous des influences très diverses; mais la force desquamative que je considère comme une dépendance de la syphilis héréditaire, a des caractères qui lui sont propres et qui la différencient nettement de toutes les autres.

J'arrive à l'atrophie dentaire et à M. Magitot, qui, en toute circonstance, l'attribue à des convulsions, à l'éclampsie de l'enfance. J'ai déjà combattu cette manière de voir; mais avec un homme du crédit de M. Magitot, l'on n'a pas facilement gain de cause; je vous demande donc la permission de reproduire ici, contre sa doctrine, des arguments que je crois irréfutables.

Je ne dirai rien des Kabyles, que je ne connais pas. Je laisserai aussi de côté la fameuse dent de bœuf, ne sachant rien des convulsions du veau; et trouvant, lorsqu'on abat chaque jour à Paris des centaines de bœufs, qu'il serait bien facile, s'il ne s'agissait pas, dans le cas dont argue M. Magitot, d'un simple accident, dont la cause nous échappe, de recueillir un grand nombre de dents semblables à celles dont il fait tant de bruit. Je parlerai donc simplement des petits Parisiens, qui suffiront à ma démonstration.

J'ai fait voir que l'atrophie des dents de lait est loin d'être rare; que, lorsque la dentition permanente est atteinte, celle de la première molaire est constante, et que, pour cette dernière, c'est toujours la portion la plus libre de la couronne qui est malade, à savoir celle qui est formée dans les derniers temps de la vie intra-utérine. Si donc la manière de voir de M. Magitot était vraie, il faudrait admettre que, dans les deux ou trois derniers mois de la vie fœtale, les sujets atteints d'atrophie dentaire ont été en proie à un état de mal convulsif. Or, je le demande, quel est le médecin qui, dans l'état actuel de nos connaissances, oserait se faire le champion d'une pareille hypothèse? — Mais ce n'est pas tout; la lésion occupe parfois sur la couronne une hauteur si considérable, qu'il faudrait, pour s'en rendre compte, admettre un nombre de convulsions colossal. Voulez-vous un exemple: en autopsiant un petit garçon de vingt et un mois, j'ai vu une première molaire atrophiée sur une hauteur de 6 millimètres. En se basant sur le temps nécessaire à l'évolution de cette partie de la couronne, on arrive à trouver que, pour expliquer l'état atrophique par des convulsions, ayant lieu de cinq en cinq minutes, il aurait dû s'en produire 209 664. Enfin je ferai remarquer que la seconde et la troisième molaires permanentes ne sont jamais atrophiées. Pourtant, les convulsions ne sont pas rares durant leur évolution intra-alvéolaire; elles devraient donc être altérées si la théorie de M. Magitot était vraie. Au contraire, toutes ces lésions dentaires et les particularités diverses qui s'y rattachent sont dans un accord parfait avec l'évolution de la syphilis héréditaire.

Martel, qui a visité la partie nord du Jutland et les îles Limfjord, a vertement relevé dans la *Revue médicale française et étrangère*, du 10 février dernier, des erreurs formidables que j'avais naïvement commises; j'ai, d'après lui, confondu le Danemark avec le Groenland ou l'Islande; de sorte que si le reproche est juste, c'est au Groenland ou en Islande qu'il faudrait chercher la population intelligente et fière, les institutions médicales de premier ordre, tandis que les huttes sordides aux habitants sordides appartiendraient probablement au Danemark. Mes guides m'ont joué un bien vilain tour. Et moi qui croyais que les médecins du Nord sont l'intégrité même, qu'ils parlent surtout de ce qu'ils ont vu! Du reste, la rigueur scientifique est la qualité dominante du voyageur dont nous venons de parler; la plus petite erreur l'agace et le rend malade; personne ne porte plus loin que lui l'amour des rectifications; il les devine, les découvre avec une sagacité comparable à celle de l'aimable solipède qui, au milieu d'une végétation luxuriante, trouve, sans hésitation ni tâtonnements, la composée piquante qu'il préfère. Dans un numéro de l'*Eira*, analysé par M. Martel, il est question d'odontalgie rhumatismale, de l'opération des hernies, de trois cas particuliers de délivrance, toutes choses pouvant intéresser une partie de ses lecteurs, car il y a des médecins parmi les abonnés de la Revue. Il indique le tout sans s'y arrêter; en revanche, il traduit *in extenso* un passage d'une analyse d'un livre de M. Layet sur l'*Hygiène et les maladies des paysans*, dans lequel celui-ci est accusé de plusieurs *bévues ;* je passe l'épithète qualificative.

M. Martel n'a pas parcouru seulement le Jutland et les îles Limfjord; il a fait, dit-on, dans un but désintéressé et absolument louable, plusieurs milliers de verstes en Russie; on l'aurait vu à Saint-Pétersbourg, Pskov, Novogorod la grande, Moscou et tout cela pour découvrir un certain Vratch qui selon lui rapporte, d'après Molodenkov, des cas d'empoisonnement par l'acide borique (*Rev. méd.*, 1883, p. 199). Tant d'activité, d'efforts, d'énergie ont été

J'espère, mon cher collègue, que vous voudrez bien mettre les observations qui précèdent à l'actif de la doctrine que je soutiens, et me dis bien à vous,

Parrot.

Contributions pharmaceutiques.

PILULES DE KERMÈS COMPOSÉES.

Les lecteurs ont fait un excellent accueil à la formule de pilules de goudron que j'ai publiée l'année dernière. Il y a même un de mes confrères, — habitant une ville du Midi, — qui, remplaçant le benjoin par le baume de Tolu, en a fait une spécialité pharmaceutique. La loi de germinal an XI me pardonne ainsi qu'à lui ! J'ai entre les mains le prospectus de ce confrère, où il vante les remarquables effets de ce médicament contre les affections de poitrine. Ces pilules contenant chacune 10 centigrammes de goudron, 10 centigrammes de benjoin et 15 centigrammes de poudre de Dower, sont évidemment préférables aux capsules de goudron du commerce, et jouissent d'une efficacité réelle; mais elles ne visent qu'une certaine période du rhume, celle où l'on veut faire cesser l'expectoration. Il m'a paru nécessaire de les compléter par d'autres pilules, qui seraient administrées au début de la maladie, dans les cas où l'on désirerait plutôt provoquer l'expectoration, c'est-à-dire au moment où l'on prescrit les pastilles de kermès, d'ipéca, de soufre, les juleps et les sirops béchiques. Il ne faut pas perdre de vue que la forme pilulaire est bien précieuse pour la médecine. La pilule se conserve bien et se transporte facilement; elle peut contenir les mêmes agents actifs qu'une potion, et on l'avale sans répugnance.

J'ai réuni dans cette nouvelle préparation les substances les plus usuelles, en les proportionnant selon leur action physiologique.

Voici cette formule :

Kermès et poudre d'ipécacuanha...... ãã 1 centigramme.
Extrait de jusquiame et extrait d'opium. ãã 1 —
Extrait d'aconit et poudre de rhubarbe. ãã 2 —
Pour une pilule non argentée.
Dose, de 3 à 5 par jour.

Plusieurs praticiens ont employé ces pilules cet hiver avec un certain succès.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie et anatomie pathologique.

Contribution a l'histoire de l'ostéomyélite spontanée, par M. le docteur Abeille.

Les cas d'ostéomyélite spontanée suppurante, dans le genre de celle dont l'on va lire l'observation, sont presque fatalement mortels si l'on n'intervient par l'amputation.

Voici comment s'exprime, dans son article *ex professo*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, M. Gosselin :

« Les cas les plus graves sont ceux dans lesquels il y a ostéomyélite suppurante, ou si on aime mieux, ceux dans lesquels la suppuration envahit toutes les parties constituantes de l'os et notamment le canal médullaire.

» Je crois pouvoir établir que les malades qui survivent, après une ostéite suppurante aiguë, sont ceux qui ont échappé à la suppuration de la moelle, ou, si vous voulez, qui ont eu avec l'ostéopériostite suppurante, une myélite non suppurante.

» Est-ce à dire cependant que, dans les cas où la suppuration médullaire est établie, le malade soit voué à une mort certaine s'il n'est pas amputé? Je penche à le croire, mais je ne saurais l'affirmer, parce que les faits nécessaires pour appuyer cette affirmation me manquent.

» Est-il possible que le pus soit résorbé ou que, sans se résorber, il persiste indéfiniment dans le canal médullaire, et ne donne lieu à aucun accident? Ne peut-il pas à la rigueur se faire jour par un des points de la diaphyse à la suite d'une perforation de celle-ci dans le cours de la nécrose?

» Je le répète, je n'ai pas de documents pour répondre à ces diverses questions.

» Dans ma pensée, en un mot, ce qui constitue la gravité principale de l'ostéomyélite aiguë, c'est comme pour la forme traumatique, l'ostéomyélite suppurée, parce que c'est là qu'est la source principale des septicémies consécutives mortelles.

» Il va sans dire qu'une autre forme très grave et pardonnant peu, est celle qui se complique d'arthrite suppurante. En effet, si la suppuration d'une grande articulation est toujours sérieuse, elle l'est davantage lorsqu'elle accompagne une ostéo-périostite suppurante et elle l'est plus encore lorsqu'il y a également ostéomyélite suppurante.

» Or, dans ces cas assez intenses pour que l'articulation se prenne, il est très ordinaire que la moelle soit prise de la même façon. »

Obs. — *Ostéomyélite spontanée du tibia gauche avec myélite suppurante; arthrite du coude droit suppurante et terminée*

---

dépensés en pure perte, le sieur Vratch est resté introuvable. Quel malheur que M. Martel qui aime tant les témoignages oculaires n'ait pas songé à recourir au *Centralblatt für chirurgie* qu'il cite, il aurait vu que le Vratch (le Médecin) n'est pas un personnage en chair et en os, mais un journal russe de Saint-Pétersbourg !

De cette histoire, la morale la voici :

Si vous désirez critiquer, comme c'est votre droit, un article d'autrui, lisez-le d'abord avec soin et, quand vous voudrez vous renseigner sur les journaux russes, n'allez ni dans la partie nord du Jutland, ni dans les îles de Limfjord.

Nous ne ferons pas aujourd'hui ce voyage, nous passerons par la Hollande d'abord, puis nous pousserons jusqu'à Copenhague pour faire une visite à deux honorables personnages que M. E. Martel peut appeler, si bon lui semble, MM. *Hospitals-Tidende* et *Ugeskrift for Laeger* ; nous verrons si, par hasard, ils n'auraient pas quelque chose à nous raconter.

On est un peu trop disposé à croire que l'histoire médicale de la Hollande se termine avec le dix-huitième siècle, que depuis Boerhaave et van Swieten les amphithéâtres de Leyde sont vides, les traditions oubliées. Il y a bien eu un congrès à Amsterdam, mais un congrès est une excellente occasion de voir la ville où il se tient, de populariser des doctrines qui vous sont chères, d'assister à des banquets, de porter des toasts; c'est un mauvais moyen d'étudier l'organisation et la littérature scientifique d'un pays. Les périodiques médicaux sont peu nombreux en Hollande, je n'en ai jamais vu que deux chez nous : la *Lancette*, excellente revue sans intérêt pour l'étranger, et le *Journal de médecine* (*Tijdschrift voor Geneeskunde*), qui renferme presque toujours de bons travaux. Le numéro du 10 mars 1883 a pour article de fond un mémoire de M. Pel sur le *convallaria maïalis*, suivi d'une longue analyse d'un livre du doc-

par ankylose. Accidents septicémiques pendant la suppuration du canal médullaire; ablation d'un énorme séquestre au cinquième mois, l'ablation mettant la moelle à nu sur une étendue de 12 centimètres. Début sous forme de polyarthrite rhumatismale violente. Guérison après avoir plusieurs fois subi la tentation de couper la jambe. — Le jeune Laville, 13, rue Miromesnil, est âgé de quinze ans. Il n'a jamais eu de maladie; il n'est sous l'influence d'aucune diathèse; il est parfaitement sain, vif, alerte; il ne porte aucune trace de scrofule. Son père et sa mère, marchands de comestibles, jouissent d'une très bonne santé. Eux non plus ne sont entachés de scrofules, ni d'aucune autre diathèse ou cachexie. Depuis un mois ce garçon, très vif et très agile, se surmenait dans des courses à la halle ou ailleurs, et en traînant souvent une petite charrette chargée, pendant un long parcours et par de fortes chaleurs.

En juillet dernier, il aidait son oncle, épicier à Passy, et couché pour une maladie de poitrine. En cette qualité d'aide, il travaillait beaucoup, faisait des courses fréquentes et dans les journées des 26 et 27 juillet 1881, il séjourna de nombreuses heures dans la cave pour remanier des marchandises. Le soir il revenait sur l'impériale de l'omnibus.

Le 28, il est pris d'un violent frisson, de courbature, et il est ramené chez ses parents, 13, rue Miromesnil.

Dès le soir, douleur vive et fluxion avec rougeur aux deux poignets. Pouls à 120, thermomètre 38°,6/10. — Tartre stibié 15 centigrammes, Eau distillée 120 grammes. Cuillerée de demi-heure en demi-heure jusqu'à vomissement ou trois garde-robes. Salicylate de soude 4 grammes, en quatre prises dans les douze heures; embrocations camphrées opiacées.

Le 30, le poignet gauche est dégagé. La fluxion persiste au poignet droit. La fièvre persiste, le thermomètre se maintient à 38°,2/10 et monte à 39 degrés. Vésicatoire sur l'articulation du poignet.

Le 31, le rhumatisme atteint le cou-de-pied gauche avec violence et l'articulation scapulo-humorale droite avec moins d'intensité; tous les doigts de la main droite sont pris. Fièvre ardente, céphalalgie tellement vive qu'on craint pour les méninges. — Salicylate de soude 5 grammes.

1er août, tout le pied et les doigts du pied gauche sont douloureux et siège de fluxion; les deux épaules sont dégagées, mais il y a fluxion considérable sur l'articulation du coude droit jusque là indemne. Fièvre violente; thermomètre 39 degrés.

Le 2, poignet et main droite tuméfiés très douloureux. Application de nouveaux vésicatoires; coude droit siège de fluxion considérable avec douleur très vive; vésicatoire aussi sur cette articulation, sulfate de quinine 50 centigrammes en deux prises. Le cou-de-pied et le pied gauche sont dégagés.

Les 3, 4 et 5, l'articulation tibio-tarsienne gauche reste dégagée; le talon seul est sensible. Le coude droit toujours est de plus en plus rouge, tuméfié et douloureux, l'articulation radio-carpienne est très douloureuse, mais la fluxion a cessé. Il en est de même sur les doigts. Le sulfate de quinine, à hautes doses, continué, a produit ou entraîné une diminution de la fièvre; le 5, pouls à 112, thermomètre 38°,5/10. Tartre stibié à dose fractionnée pour la troisième fois.

Le 6, la jambe gauche devient douloureuse à partir de trois travers de doigt des malléoles sur toute la face antérieure interne du tibia, mais sans rougeur; cette douleur s'étend jusqu'à la crête du tibia. Les vésicatoires du coude et de la main droite sont saupoudrés de morphine. Le 6 à cinq heures du soir redoublement de fièvre, céphalalgie très vive. Pouls à 130; thermomètre 39 degrés. Endolorissement de l'épaule droite sans fluxion notable, mais impossibilité de la remuer, troubles de la vue. Sulfate de quinine 50 centigrammes le soir et le lendemain matin.

Les 7 et 8, persistance de la fièvre intense avec certains moments de rémission, puis redoublement. L'épaule droite est dégagée; la main droite est dégagée aussi. La tuméfaction du coude est plus prononcée, avec douleurs vives, profondes, lancinantes. La jambe est le siège d'un gonflement assez considérable avec rougeur à la peau. La douleur y est sourde et profonde. Les onctions avec la pommade de belladone et d'onguent napolitain, les cataplasmes n'y ont rien fait.



Le 9, continuation de la fièvre; augmentation de la tuméfaction de la jambe jusqu'à la crête du tibia; augmentation aussi de la tuméfaction de l'articulation du coude. Une saillie profondément fluctuante existe à la saignée; à la jambe on perçoit également une fluctuation profonde sous-aponévrotique. Je remets au lendemain pour faire deux ponctions, l'une à la saignée, l'autre à la jambe où je débriderai après la ponction.

Le 10, à trois heures de l'après-midi, je suis prévenu qu'il s'est fait au pliant du coude, à la saignée, une ouverture spontanée qui a donné lieu à un abondant écoulement de pus suivi de soulagement des douleurs dans le coude.

La jambe est considérablement tuméfiée; fluctuation profonde non douteuse. Ponction au tiers inférieur, partie antérieure

---

teur C. L. van der Burg sur la médecine dans les Indes néerlandaises, c'est à elles que nous nous arrêterons. M. van der Leent a étudié son auteur minutieusement, chapitre par chapitre. Un semblable travail est toujours aride; l'analyse la mieux faite sacrifie nécessairement la forme pour le fond, le détail pittoresque à l'idée dominante. Malgré ces conditions, à cause d'elles peut-être, celle de M. van der Leent inspire un vif désir de mieux connaître le livre dont il parle. C'est certainement un ouvrage sérieux, vécu; on voit s'agiter, comme derrière un rideau, une population multicolore, bizarre; colons, fonctionnaires hollandais accablés par l'anémie tropicale, implorant du médecin le certificat qui leur permettra d'aller chercher le repos et l'amélioration dans la terre natale; puis viennent les ouvriers et les petits commerçants chinois, les insulaires; puis des métis de toute nature. Que sortira-t-il de ce mélange bariolé; les vieilles races disparaîtront-elles devant une civilisation supérieure qu'elles exècrent parce qu'elle trouble leur indolente quiétude? on ne saurait le dire. Pour l'instant, l'élément européen est encore en minorité, mais il augmente. On avait prétendu que les blancs ne pouvaient ni s'accroître ni se maintenir dans ces régions. L'expérience a fait justice de cette erreur; une des Moluques est habitée, depuis deux cents ans, par une population d'origine européenne sans mélange de sang indigène. Les natifs ont de déplorables habitudes : ils travaillent peu, vivent au jour le jour; ils ont pris aux Chinois une partie de leurs vices sans acquérir leurs qualités; quelques-uns fument jusqu'à six à sept grammes d'opium par jour. D'autres mâchent avec frénésie des racines narcotiques; et cela toujours dans le même but, arriver à l'anesthésie absolue, à l'anéantissement complet du moi, au nirvana des bouddhistes.

Les mœurs laissent à désirer, les médicaments aphrodisiaques sont d'un usage répandu dans les deux sexes. Dans certaines îles, la prostitution n'est pas considérée comme une faute; dans d'autres, il est vrai, on la punit

interne et débridement consécutif. Un demi-litre de pus bien lié s'échappe. Le sulfate de quinine est continué à 25 centigrammes.

Le 11, exploration par la plaie d'ouverture à la jambe. Le foyer est profond et étendu entre les jumeaux et la couche musculaire pré-tibiale. Contre ouverture à la base du tiers supérieur de la jambe en dedans.

Le 12, contre-ouverture à la partie supérieure du mollet. Deux drains sont introduits et permettent des injections antiseptiques à l'acide phénique. Cataplasme de farine de lin recouvert par de la tarlatane phéniquée et une lame de ouate. L'articulation du coude reste toujours très douloureuse; le moindre mouvement suscite des cris; rougeur, empâtement avec gonflement. Par l'ouverture spontanée est introduit un petit tube de drainage, injections antiseptiques. Membre placé en demi-flexion instinctivement par le malade dont le poignet reste douloureux quoiqu'il n'y ait plus de tuméfaction. Fièvre diminuée mais persistante. 110 pulsations; thermomètre 38 degrés. — Potion stibiée; sulfate de quinine.

Le 14, un peu en dedans de la crête du tibia, saillie de la peau avec rougeur et fluctuation sensible. Ponction qui donne issue à une bonne quantité de pus bien lié. L'exploration avec un stylet démontre un décollement entre les couches musculaires pré-tibiales vers les attaches tendineuses. Avec la sonde utérine mousse, munie d'un dard rentrant et sortant à volonté, je traverse les interstices et je la fais saillir sous la peau à la face interne postérieure de la jambe en glissant entre les couches musculaires. Puis le dard est poussé et perfore les tissus; l'ouverture légèrement agrandie avec le bistouri permet au corps de la sonde de passer, et un nouveau débridement est opéré pour avoir une ouverture suffisante. De cette façon j'ai évité les vaisseaux. Un drain est immédiatement introduit au moyen du dard qui rentre dans la sonde, et ce drain vient sortir par la première de ces deux ouvertures.

Une deuxième ouverture spontanée s'est faite au coude, en dehors de l'olécrâne. Le drain du pliant du coude est sorti, et cette ouverture est obturée par un corps blanchâtre, consistant; c'est une portion d'aponévrose nécrosée.

Injections antiseptiques par tous les drains, pansements antiseptiques.

18. La fièvre a enfin cessé complètement pour la première fois; le pouls est à 80. Sommeil assez paisible, un peu d'appétit. Mêmes pansements, vin de quinquina, sirop d'iodure d'amidon.

20. Les deux ouvertures supérieures sur l'épiphyse du tibia ne suppurent presque plus, le volume de la jambe est énormément diminué sous l'influence de la suppuration. Les douleurs y sont presque nulles. Le drain supérieur est retiré parce que le pus s'est frayé passage sur les parties déclives, et sort par les ouvertures inférieures. Le coude, toujours très sensible, fournit une suppuration abondante.

Dans toutes les explorations faites sur la jambe je ne sens aucune dénudation osseuse, et me flatte que tout va bien se terminer de ce côté, tandis que l'articulation du coude me paraît compromise. — Alimentation, vin.

24. Les ouvertures supérieures de la jambe sont cicatrisées sans qu'il y ait douleur ni tuméfaction. Les moyenne et inférieure suppurent toujours abondamment. Sur le coude l'ouverture pré-olécrânienne est fermée, celle du pliant du coude, entretenue par un drain, suppure toujours, et de temps en temps je retire des détritus aponévrotiques; en somme le coude, quoique toujours bien douloureux, diminue de volume. L'état général s'améliore de jour en jour.

29. La suppuration de la jambe diminue considérablement. Le drain de l'ouverture de la partie moyenne est retiré pour aboucher celui de l'ouverture inférieure à l'ouverture moyenne. Toujours les injections et pansements antiseptiques.

Le 4 septembre, je pars pour la campagne, et voici dans quelle situation je laisse le petit malade. Il est apyrétique, mange bien et dort bien la nuit.

Le coude droit a beaucoup diminué de volume et laisse voir les saillies articulaires au lieu de la tumeur arrondie qu'il présentait. L'ouverture de la saignée suppure toujours abondamment. Le poignet correspondant n'est le siège d'aucune douleur quand on ne le remue pas, mais au moindre mouvement l'enfant crie; le pouce est dans la demi-flexion et les autres doigts tendent à la flexion si on ne maintient pas la main posée à plat.

L'épaule correspondante ne peut exécuter aucun mouvement, et si on fait mouvoir le bras il y a de suite douleur à arracher des cris. Le bras est amaigri et le tiers antérieur de l'avant-bras est tellement atrophié qu'on dirait une atrophie progressive ayant débuté par les doigts.

Le pied gauche et le cou-de-pied sont parfaitement libres dans leurs mouvements, indolores et sans tuméfaction. Toute la jambe est revenue à son volume à peu près normal, et cependant le malade accuse constamment une douleur sourde, profonde, dans la direction du tibia jusqu'à la crête.

Il n'y a plus que l'ouverture inférieure qui suppure encore, mais assez peu abondamment pour que je croie pouvoir retirer le drain. L'exploration la plus patiente, la plus minutieuse, au moyen d'un stylet introduit par cette ouverture, ne laisse percevoir aucune dénudation osseuse; les tissus me paraissent recollés au tibia en avant; il y a un trajet fistuleux, assez long, qui contourne d'avant en arrière et se dirige vers la face postérieure de l'os.

Je prescris de continuer le traitement interne et les pansements et injections antiseptiques institués jusque-là.

Le 14 septembre, je reçois dans ma résidence des Ardennes une lettre qui m'annonce que le malade a eu des frissons, qu'il est repris d'une fièvre intense, que la plaie de la jambe, environnée de chairs baveuses, suppure beaucoup, et que l'enfant accuse beaucoup de douleur à sa jambe. Par lettre je prescris de donner le tartre stibié comme je l'avais déjà fait, de donner, matin et soir, 25 centigrammes de sulfate de quinine et de le purger ensuite parce qu'il est survenu une grande constipation.

Le 22, à mon retour, examen du malade. En voici le résultat: Fièvre intense, 130 pulsations; thermomètre, à quatre heures du soir, 38°,9; rougeur et gonflement de la jambe du tiers inférieur à la crête, douleur profonde, continue; l'ouverture inférieure, la seule qui restait, offre des bords fongueux et renversés; suppuration très abondante.

A l'exploration avec un stylet on sent l'os dénudé dans une étendue de deux pouces; vers la partie supérieure et en arrière du tibia on peut à peine sentir un point dénudé. A la base du tiers supérieur, un peu au-dessus de l'ouverture moyenne ancienne,

---

de mort. Joignez à cela la multiplicité des langues: l'archipel de la Sonde est une véritable Babel, où les idiomes de l'Europe, de l'Asie, de l'Océanie se coudoient sans se mélanger. Un médecin doit parler couramment le hollandais, le français, l'anglais, l'allemand, le malais et avoir une teinture sérieuse de chinois et de javanais. Sa situation est honorée, rarement lucrative par exemple. L'exercice de l'art est libre et les Européens doivent compter avec des concurrents de toute provenance; d'abord des vieilles femmes de couleur qui ont des recettes sans nombre. Ce sont, suivant l'expression imagée et peu galante de M. Wassing, de vrais formulaires reliés en parchemin. Les indigènes et les métis, leurs clients ordinaires, ont pour elles une vénération presque idolâtre; les revers, les catastrophes dont elles sont la cause sont soigneusement tenus cachés. M. van der Burg a vu, sur le tombeau d'une de ces personnes, une inscription telle qu'on n'en trouverait probablement pas une aussi élogieuse sur celui du savant le plus illustre du vieux monde. Quelques-unes ont des notions pratiques élémentaires, mais la plupart sont d'une ignorance absolue. Les espèces de manuels dont se servent celles qui savent lire donnent, sur ce point, d'intéressants renseignements: Comment nettoyer l'utérus ou le fermer, comment calmer les enfants, guérir la *mantri*, c'est-à-dire l'impuissance? D'autres guérisseurs indigènes ne valent guère mieux; ce sont les *djawa doctoren;* le gouvernement avait créé des écoles destinées à leur donner une certaine instruction pratique, le résultat a été nul. La science réelle n'a pour représentants, dans les Indes néerlandaises, que les médecins commissionnés civils ou militaires. Les praticiens libres sont rares et la chose se comprend: la vie est partout extrêmement chère; presque tous ceux qu'on rencontre avaient été commissionnés d'abord, et ils avaient profité de leur situation pour se former un noyau sérieux de clientèle.

— Il serait singulier que le charlatanisme et la magie

saillie fluctuante circonscrite. Une sonde cannelée introduite par l'ouverture inférieure peut arriver sur ce point en rasant la surface antérieure interne du tibia dénudé dans toute cette étendue.

Le lendemain, une ouverture spontanée s'étant produite sur le point supérieur, un drain, dirigé de bas en haut, vient faire saillie à travers cette ouverture, et permet l'écoulement de beaucoup de pus et de sanie. — Pansements et injections antiseptiques.

Toujours une tuméfaction dure, résistance autour du coude, suppuration constante par l'ouverture à la saignée, que je suis obligé d'agrandir, avec précaution, à cause de la douleur excessive dans l'articulation, et de la difficulté de l'écoulement du pus. L'épaule droite ne peut encore exécuter que quelques mouvements de latéralité. Le poignet droit se prête à certains mouvements quand on les fait exécuter avec douceur et précaution, les doigts sont raides et encore sensibles.

Le malade a eu de nouveaux frissons accompagnés d'une céphalalgie térébrante, et d'insomnie complète; je prescris 80 centigrammes de sulfate de quinine en deux prises dans les vingt-quatre heures, le tartre stibié comme précédemment et dix gouttes d'alcoolature de digitale pour la nuit.

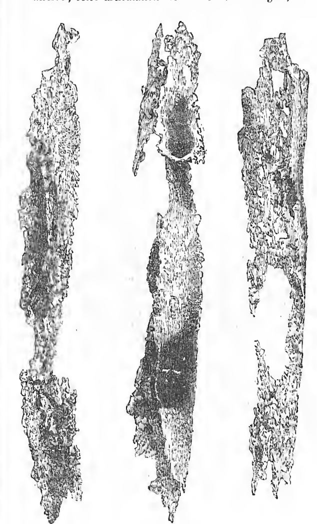
Du 22 au 28, peu d'amélioration locale; la fièvre persiste avec des temps de rémission, la céphalalgie cesse. Le 28, une phlyctène apparaît à la partie supérieure de la jambe sur l'épiphyse du tibia, un peu en dedans de la crête. Une ponction pratiquée sur cette phlyctène laisse échapper du pus mal lié et de la sanie. Tentatives inutiles pour passer un drain dans l'intention de le faire sortir par la troisième ouverture, celle qui était supérieure. Il existe entre la phlyctène ponctionnée et cette ouverture un pont de chairs de 5 centimètres environ, sans décollement du périoste qui s'oppose au passage même de la plus fine bougie en baleine. — Pansements et injections *ut supra*. Le sulfate de quinine est continué à 50 centigrammes par jour.

30 septembre. Toutes les ouvertures de la jambe offrent des rebords à chairs baveuses et saignantes. L'ouverture moyenne se rapproche de l'ouverture inférieure par l'usure du pont de chairs par le drain. L'ouverture supérieure s'est fortement élargie; elle présente aussi des rebords fongueux et saignants. Le stylet perçoit l'os dénudé aussi sur la partie inférieure de celle-ci. La fièvre a complètement disparu, il y a du sommeil la nuit. Le malade est alimenté. — Pansements comme d'usage. De plus tous les soirs un bain de jambe d'une demi-heure dans un vase long contenant 10 litres de décoction d'écorces de chêne dans laquelle on fait dissoudre 5 grammes de sublimé additionné de 50 centigrammes d'hydro-chlorate d'ammoniaque, sans déranger le pansement maintenu par un bandage.

5 octobre. Toujours suppuration abondante de la jambe et dénudation osseuse plus apparente par suite des décollements et de l'élargissement des plaies. Coude droit toujours en suppuration, mais moins douloureux. — Deux bains de jambe par jour et un bain de coude avec les mêmes préparations.

Du 10 octobre au 10 novembre, même état général, apyrexie. Le malade s'alimente assez bien; il y a quelques sueurs nocturnes; peu de douleur à la jambe si on n'y touche pas; suppuration toujours abondante, elle est moins abondante au coude. Continuation des injections et pansements antiseptiques; continuation des bains locaux avec les mêmes ingrédients, deux fois par jour de la jambe, et une fois du bras.

10 décembre. L'articulation du coude ne suppure plus, la fistule est cicatrisée; cette articulation est maintenant amaigrie, les os



Vu de face, partie médullaire. Vu de face. Vu de profil.

font saillie, la tête du radius est portée un peu en avant. Il y a une très forte rétraction du tendon du brachial antérieur à son attache inférieure, ce qui lui donne l'aspect d'une corde très tendue.

Il y a des mouvements d'adduction et d'abduction légers encore

---

ne fussent pas en pleine floraison dans l'archipel de la Sonde; la métropole elle-même, la Hollande positive, froide, peu superstitieuse, a ses sorciers. Dernièrement le *Maanblad* (d'Utrecht) publiait un article humoristique sur la mésaventure de l'un d'entre eux, un uroscopiste ou jugeur d'urines, comme on dit en France. Un médecin, voulant s'amuser à ses dépens, lui envoya, dans un flacon dûment cacheté, de la bière de Bavière en le prévenant que c'était l'urine d'un sujet gravement malade. La mystification était simple, un examen même superficiel eût probablement empêché l'empirique de s'y laisser prendre. Mais les jugeurs d'urines n'ont besoin ni de procédés chimiques, ni de recherches d'aucune sorte : ils jugent à première vue par inspiration.

Notre homme donna plusieurs consultations écrites jusqu'au jour où son correspondant lui déclara que le malade était mort et lui demanda un certificat qu'il pût présenter à l'État civil. Ne se laissant pas démonter pour si peu, il refusa la relation demandée sous prétexte qu'elle serait publiée et fortement critiquée dans tout le pays. « Pour connaître la cause de sa mort, disait-il, on n'a qu'à examiner le cadavre. »

L'histoire est amusante, mais elle ne corrigera personne, on a pris des milliers de fois les guérisseurs en défaut; chez nous, les magistrats les condamnent comme escrocs, cela n'avance à rien; il y a cent à parier contre un que bien des gens qui ont ri de l'homme d'Utrecht auront à l'occasion recours à ses conseils et suivront ses prescriptions avec une précision digne d'éloges.

— Le professeur A. H. Israëls est mort à Amsterdam le 27 janvier dernier. M. Israëls était surtout connu en France par d'excellents travaux d'érudition médicale. (*Tentamen histor. medic. exhibens collectanea gynæcologica quæ ex Talmude babylonica depromsit Groningen*, 1845. *Twe epidemiën in Nederland historisch-pathologische studie.* 1853.)

possibles; tous les autres mouvements d'extension et de flexion sont absolument impossibles. Le coude est ankylosé. La main correspondante commence à exécuter des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction. Cette articulation jouira, ainsi que celles des doigts, de la plénitude des mouvements.

Quant à la jambe, les décollements se sont agrandis; on sent l'os dénudé dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, on le voit dans une grande partie de la dénudation. Il existe encore un pont de chair de 5 à 6 centimètres entre l'ouverture inférieure très étendue et la supérieure agrandie.

Le stylet, suivant la fissure interne de l'os, rencontre un espace assez grand dans un point, vers le tiers supérieur, qui lui permet de s'engager dans l'interstice et d'aller jusque dans la cavité médullaire. — Même traitement; seulement on arrête les bains du coude pour leur substituer des bains gélatineux et émollients dans lesquels devront plonger tout l'avant-bras et la main.

Je crois pouvoir promettre l'ablation du séquestre avant la fin de l'année.

Le 24 décembre, frissons multiples dans la soirée et dans la nuit, fièvre violente, perte d'appétit, nausées, vive céphalalgie. Le 25 au matin je trouve le pouls à 130, 132; le thermomètre marque 39 degrés; il y a prostration. Au tiers inférieur de la jambe apparaît une lymphangite superficielle occupant toute la face antérieure interne et postérieure, rampant vers le mollet avec traînée remontant à la cuisse pour aboutir au ganglion inguinal déjà douloureux et fortement tuméfié, ayant la forme d'une grosse amande. — Potion à 15 centigrammes de tartre stibié par cuillerée toutes les demi-heures pour arrêter après vomissement ou trois garde-robes; 50 centigrammes de sulfate de quinine l'après-midi, autant à trois heures du matin.

26. La lymphangite a envahi en nappe tout le mollet, la partie interne de la cuisse. Le ganglion inguinal, plus volumineux que la veille, offre une sourde fluctuation. Le pouls est à 100, le thermomètre à 37°,8/10e; moiteur et souplesse de la peau. Sulfate de quinine 50 centigrammes pour dix heures, et 50 centigrammes pour dix heures du soir.

Les plaques de lymphangite et la glande elle-même sont recouvertes, deux fois dans la journée, avec la pommade suivante et du papier brouillard est appliqué par-dessus : axonge 30, protoxyde blanc 3.

Du 27 au 30, la fièvre cesse, l'appétit revient, l'engorgement ganglionnaire diminue graduellement et finit par disparaître ; la lymphangite décroît pour disparaître complètement le 31.

Le séquestre paraît mobilisé dans une grande étendue, surtout à sa partie moyenne où le stylet pénètre dans la cavité médullaire, dans l'étendue d'un centimètre et demi. Nous fixons l'opération à quelques jours, dès que le malade aura repris un peu de force.

Le 6 janvier 1882, assisté du docteur Thorens, ancien interne des hôpitaux, je procède à l'ablation du séquestre.

Le petit malade est anesthésié avec un mélange d'éther et de chloroforme. L'anesthésie n'est obtenue qu'au bout d'une demi-heure. Je fais sauter le pont de chairs d'un pouce environ qui sépare les ouvertures inférieure et supérieure. Il faut inciser le périoste et le décoller, parce qu'il adhère encore à la surface osseuse sur ce point. Passant une spatule entre les interstices osseux longitudinaux de gauche et de droite, alternativement, j'ébranle dans le sens latéral ce séquestre long de 14 à 15 centimètres ; puis, avec des pinces je l'ébranle d'arrière en avant dans le sens de l'épaisseur. Les deux extrémités osseuses tiennent encore, retenues qu'elles sont par les chairs ; débridement en haut et en bas aux deux extrémités ; en haut le débridement est de 5 centimètres, en bas de 2 centimètres 1/2. Saisissant alors l'os avec des pinces à séquestre dont l'une des branches est engagée en arrière de la partie dure par une brèche du tissu spongieux ou médullaire, avec des petites secousses d'arrière en avant, je l'ébranle et le déplace un peu à chaque secousse ; puis, quand sa mobilité m'est bien démontrée, je l'extrais par un mouvement de traction soutenu et énergique. Une fois extrait il y a écoulement abondant de sang et en nappe, surtout à l'angle supérieur de la plaie qui aboutit à l'épiphyse ; la compression, l'acupressure, mettent fin à une partie de cette petite hémorrhagie. Le fer rouge, appliqué à diverses reprises, dans l'angle profond de l'incision supérieure, arrête définitivement l'écoulement de sang artériel provenant de tout petits vaisseaux donnant dans cet espace.

Pansements antiseptiques et injections antiseptiques tous les jours. Les 7 et 8 janvier, aucun accident, le malade est apyrétique. Il dort bien toute la nuit. Il est soumis au sirop d'iodure d'amidon et au vin de quinquina.

Le 1er février et le 6, deux petites esquilles sont éliminées de l'angle supérieur de la plaie aux deux tiers cicatrisée. Le 11, issue d'une petite esquille par l'angle inférieur de la plaie.

Le 20, la plaie est cicatrisée dans presque toute son étendue, le fond s'est couvert de bourgeons charnus qui ont comblé le vide. A l'angle inférieur petit pertuis d'un trajet fistuleux de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres sur les tissus cicatrisés. Le stylet ne perçoit aucune dénudation. Il est probable qu'il y a quelque petite pointe osseuse qui se détachera. A l'angle supérieur, cicatrisé aussi, existe un autre pertuis d'un trajet fistuleux.

Le malade, qui a repris des forces et de la vigueur, se lève depuis plusieurs jours et commence à se promener. Le coude droit reste ankylosé dans la demi-flexion. A deux pouces de l'articulation du radius sur le cubitus, au tiers supérieur de l'avant-bras, persiste une légère saillie en fuseau de 5 à 6 centimètres sur le radius. Depuis trois semaines qu'on pratique des onctions avec l'onguent napolitain d'abord, puis avec la pommade d'iodure de plomb, la saillie et la douleur ont diminué. Les mouvements n'éveillent aucune douleur, mais si l'on touche avec le doigt on réveille une sensibilité anormale. Est-ce un reste d'hypérostose ?

Le 26 février, cinquante-cinquième jour de l'ablation du séquestre, la plaie est cicatrisée moins les deux petits trajets fistuleux supérieur et inférieur, je cesse de voir le malade. Il reprend la vie ordinaire et se promène aux Champs-Elysées.

En avril, le jeune malade m'est ramené. Il a eu de la fièvre et des douleurs dans la partie supérieure de la cicatrice; mais la sortie de trois esquilles en aiguilles a fait cesser fièvre et douleur.

A partir de ce moment, cinq nouvelles esquilles de diverses formes, mais toutes acérées à la pointe sont sorties également. La plaie est alors soumise aux pansements à l'iodoforme. Fin juin elle est presque complètement et à nouveau cicatrisée. Le jeune malade part pour la campagne aux bords de la mer. L'hypérostose du radius a complètement disparu.

Conclusions déduites de cette observation. — 1° Cette

— Et maintenant, au Danemark. La démission prochaine de M. Fenger, bourgmestre de Copenhague, préoccupe vivement la presse médicale : on réclame une sorte de dédoublement de la première magistrature de la ville et la création d'un fonctionnaire supérieur chargé exclusivement de tout ce qui a rapport à l'hygiène. Nous n'en sommes pas là, tant s'en faut, en France. Ceux qui veulent le rétablissement de la mairie de Paris, ne songent probablement guère à l'institution d'un emploi semblable même en sous-ordre.

Il paraît que dans le cours de l'année dernière plusieurs circonstances ont attiré l'attention sur l'état sanitaire de la capitale du Danemark; le service des eaux potables a laissé notablement à désirer.

« A qui la faute? se demande l'*Hospitals Tidende*. A qui doit-on s'adresser pour obtenir des améliorations lorsqu'il n'y a personne parmi les magistrats dans l'emploi duquel rentre la recherche des causes des altérations de l'eau potable. » Malgré de nombreuses améliorations, la police sanitaire des voies et places publiques laisse encore à désirer. « Espérons, dit le journal cité qu'on fera quelque chose pour diminuer le nombre des chiens errants si nombreux dans nos rues que les étrangers commencent à regarder la ville comme une espèce de Constantinople du Nord. Ces messieurs sont exigeants, il n'est si petit coin de pelouse ou de verdure, dont leurs bandes ne s'emparent, il vaudrait mieux peut-être y laisser jouer les enfants qui ont besoin eux aussi de prendre leurs ébats en plein air. »

— Un dernier mot sur la jurisprudence des tribunaux danois en matière d'honoraires. Voici à peu près la teneur d'un jugement récent : Le docteur S... a intenté une action en payement d'honoraires devant la *Gjaeldecommission* à un de ses clients, il réclame une somme de 100 couronnes pour 24 consultations accompagnées d'intervention chirurgicale. La taxe ordinaire pour une consultation de cette nature est de 5 couronnes, mais il a consenti à réduire à 100 cou-

observation typique et concluante démontre et confirme la justesse de l'hypothèse de M. Gosselin qui, n'ayant pas de fait par devers lui, émet la possibilité de l'issue du pus de l'ostéomyélite suppurante à travers une fissure de l'os nécrosé par ostéite raréfiante, comme moyen de salut, en dehors de l'amputation, et comme pouvant atténuer les accidents septicémiques auxquels succombent généralement tous les malades.

2° Elle démontre également que l'ostéomyélite, compliquée d'arthrite suppurante d'une grande articulation qui pardonne si peu, peut néanmoins guérir par suite des mêmes conditions.

3° Que les bains de décoction d'écorces de chêne avec addition de sublimé, qui nous ont rendu de signalés services dans nombre de cas d'ostéite nécrosique ou carieuse, ont joué ici un rôle important, j'allais dire capital, pour aider à l'élimination de cet énorme séquestre.

4° Qu'ayant eu nombre de fois la tentation d'amputer, en présence des nombreuses manifestations septicémiques, l'abstention nous a été imposée par la dissipation successive de ces accidents par suite du traitement interne et des pansements antiseptiques.

5° Que, contrairement à l'opinion de M. Lannelongue, et conformément à celle de M. Gosselin, l'ostéomyélite paraît, autant que démonstration puisse être faite, avoir débuté, dans ce cas, par l'ostéo-périostite diaphysaire, pour aboutir à l'ostéomyélite suppurante.

6° Enfin cette observation confirme les données établies par M. Lannelongue après d'autres, et notamment Nélaton, que, dans l'ostéomyélite aiguë spontanée, il faut recourir au trépan pour donner issue au pus et arrêter les accidents septicémiques, si l'on veut sauver les malades et éviter l'amputation, car il y a eu ici trépan opéré par l'évolution de l'ostéite carieuse raréfiante qui a fait disparaître une partie du canal médullaire et a établi une ouverture à l'extérieur.

CORRESPONDANCE

La méthode de Brand dans la fièvre typhoïde.

Lyon, le 21 mars 1883.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Je viens, plus tardivement que je ne l'aurais voulu, vous demander l'hospitalité pour rectifier quelques assertions contestables publiées sous le nom de M. le professeur G. Sée relativement à mes opinions et à mes travaux sur la méthode de Brand, et discuter brièvement quelques-unes de ses propositions.

J'ai lu trois versions du discours prononcé à l'Académie de médecine sur ce sujet par l'éminent professeur : le compte rendu abrégé inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, le texte complet reproduit dans le *Bulletin de l'Académie*, un tirage à part que l'auteur a bien voulu me communiquer.

J'ai constaté qu'elles différaient entre elles dans quelques passages, et je dois indiquer ce qui me paraît erroné dans chacune d'elles.

M. Sée est-il responsable de toutes ces inexactitudes? Sa pensée a-t-elle toujours été bien rendue? Je ne sais. Mais la publicité qui leur a été donnée me met dans la nécessité de les relever.

S'il ne se fût agi que d'une question personnelle, j'aurais hésité à réclamer.

Dès que les opinions diverses et contradictoires qui me sont attribuées sur la méthode de Brand peuvent contribuer à son discrédit et faire augmenter à tort d'une unité le nombre si faible des dissidents ou des hésitants à Lyon, cela m'oblige à affirmer mes convictions.

Je dois dire qu'elles sont conformes à celles de la grande majorité de mes collègues, et que j'ai signé la déclaration lue à l'Académie par M. le docteur Glénard en faveur de ce mode de traitement.

M. Sée veut bien reproduire la statistique que j'ai publiée pour juger cette méthode (*Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, année 1875, p. 346, et *Lyon médical*, même année). Elle portait sur 984 cas, dont 649 traités autrement, ayant donné 14,48 pour 100 de décès, et 335 par les bains froids, avec une mortalité de 10,74 pour 100.

Il paraît cependant considérer comme de valeur nulle cette différence de 3,74 pour 100 en faveur du traitement de Brand.

Elle lui aurait, sans doute, paru avoir une tout autre portée s'il avait bien voulu lire mon mémoire.

J'y affirme, en effet, que, parmi les cas recensés, ceux qui avaient été traités par les bains froids étaient toujours les plus graves, menaçants même, tandis qu'on négligeait l'emploi de ce moyen dans les cas légers ou même intenses qui paraissaient évoluer régulièrement.

D'autre part, avec une loyauté dont je le remercie, M. Sée déclare (p. 57 du *Bulletin* et 6 du tirage à part) que cette statistique est sérieuse.

Comment donc s'expliquer que le compte rendu abrégé lui fasse dire (p. 72) : *Quant aux médecins de Lyon, qui s'affirment comme partisans résolus de ce traitement, il est regrettable qu'ils ne fournissent qu'une statistique partielle.*

Son caractère partiel (elle ne l'était pas à l'époque où elle a paru) peut-il lui enlever sa signification, alors qu'elle se compose de nombres aussi élevés?

Parce qu'elle n'a pas été continuée jusqu'à notre époque perdrait-elle pour cela sa valeur?

Mais voici qui me surprend encore bien plus. Après avoir reproduit mes chiffres, M. Sée s'exprime comme il suit (si j'en crois le tirage à part de son discours, p. 24) : *M. Bondet a eu 5 morts sur 20. Les autres professeurs de Lyon ont eu soin de ne pas fournir de chiffres. Ils font une profession de foi, et c'est tout.*

Comment l'auteur ne s'est-il pas aperçu que l'acceptation de ma statistique comme sérieuse réfutait d'avance cette dernière affirmation? C'est un lapsus, sans doute, mais il m'est impossible de ne pas le signaler.

ronnes sa note qui montait en réalité à 120. Le défendeur prétend qu'il n'a pas eu plus de 12 visites; que 3 ou 4 seulement furent suivies d'intervention chirurgicale, et répond par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts. « Le tribunal, vu la note présentée par le demandeur sur réquisition de la partie adverse, laquelle note spécifiant à des dates précises les visites et l'intervention, et résultant d'un relevé des livres du demandeur, dont l'exactitude n'est pas contestée; vu que le défendeur n'a pu donner sur les mêmes points des explications précises; qu'il se contente de nier d'une façon générale les allégations de S.; qu'il ne prétend point que la maladie pour laquelle il a été traité ne réclamât pas d'interventions chirurgicales; considérant qu'il n'apporte aucun document capable d'infirmer la note présentée par le demandeur et que les données de celles-ci peuvent être regardées comme acquises à la cause : vu le règlement du 4 décembre 1672, le décret du 4 mai 1813, qui ne comprennent point les consultations accompagnées d'opérations dans le tarif général des visites médicales; considérant que la note d'honoraires présentée par S... ne renferme rien que d'équitable, le déclare bien fondé en sa réclamation et fixe les frais à 8 couronnes, 37 öre. »

Dr L. THOMAS.

MALADIES MENTALES. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 1er avril 1883, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Des malades seront, autant que possible, présentées aux élèves.

Plus loin, le compte rendu de la *Gazette hebdomadaire* (p. 87) s'exprime ainsi :

M. Sée revient brièvement sur le traitement par les bains froids, et signale l'opinion de MM. Teissier, Bondet et Mayet (de Lyon), qui, dans leurs travaux antérieurs et même aujourd'hui le considèrent comme produisant un mauvais résultat, et exposant à de graves complications.

Il est vrai que cette phrase n'est pas reproduite par le *Bulletin* et le tirage à part; mais n'ai-je pas le droit d'exprimer le regret qu'elle ait été imprimée dans un journal, alors qu'elle me fait dire le contraire de ce que je pense et de ce que j'ai écrit?

Jamais je n'ai dit nulle part et dans un sens général que cette méthode produisait de mauvais résultats, mais seulement affirmé que, utile dans la grande majorité des cas, ayant des résultats merveilleux dans un certain nombre, elle pouvait, chez quelques sujets *très rares*, être nuisible.

Est-ce parce que j'ai cherché à déterminer ces contre-indications *exceptionnelles* (Mémoire publié en 1874 dans la *Gazette hebdomadaire*), qu'on aurait le droit de me ranger parmi ses adversaires?

Enfin le compte rendu de la *Gazette hebdomadaire* fait dire à M. Sée que j'ai mis à l'actif de la méthode, parmi les 335 sujets soumis aux bains, les cas traités par la réfrigération incomplète (compresses froides, lavements froids répétés).

Je dis au contraire, explicitement, que j'ai considéré comme traités par la méthode de Brand *uniquement ceux auxquels elle a été appliquée complètement*.

J'ai réuni volontairement, par scrupule scientifique, aux cas non traités par le froid, ceux dans lesquels l'emploi de la réfrigération avait été imparfait.

Qui ne voit que la valeur des chiffres est augmentée par le fait? La réfrigération incomplète, très souvent employée chez ces malades, peut, en effet, avoir influencé favorablement un assez grand nombre de cas et abaissé la mortalité dans cette catégorie.

J'en ai fini avec les rectifications. Permettez-moi maintenant quelques réflexions sur le fond du débat.

Quoique je me déclare formellement en faveur de la méthode de Brand, je ne suis pas sans doute aussi absolu que M. le docteur Glénard, puisque j'admets des contre-indications, rares mais incontestables.

Pourquoi, dans cette question, ranger les médecins dans deux camps hostiles et opposés, les partisans à outrance et les adversaires acharnés?

N'y a-t-il donc aucune place pour ceux qui cherchent à se faire une opinion modérée et raisonnée?

Leur seul tort est de s'efforcer de tenir compte de tous les éléments du problème et de répudier l'absolu, qui en ceci comme ailleurs a beaucoup de chances pour être erroné, pour le remplacer par le *distinguo* logiquement appliqué.

Par cette méthode, je suis arrivé à cette formule : « Le traitement de Brand est salutaire dans la grande majorité des cas. »

Aussi je prie instamment nos confrères des hôpitaux de Paris qui combattent encore nos opinions de revenir de leurs préventions, de considérer qu'ils n'ont pas vu comme nous la méthode à l'œuvre dans des milliers de cas, que nous possédons des éléments considérables d'appréciation qui leur échappent.

Les arguments physiologiques qu'apporte en particulier M. Sée sont certainement entachés de quelque cause d'erreur, non dans la constatation des faits, mais dans l'appréciation des circonstances expérimentales, ainsi que l'a très bien fait observer M. Bouley, et ne peuvent être appliqués aux typhisants, car ils sont en opposition avec nos observations si répétées.

J'ai, il est vrai, protesté contre la forme agressive de certain article du *Lyon médical*, dans lequel le savant professeur de clinique était contredit, à ce sujet, dans quelques phrases d'une ironie blessante.

Mais si j'ai stigmatisé la forme, j'ai eu soin de maintenir sur le fond mon opinion différente de celle de M. Sée.

L'autophagie redoutable que produit, d'après lui, l'emploi des bains froids, n'a jamais été vue chez nos malades.

Ils ne maigrissent pas plus que par tout autre procédé de traitement.

Il n'y a pas d'expérience de laboratoire qui puisse annuler des observations positives et répétées tant de fois.

Le langage des faits n'est pas moins significatif quant à la prétendue augmentation de température après le bain.

Sur cent malades environ dont je possède l'observation détaillée prise par moi jour par jour, et la courbe thermique établie par la thermométrie rectale avant et après chaque bain, ce phénomène paradoxal ne s'est produit que chez un seul sujet.

Je tiens mes relevés à la disposition de M. Sée.

Chez tous il se produit (peut-être) la légère augmentation centrale qu'on observe chez l'homme sain pendant l'immersion dans l'eau à 18 ou 20 degrés. Nous ne l'avons pas constatée à cause de la difficulté de faire des observations thermiques rectales chez un malade au bain.

Ce que nous savons, c'est qu'immédiatement au sortir de l'eau la chaleur centrale, loin d'augmenter, diminue brusquement, de 0°,5 à 2 degrés, suivant les sujets et les phases de la maladie, relativement à celle qui existait avant la réfrigération, et qu'il y a une période d'hypothermie relative qui dure deux heures environ.

Les expériences remarquables de M. le docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Lyon, chez l'homme sain, avec courbes à l'appui, concordent absolument avec nos observations au point de vue de l'abaissement prolongé qui suit le bain. Elles nous montrent en plus l'hyperthermie modérée de la période du bain.

Peut-être existe t-elle chez nos typhisants, quoique l'état fébrile modifie beaucoup les conditions et que rien ne nous le démontre jusqu'à présent.

Je prie M. Sée de lire ce travail en cours de publication dans le *Lyon médical*. Il constatera sa grande valeur.

Je pourrais parler encore de la fréquence des hémorrhagies intestinales admise par M. Sée comme résultant du bain, d'après une série fortuite de quelques cas où il les a observées dans les rares essais qu'il a faits de la méthode.

Je pourrais lui affirmer que cet accident n'arrive presque jamais entre nos mains, plus rarement que par les autres traitements, et lui dire que je n'en ai vu qu'un cas.

J'aurais beaucoup d'autres points à examiner.

Je veux me borner là pour le moment, en affirmant encore que nous sommes et resterons fidèles à la méthode de Lyon jusqu'à ce que nous ayons trouvé mieux, ce qui est difficile.

J'ai entendu dire plusieurs fois à Paris qu'elle était définitivement enterrée. Quelqu'un ajoutait plaisamment qu'elle avait été noyée.

C'est une illusion, et nous ne cesserons de prouver par les faits qu'elle est vivante et bien vivante.

Pour moi, je croirai contribuer à la fortifier en délimitant exactement, du grand nombre de cas où elle remplit un rôle sauveur, le petit nombre de ceux où elle peut être pernicieuse.

Agréez, etc.

MAYET,

Professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

RÔLE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DANS LA PRODUCTION DE CERTAINS PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES. Note de M. *Alph. Guérin*. — Si, par une seringue dont on introduit le tube dans l'artère pulmonaire, on pousse une injection d'eau ou d'un liquide albumineux, au bout de quelques secondes, ce liquide entre dans les vaisseaux lymphatiques et les distend au point de les rendre saillants sous la plèvre. Si préalablement on ne s'était pas convaincu qu'il n'y a pas de réseaux veineux à la surface du poumon, on serait tenté de croire que ce sont de petites veines que l'on remplit par l'injection; mais, pour ceux qui ne connaîtraient pas cette disposition anatomique, j'ajouterai que le liquide injecté peut être suivi jusque dans les ganglions lymphatiques qui sont situés au voisinage des grosses bronches. Ce n'est pas le liquide incolore de l'injection qui remplit tout d'abord les lymphatiques : c'est un liquide d'une teinte rougeâtre. Mais le liquide va jusqu'aux ganglions, où l'on peut constater sa présence quand on a injecté une solution de ferrocyanure de potassium; il suffit alors de toucher avec du sulfate de fer la surface d'un ganglion bronchique, car la réaction donne immédiatement naissance à du bleu de Prusse. On peut donc affirmer que les capillaires artériels s'anastomosent avec les capillaires lymphatiques.

On se confirme encore davantage dans cette opinion quand

on injecte une solution de gélatine. La gélatine pénétrant dans les lymphatiques y devient facile à voir, à cause de la couleur qui lui est propre, et si l'on pique la surface du poumon avec un tube à injection lymphatique, on ne tarde pas à reconnaître que le mercure pousse devant lui la solution de gélatine.

Pourquoi alors, dans l'état physiologique, les globules sanguins ne vont-ils pas des artères aux lymphatiques? Mais rien n'autorise à soutenir ce passage des globules. Les expériences ont démontré seulement qu'un liquide analogue au sérum du sang peut passer directement du système artériel dans le système lymphatique. Que si les lymphatiques prennent une teinte rouge, c'est que l'hémoglobine seule est entraînée par le liquide de l'injection, dans lequel il se dissout. Enfin n'est-il pas possible que l'épithélium, se détruisant après la mort, établisse des communications qui n'existaient pas durant la vie? Des expériences faites par l'auteur sur des lapins qu'il venait de sacrifier permettent de penser que la communication existe avant que l'épithélium ait pu être modifié par la mort.

L'auteur tire ensuite quelques conséquences de l'application du fait anatomique aux faits de la pathologie. Nous relevons le suivant : Si les vaisseaux lymphatiques sont les agents de l'absorption des liquides épanchés dans la plèvre, il est facile de comprendre que cette résorption ne pourra se produire tant que l'obstruction des vaisseaux persistera. C'est sans doute pour cela que l'on voit des épanchements pleurétiques durer indéfiniment, sans être modifiés par les traitements les plus énergiques, puis disparaître en quelques jours, parce que les voies d'absorption sont devenues perméables. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Sur les caractères et la nature du processus qui résulte de l'inoculation de la péripneumonie. Mémoire de M. *G. Colin*. — Les données saillantes qui ressortent de ce travail sont les suivantes :

1° L'inoculation du virus emprunté à la péripneumonie des bêtes bovines a pour résultat de développer dans les éléments cellulaires sous-jacents à la peau ou dans ceux des interstices musculaires un processus qui est, au point de vue pathologique et histologique, l'équivalent de celui du poumon et des plèvres dans la péripneumonie contagieuse. Ce processus a pour caractère essentiel des exsudats fibrino-albumineux, jaunâtres, chargés de leucocytes, d'épithéliums nucléaires, de granules divers, exsudats semblables à ceux qui sont produits dans les cloisons conjonctives interlobulaires du poumon.

2° L'exsudat fourni par le tissu conjonctif irrité à la suite de l'inoculation jouit, par sa partie liquide comme par ses éléments solides, d'une virulence égale à celle des produits de même nature puisés dans le tissu pulmonaire des bêtes affectées de la péripneumonie.

3° L'inoculation par les procédés ordinaires ne semble conférer l'immunité que si elle est suivie d'une réaction traduite par la tuméfaction, l'œdème et les exsudats dans une région cellulaire plus ou moins étendue. (Renvoi au concours Montyon.)

Des effets physiologiques du café. Note de M. *J.-A. Fort*. — D'expériences faites sur lui-même, l'auteur tire les conclusions suivantes : Le café agit *en excitant le système nerveux central cérébro-spinal*.

Prix à *dose très forte*, le café produit l'insomnie par l'excitation du cerveau. En excitant la moelle, il produit les crampes des muscles, les douleurs de l'estomac, les troubles de l'intestin et ceux du cœur. L'excitation que le café produit sur la moelle épinière est, par conséquent, une excitation du *pouvoir réflexe* ou *excito-moteur*. Cette excitation peut être telle qu'elle atteigne également les racines médullaires du grand sympathique qui sortent de la moelle avec les racines des nerfs rachidiens.

Pris à *dose modérée*, le café exerce une action excitante plus calme, pour ainsi dire, sur le système nerveux.

Le café n'étant ni un aliment d'épargne ni un aliment de dépense, rien n'autorise à dire qu'il fasse consommer une plus ou moins grande quantité de nourriture azotée. S'il augmente la dépense, c'est par l'intermédiaire du système nerveux excité. En expliquant l'action du café par l'excitation qu'il produit sur le système nerveux, aucun point ne reste obscur dans le mécanisme de l'impulsion donnée par le café aux diverses fonctions organiques.

En thérapeutique, le café doit être classé parmi les agents *excitateurs réflexes* et non parmi les agents modificateurs de la nutrition.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Surbled* envoie une note manuscrite sur *la mortalité infantile à Corbeil. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A. Malherbe* (de Nantes), un ouvrage intitulé : *Recherches sur l'épithélioma calcifié des glandes sébacées* et la première année du *Bulletin de la Société anatomique de Nantes ;* 2° de la part de M. le docteur *Boens* (de Charleroi), un mémoire ayant pour titre : *La fièvre typhoïde, ses causes, son traitement et sa prophylaxie ;* 3° une brochure, sans nom d'auteur, intitulée : *Une lettre de Guy Patin à Jean Beverwyck, médecin hollandais et réponse de ce médecin.*

M. *Alphonse Guérin* présente les trois premières livraisons d'un *Album clinico de dermatologia*, publié à Madrid.

M. *Jules Guérin* fait hommage, au nom de M. Louis Figuier, du 28e volume de son *Année scientifique et industrielle.*

Obsèques de M. Lasègue. — Sur l'invitation de M. le président, M. le professeur *Potain* donne lecture du discours qu'il a prononcé jeudi dernier, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. le professeur Lasègue. Ce discours, écrit avec une grande élévation d'idées, un véritable tact et une remarquable pureté de style, lu avec une cordiale émotion, est accueilli par de vives marques d'approbation.

Eaux minérales. — M. *Filhol* (de Toulouse), associé national, communique l'analyse : 1° de l'eau minérale et des boues utilisées à Dax dans l'établissement des Baignots ; 2° de l'eau sulfureuse du Vieux-Gamarde ou du Buccurou, également dans l'arrondissement de Dax.

Délires consécutifs a des crises épileptoïdes dues a une épilepsie traumatique. — M. le docteur *Motet*, candidat dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, lit un travail sur les délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptoïdes, au point de vue médico-légal. « A côté de l'épilepsie, dit-il, ayant avec elle d'étroites affinités, existe un groupe nombreux de troubles cérébraux, à forme vertigineuse ou convulsive, qui sont à la maladie type ce que les accidents rhumatoïdes sont au rhumatisme proprement dit ; ils en peuvent rappeler certains aspects, ils en diffèrent par beaucoup d'autres ; il leur manque cette sorte de fatalité pathologique qui n'appartient qu'aux états constitutionnels et qui fait que leurs retours les représentent toujours identiques à eux-mêmes. » Ces troubles cérébraux tendent à être séparés aujourd'hui de l'épilepsie ; car Lasègue a montré que l'épilepsie vraie reconnaît pour cause une malformation du crâne, appartenant à la période de consolidation des os du crâne, se développant de la douzième à la vingtième année et ayant pour expression symptomatique la plus habituelle l'asymétrie de la face ; celle-ci indique d'ailleurs l'asymétrie de la base du crâne, laquelle entraîne des compressions irrégulières et sans compensations possibles, de la base du cerveau. Les états épileptoïdes purent alors, à leur tour, et avec une précision plus rigoureuse, être rattachés à leurs causes et le rôle des traumatismes cérébraux fut déterminé, aussi bien lorsqu'ils étaient suivis d'une déformation de la voûte crânienne, que dans les cas où il n'y avait eu qu'un choc, une plissure superficielle,

avec commotion cérébrale; il en fut de même des crises convulsives sous la dépendance d'une maladie aiguë ou chronique du cerveau et de ses enveloppes, d'une intoxication saturnine, alcoolique, etc.

Parmi ces variétés, la plus importante peut-être, au point de vue médico-légal, est l'épilepsie traumatique, qu'elle soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la paroi crânienne. Le jour où, par le fait d'une violence extérieure, l'équilibre des fonctions cérébrales a été rompu, le blessé est devenu un malade d'un genre tout spécial, un *cérébral*, comme disait Lasègue; il sera sujet à des crises dont la fréquence et l'intensité, la gravité même, peuvent ne pas être en rapport avec la gravité du traumatisme initial, mais qui auront toujours ce caractère particulier, de procéder par accès, et d'être avant tout cérébrales; toute maladie, toute excitation se traduira chez lui par un retentissement vers l'organe primitivement lésé, bien qu'il ne soit pas un aliéné à proprement parler.

L'observation de tous les jours révèle bien les bizarreries du caractère de ces malades, les irrégularités de leurs actes, l'instabilité de leur humeur; mais la plupart du temps la famille seule en reste le témoin discret, cachant ses inquiétudes aussi longtemps qu'elle le peut. Le malade se maintient assez en équilibre pour que l'attention des indifférents ne soit pas éveillée; jusqu'au jour où, subitement, un fait, tranchant par sa brutalité sur les habitudes de celui qui l'a commis, vient révéler le désarroi profond d'une intelligence depuis longtemps déjà compromise. Mais si, comme il arrive souvent, le trouble est transitoire, l'étonnement une fois passé, le jugement devient sévère; on ne veut pas croire à un état morbide, dont la réalité paraît d'autant plus suspecte que la crise aura été de durée plus courte. Et lorsque, pendant l'accès, se sera produit l'un de ces actes, délictueux ou criminels, qui mènent leurs auteurs devant la justice, il se pourra que l'on considère comme un coupable, un malade dont les explications embarrassées, les dénégations même sont prises pour un système de maladroite défense. Une aventure toute pathologique aura son dénouement en cour d'assises, s'il ne se trouve pas quelqu'un de clairvoyant pour réclamer un examen médico-légal. M. Motet cite, à l'appui, deux exemples, de date récente, appartenant à cette variété de délire épileptoïde, et dans lesquels son intervention a eu cette utilité. Les traumatismes cérébraux, dit-il en terminant, et leurs conséquences éloignées ou prochaines méritent d'être étudiés à fond; ils sont d'ailleurs pour la pathologie mentale ce que fut autrefois la paralysie générale, c'est-à-dire un lien qui la rattache au reste de la pathologie, et dont il importe de ne la séparer jamais, si l'on veut se prononcer avec quelque certitude dans ces délicates questions médico-légales.

Fièvre typhoïde; doctrines microbiennes. — Ainsi que nous l'annoncions dans le précédent numéro, M. le professeur *Peter* a pu achever aujourd'hui son discours, divisé en trois parties qui comprennent : 1° une critique de l'influence que « la chimiatrie » voudrait exercer en médecine ; 2° une réfutation de la méthode de Brand appliquée au traitement de la fièvre typhoïde et 3° un examen, au point de vue médical, des doctrines microbiennes les plus récentes.

I. — « En m'élevant contre la chimiatrie, dans l'une des dernières séances, déclare tout d'abord l'orateur, je ne pouvais avoir en vue M. Pasteur, comme on l'a dit, puisqu'il a fait sortir la fermentation du domaine de la chimie pour l'importer dans celui de la physiologie ; c'est M. Brand et ses disciples que je désirais combattre. » D'ailleurs, cette doctrine de la chimiatrie est loin d'être neuve; sans parler de Magendie, son plus fervent apôtre, ni de Claude Bernard qui n'a peut-être pas complètement échappé aux tendances de son maître, au seizième siècle, Paracelse ne voyait-il pas partout des phénomènes physico-chimiques « dans la vie saine comme dans la vie malsaine »? Alors la chimie envahissait la médecine, comme elle tend encore aujourd'hui à y régner en souveraine. Or rien n'est plus éloigné de l'esprit médical que l'esprit des chimistes, des physiciens et des physiologistes, leur science étant toute d'analyse. Le médecin, au contraire, est obligé de faire de la synthèse; il ne choisit pas le phénomène, mais le subit; il est toujours contraint de faire intervenir tout l'être morbide; il ne peut pas répéter à loisir ses expériences, car l'observation médicale n'est pas de l'expérimentation, c'est une œuvre de temps, d'expérience, d'étude sagace et prolongée; et c'est en raison même de cette lenteur exigée par l'observation médicale que certains esprits préfèrent l'expérimentation du laboratoire et tombent dans la chimiatrie; si bien qu'il n'y aurait plus de médecins, mais des chimistes et des physiciens. Cependant, pour montrer l'abîme qui sépare ceux-ci des premiers, il suffit de prendre les exemples mêmes des expériences de la poule refroidie et de la grenouille surchauffée, citées par M. Bouley : lorsqu'on a inoculé du virus charbonneux à une poule préalablement ligotée sur une planche, puis refroidie par immersion dans l'eau froide, sa température diminue; le physicien croit alors que c'est à cause de cet abaissement de température que l'animal a pu contracter le charbon; le médecin, par contre, doit reconnaître que le refroidissement et l'inanition ont déterminé chez cette poule la condition particulière tour à tour désignée sous les noms de prédisposition, d'imminence morbide, de réceptivité. Si, d'autre part, on met une grenouille dans un milieu chaud, c'est exactement le même phénomène en sens inverse; la poule avait trop froid, la grenouille a trop chaud, et ce n'est pas parce qu'elle a trop chaud, mais bien parce qu'elle en devient malade, qu'elle est apte dès lors à contracter le charbon.

Lorsque Claude Bernard enfin obtenait, dans une étuve chauffée, la mort d'un moineau avec une surélévation de température de 10 degrés par rapport à sa température primitive, fallait-il, comme lui, en conclure que l'hyperthermie détermine la coagulation des muscles, la cessation des battements du cœur, et que c'est ainsi qu'on meurt dans certaines maladies fébriles? Peut-on donc comparer une hyperthermie artificiellement produite avec une hyperthermie morbide et est-il possible de rapprocher les effets d'une surélévation de 10 degrés avec ceux d'une surélévation de 3 à 4 degrés, ou encore, de ce que dans la fièvre typhoïde on observe la dégénérescence musculaire, doit-on comparer celle-ci à la dégénérescence musculaire du moineau mis en expérience et conclure que l'on meurt ainsi dans la fièvre typhoïde? On sait cependant que dans cette maladie tous les muscles sont loin d'être dégénérés; on sait que ces dégénérescences ont des causes multiples autres que la température; si elles étaient dues à une surélévation thermique de 40 ou 41 degrés, on devrait aussi bien les observer dans le rhumatisme ou dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde.

II. — Quant à M. le docteur Brand, au lieu de vouloir faire sortir de vive force la fermentation des phénomènes physico-chimiques pour la faire entrer dans les phénomènes physiologiques, il cherche au contraire à démontrer que la maladie n'est qu'une fermentation, et il n'y voit que des phénomènes d'ordre purement chimique. On connaît l'expérience par laquelle il s'efforce de démontrer que le froid, arrêtant la fermentation, arrête aussi la maladie qui, pour lui, n'est qu'une fermentation: il place du moût d'orge dans une cuve, la fermentation se produit, la température s'élève; il fait alors descendre la température de cette cuve à 18 degrés, et la fermentation s'arrête. L'hyperthermie et la fermentation étant deux phénomènes connexes, il en conclut qu'en faisant tomber l'hyperthermie, on doit arrêter les fermentations morbides. Mais, pour pouvoir établir la moindre comparaison entre ce qui se passe dans l'organisme et ce qui s'observe dans la cuve de M. Brand, il faudrait que le moût morbide, chez le

fébricitant, fût à 18 degrés comme l'est le moût de cette cuve. Comment comparer l'abaissement d'un ou de deux degrés que l'on constate chez un fébricitant avec un abaissement à 18 degrés?

La médication par l'eau froide, dont M. Peter reconnaît d'ailleurs dans certains cas les excellents effets, est une médication névrosthénique et non une médication uniquement réfrigérante; c'est l'être morbide tout entier qui est placé dans des conditions toutes différentes. Et cette modification brutale, parfois efficace, souvent dangereuse, exerce son action sur l'organisme tout entier et non pas seulement sur l'hyperthermie; toutefois c'est elle seule qu'envisagent les adeptes de M. Brand. Si, de plus, on admet que toutes les phlegmasies, s'accompagnant d'une surélévation de la température, sont dues à une fermentation ou à un microbe particulier, il faut craindre les inconséquences auxquelles de telles idées pourraient entraîner. On a, il est vrai, fait intervenir les statistiques en faveur de cette méthode; les documents allemands qui ont été produits lui sont favorables; à Lyon cependant, comme M. le docteur Bondet est venu le déclarer à l'une des dernières séances, on aurait trouvé une mortalité de 15 pour 100 dans les hôpitaux où cette méthode n'a pas été suivie. En outre, M. le docteur Ricklin, publiant récemment dans la *Gazette médicale* de Paris de nouvelles recherches statistiques émanant de médecins allemands, a montré que, dans les hôpitaux de Berlin, de Vienne, de Munich, la mortalité de la fièvre typhoïde traitée par la méthode de Brand, de 1875 à 1880, a varié entre 13 et 20 pour 100 en moyenne; à Vienne, elle est même montée en 1876 à 30 pour 100. Les statistiques de la pratique particulière de M. Brand ne semblent pas plus favorables, car, dans son service hospitalier, là où le contrôle est possible, il a eu une mortalité de 12 pour 100.

III. — Ces divers points traités, M. Peter passe à l'examen, au point de vue médical, de ce qu'il appelle « les doctrines microbiennes ». La nouvelle étiologie des maladies contagieuses, dit-il, consiste à prétendre que ces maladies sont déterminées par la présence dans l'organisme d'éléments figurés appelés microbes; sans doute il n'a pas encore été possible d'isoler le microbe d'un certain nombre de maladies virulentes et contagieuses, mais le nombre de ces maladies sans microbes tend de plus en plus à se restreindre par la découverte de nouveaux microbes, si bien qu'il n'est pas douteux, pour M. Pasteur, qu'elles finiront par se ranger toutes dans la classe des maladies microbiennes. — Cette doctrine de l'origine parasitaire des maladies contagieuses est toute française. Avant M. Pasteur, Davaine en avait, en quelque sorte, posé les bases par la découverte de la bactéridie charbonneuse; et Raspail, il y a quarante ans, dans son *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général et chez l'homme en particulier*, avait également, dans plusieurs passages dont M. Peter donne lecture, prévu, par la force d'induction, certaines propositions sur les maladies parasitaires, que la sagacité et le génie scientifiques de M. Pasteur ont découvertes de nos jours par l'expérimentation. Mais, quoi qu'en ait dit M. Bouley, on peut se demander quelles clartés la doctrine microbienne a répandues sur l'anatomie pathologique, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des maladies contagieuses. On ne voit pas en quoi, par exemple, la notion du microbe de la morve et de la syphilis nous éclaire sur les lésions propres à ces deux maladies; on sait que le pus de la morve renferme un microbe différent de celui qui se trouve dans le pus de la syphilis, mais voilà tout. Mais nous savions, avant la découverte de la doctrine microbienne, que les lésions de la morve affectent les voies aériennes, que celles de la tuberculose se localisent plus particulièrement sur les poumons, que celles de la syphilis attaquent la plupart des tissus et des organes: peau, muqueuses, os, méninges, cerveau, foie, etc.; la doctrine microbienne ne nous apprend donc rien de plus que nous ne savions auparavant.

Ce n'est pas tout. Il semblerait que, s'il existe un microbe particulier pour chacune des maladies spécifiques, pouvant produire des lésions spécifiques, il devrait y avoir un spécifique parasiticide pour chacun de ces microbes spéciaux; nous possédons justement deux spécifiques, le quinquina et le mercure, l'un découvert par hasard, l'autre par analogie; et cependant, il n'existe aucune idée rationnelle, d'une part entre le quinquina et la fièvre intermittente, d'autre part entre le mercure et la syphilis, et il se passera, sans nul doute, de nombreuses années avant que l'on arrive à découvrir le parasiticide spécifique de chacun des microbes des maladies contagieuses : de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, par exemple. Raspail n'avait-il pas découvert un parasiticide universel, le camphre? D'autres ont cru trouver ce parasiticide dans l'acide phénique; d'autres, enfin, tout récemment, dans le gaz hydrogène sulfuré, etc. Mais examinons de plus près cette doctrine d'après laquelle il existerait dans l'air des éléments figurés vivants, des microbes, qui seraient l'origine des maladies infectieuses ou contagieuses. La maladie virulente, dit M. Pasteur, est la fonction d'un élément vivant; quelques-uns de ses adeptes vont plus loin encore, lorsqu'ils déclarent que le virus c'est la fermentation. Sans doute, les recherches sur lesquelles ces opinions se basent ont un grand intérêt au point de vue de l'histoire naturelle et de la physiologie pathologique, et il faut reconnaître qu'elles ont été l'origine de grands progrès réalisés en chirurgie et en obstétrique. Mais si M. Alphonse Guérin a voulu, par son pansement ouaté, filtrer l'air extérieur et empêcher les ferments d'arriver sur les plaies, il convient d'ajouter qu'il réalise ainsi parfaitement le système des pansements rares, et exerce également à la surface des plaies une pression douce qui est des plus salutaires. M. Pasteur a aussi provoqué le pansement de Lister; mais n'y faut-il pas ajouter à l'influence de l'acide phénique sur les microbes, les soins méticuleux et la propreté toute particulière qui en est la conséquence fatale. De même, en obstétrique, il faut ajouter, à l'heureuse application des principes de Pasteur, l'isolement des malades et les précautions prises pour éviter tout contact contaminant.

La médecine peut-elle espérer des résultats analogues de l'application des doctrines de M. Pasteur? M. Peter en doute. Serait-il donc vrai que par l'inoculation des « virus éventés et passés », grâce à l'influence du temps et de l'oxygène de l'air, on détermine une maladie virulente moins grave que la maladie spontanée, mais suffisante pour mettre à l'abri de toute attaque extérieure?

Et d'abord, est-ce là pratiquer une vaccination, comme dit M. Pasteur, ou ne s'agit-il pas d'une inoculation, au sens propre du mot? Remarquons que Jenner vaccinait réellement en inoculant le cowpox, maladie bénigne destinée à prévenir une maladie maligne, tandis que les inoculations préventives de M. Pasteur ressemblent bien plutôt aux inoculations d'autrefois, et qu'elles ont même de grandes analogies avec la pratique des Chinois, alors que ceux-ci savaient bien qu'il fallait éviter d'inoculer le virus varioleux pur, qu'il valait mieux s'adresser au virus dilué dans l'eau, ou encore aux croûtelles pustuleuses desséchées par leur exposition pendant un certain temps au contact de l'air. De même, Trousseau avait songé à revenir aux inoculations préventives, et il en pratiqua un certain nombre, en ayant soin de prendre un virus certainement atténué, provenant de malades atteints de variole légère; malheureusement, il vit souvent la variole, restée bénigne pendant un certain nombre d'inoculations successives, reprendre tout à coup sa gravité première, devenir l'origine d'un foyer de contagion, et déterminer sur certains sujets, d'ailleurs prédisposés, des varioles confluentes graves. M. Peter ajoute qu'il vient d'observer dans son service une petite épidémie de variole, due à l'admission d'une femme

atteinte d'une variole des plus discrètes; six malades furent atteintes, dont quatre eurent une variole des plus bénignes, tandis que les deux autres eurent une variole grave; l'une était tuberculeuse, l'autre pleurétique.

Au surplus, les inoculations pratiquées par M. Pasteur pour certaines maladies propres aux animaux ont-elles donné des résultats si convaincants? Il semble, au contraire, suivant M. Peter, en dépouillant les statistiques des expériences de vaccinations charbonneuses faites jusqu'à ce jour, qu'elles ont été le plus souvent inefficaces et très souvent dangereuses, sinon après l'inoculation du premier vaccin, du moins après l'inoculation du second, beaucoup plus énergique.

L'orateur cite à l'appui de son dire, une série de faits signalés par Weber à la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris, par Mathieu, par Koch en Allemagne, etc., d'après lesquels un grand nombre de moutons inoculés auraient succombé du fait de la vaccination, et beaucoup auraient pris le charbon comme s'ils n'avaient jamais été vaccinés. Il insiste également sur les expériences négatives de Turin et sur la correspondance échangée à cette occasion entre plusieurs vétérinaires de cette ville et M. Pasteur; celui-ci ayant montré que la cause des insuccès alors constatés devait être imputée à l'emploi d'un virus recueilli sur un animal mort depuis vingt-quatre heures, M. Peter s'efforce d'en induire que, si cette opinion était exacte il n'en serait que plus difficile d'observer jamais un charbon véritable, indépendant de toute septicémie, puisque la contagion s'effectue presque toujours à l'aide d'animaux morts depuis plus de vingt-quatre heures.

Au point de vue pratique, l'orateur conclut de ses investigations dans les recueils vétérinaires : 1° que l'on n'est jamais sûr de ne pas avoir d'accidents à la suite des inoculations de virus atténué; 2° que l'immunité n'est pas sûrement obtenue par deux inoculations successives. Cette pratique, dès lors, en admettant qu'elle soit applicable à un troupeau, parce qu'un cultivateur peut toujours risquer une partie de son bien pour sauver l'autre, ne saurait jamais être applicable à l'homme. Si l'on ajoute que, du jour où elle serait devenue bonne, elle devrait être appliquée à un nombre considérable de virus, « l'homme de l'avenir ainsi vacciné et revacciné, ne serait pas sans avoir quelque analogie avec ce personnage légendaire qui se jette à l'eau de peur de se mouiller ».

M. Peter passe ensuite aux « objections doctrinales » : il prétend d'abord que M. Pasteur est loin d'être infaillible, ainsi que l'auraient montré ses changements d'opinion sur la nature du microbe trouvé l'an dernier dans la salive d'un enfant mort de la rage et ensuite dans la salive d'enfants morts de maladies diverses et même de personnes en pleine santé. Il objecte ensuite que les doctrines de M. Pasteur renferment bien des hypothèses et que ceux-là mêmes qui les partagent sont loin d'être d'accord : ainsi, pour le microbe du charbon, alors que M. Pasteur dit qu'il tue mécaniquement par le nombre, M. Chauveau affirme, au contraire, que les animaux charbonneux meurent sans présenter dans leur sang un grand nombre de bactéries; relativement à l'immunité des moutons algériens, M. Pasteur croit qu'elle résulte de ce qu'une première atteinte du mal chez les ascendants a privé l'organisme des matériaux propres à la nutrition de la bactérie, tandis que M. Chauveau pense que cette immunité tient à la présence d'une substance nuisible à la prolifération de la bactérie. D'ailleurs la doctrine bactéridienne, si elle était si vraie, devrait avoir détruit la doctrine de la spontanéité morbide; or nous voyons qu'il n'en est rien; elle aussi est obligée d'admettre le renforcement des virus sous certaines influences; c'est que si les germes virulents existent constamment dans l'atmosphère, s'ils nous imprègnent, il faut, pour que les maladies qui leur sont propres se déclarent, certaines conditions spéciales de misère, d'encombrement, etc. N'est-ce pas là la prédisposition que crée la mauvaise hygiène? Les vrais médecins ne parlent pas autrement. L'opposition de doctrines se rencontre encore entre M. Pasteur et les chimistes comme M. Béchamp, par exemple; tandis que M. Pasteur considère le microbe comme étranger à l'organisme, M. Béchamp, au contraire, estime qu'il en est fait partie intégrante sous forme de microzyma. M. Peter déclare que, quant à lui, s'il avait une opinion à formuler, il dirait que les microbes qui nous entourent ne sont les agents de la transmission de la maladie qu'à la condition d'avoir passé par un organisme malade; il n'y a pas, comme l'a fait remarquer M. Robin, un microbe de la rage, de la syphilis, etc., mais bien un microbe qui a passé dans l'organisme d'un enragé, d'un syphilitique, etc. M. Peter termine en déclarant qu'il a prétendu défendre la vieille médecine contre l'envahissement des doctrines microbiennes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Taille hypogastrique. — Influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs. — Cancer de l'ombilic; ablation.

M. *Monod* fait un rapport sur une observation de M. Schwartz : taille hypogastrique. Il y a cinq ans, un homme de soixante ans, ayant une cystite et un mauvais état général, se présenta à M. Schwartz pour être débarrassé de deux calculs vésicaux; la prostate était grosse et la vessie irritable. On décida la taille hypogastrique. Le malade étant sous l'influence du chloroforme, le péritoine fut décollé et relevé; les deux calculs furent enlevés; les dimensions de l'un étaient : 6, 4, 3 centimètres; pour l'autre, 6, 4, 3 centimètres et demi; le malade guérit. L'opération fut pratiquée sans appareil particulier et sans ballon rectal.

— Dans la séance du 14 février, M. *Verneuil*, à l'occasion d'une observation de M. Redard, étudia l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. Nous donnons le résumé de ce travail, qui a été le point de départ d'une discussion intéressante.

L'observation de M. Redard a pour titre : « Amputation de jambe chez un tuberculeux albuminurique atteint de suppurations osseuses multiples. Courbe de la quantité d'albumine avant et après l'opération. » Il s'agit d'un homme de trente et un ans, entré à la Pitié le 5 février 1882. Pendant l'enfance, manifestations scrofuleuses; plus tard, mauvaises conditions hygiéniques. A vingt-huit ans, abcès lombaires ossifluents. A vingt-neuf ans, amputation de l'index droit pour une tumeur blanche à marche rapide. En juin 1881, carie des os du pied gauche. En février 1882, tubercules au sommet du poumon droit, diarrhée fréquente; digestions mauvaises; le soir, la température est de 39 degrés.

En octobre 1882, suppuration abondante au niveau du cou et de la région tarsienne; urines albumineuses. M. Verneuil proposa l'amputation de la jambe au quart inférieur; cette opération fut pratiquée le 7 octobre; pansement d'Alphonse Guérin. Les suites furent simples. Le thermomètre, pendant trois jours, monta à peine d'un degré et redescendit ensuite, de façon que le processus post-opératoire put être considéré comme tout à fait apyrétique. Le seizième jour, la cicatrisation de la plaie était complète. Les symptômes thoraciques parurent s'amender.

Les urines furent analysées régulièrement depuis quatre jours avant l'opération jusqu'à treize jours après. On constata d'abord une augmentation sensible de l'urée vers le quatrième jour après l'opération, et se prolongeant jusqu'au dixième. La quantité d'albumine rendue fut assez faible dans les trois jours qui suivirent l'amputation; puis elle augmenta à partir du quatrième jour, pour atteindre, les cinquième et sixième jours, une quantité trois fois supérieure à celle qu'on avait notée avant l'intervention chirurgicale. Les augmentations d'urée et d'albumine coïncident avec une polyurie manifeste.

L'acte opératoire a donc modifié, temporairement du moins, la composition de l'urine. Ni l'état général, ni l'état local n'ont paru toutefois s'en ressentir.

Voilà donc un scrofuleux épuisé qui supporte admirablement une grande opération et en ressent aussitôt les bienfaits. L'augmentation de l'albumine n'a pas troublé sensiblement la santé, mais elle démontre l'action aggravante du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Verneuil a publié ou fait publier bien des observations qui prouvent l'action funeste exercée par le traumatisme sur les états antérieurs. En voici quelques-unes en résumé.

Un individu affecté de cancer interne méconnu porte en même temps une tumeur périphérique; on opère cette dernière, on panse antiseptiquement; bientôt l'opéré tombe dans un affaissement physique et moral, et succombe. A l'autopsie, on ne trouve que le néoplasme intérieur trop tardivement reconnu.

Un homme robuste et bien portant a l'avant-pied écrasé par une roue de wagon; amputation tibio-tarsienne; mort quarante heures après l'opération dans la stupeur et le subdélirium. Il y avait asepsie absolue et apyrexie complète. Le sujet était diabétique.

Autre fait. M. W..., atteint d'étranglement herniaire; homme de cinquante-deux ans, maigre, très dyspeptique; kélotomie. Tout alla bien du côté de la plaie; mais l'état général alla en s'aggravant jusqu'à la mort, survenue le vingt-sixième jour. Rien dans les urines; aucune affection organique appréciable. Le malade était mort d'inanition.

Voici une observation recueillie par M. Picqué, à l'hôpital de la Charité. Homme de quarante-quatre ans. Le 25 mai, écrasement du gros orteil, qui se cicatrise en six semaines. Quelque temps après, adéno-phlegmon fémoro-iliaque. Ouverture de l'abcès, au niveau de la gaine du psoas, le 26 juillet. Le 4 août, la fièvre reprend; teinte noire des urines; diarrhée; foie volumineux; œdème des jambes. Mort le 8 août.

A l'autopsie, 7 litres de sérosité ascétique avec fausses membranes; pelvi-péritonite commençante; infiltration purulente sous-péritonéale de la fosse iliaque interne; reins graisseux. Dans le foie, cirrhose et dégénérescence graisseuse. L'auteur conclut avec raison que le malade est mort par le foie.

Dans les recueils étrangers, on trouve des faits analogues. Femme de soixante et un ans, diabétique. Ablation d'une tumeur du sein avec les précautions antiseptiques; c'était un cancer; la plaie se cicatrisa. La malade mourut quatorze jours après l'opération, avec fièvre, langue sèche, délire. Pas d'autopsie (Wilhelm-Muller, *Aerzt. Intelligenz blatt*, 10 octobre 1882). La mort a été causée par le diabète.

Autre observation. Péritonite ancienne; ostéomyélite du tibia; amputation de la cuisse; guérison de la plaie. Mort le onzième jour de péritonite purulente (Leisrink et Alsberg, *Arch. für klin. Chirurgie*, vol. XXVIII).

— M. *Trélat*. M. Verneuil a communiqué l'observation d'un scrofuleux qui a guéri d'une amputation de jambe, et chez lequel M. Rédard a institué des recherches sur la température et sur l'urine dans ses divers éléments. Cette observation ne prouve pas que les traumatismes aggravent les états pathologiques préexistants. Les recherches de M. Rédard sont intéressantes, mais on ne peut pas en tirer les conclusions de M. Verneuil. Il a fallu des procédés de laboratoire pour découvrir l'augmentation de l'albumine; l'état pathologique antérieur n'a pas été aggravé.

M. Trélat ne veut pas accepter la généralisation établie par M. Verneuil; il accepte les faits, mais il repousse une loi qui ne s'applique pas à tous les faits. Un individu a une tumeur périphérique, on l'opère, il a un cancer intérieur méconnu, mort rapide. Où est l'aggravation de la maladie antérieure? Est-ce le cancer qui s'est aggravé pour amener la mort? Cela ne prouve qu'une chose, c'est que s'il y a un cancer intérieur, on est exposé à des désastres.

Un autre fait cité par M. Verneuil. Un individu a eu un écrasement du pied, opération, mort. Le sujet était diabétique. On voit bien le diabétique succomber, mais où est l'aggravation de la maladie antérieure? La coexistence existe, il faut la noter; mais le raisonnement de M. Verneuil est attaquable.

M. Verneuil raconte l'histoire d'un dyspeptique opéré d'une hernie étranglée. Le malade se nourrit mal; il a une petite hémorrhagie et il s'éteint. Pas d'autopsie. M. Verneuil suppose que l'opération a aggravé une cirrhose préexistante, d'où la mort; mais la preuve de la cirrhose n'existe pas.

Observation empruntée à M. Picquée. Ecrasement du pouce du pied; guérison. Puis, douleur dans l'aine, adéno-phlegmon, écoulement du pus, teinte noire des urines, mort. A l'autopsie, liquide ascitique louche, pelvi-péritonite par propagation, abcès dans la fosse iliaque. Ces lésions expliquent bien la mort. L'hypertrophie du foie n'a pas besoin d'intervenir.

M. Trélat voit dans ces exemples des individus qui ont eu leur blessure aggravée par un état pathologique préexistant, mais ce qu'il ne voit pas, c'est que le traumatisme ait aggravé l'état pathologique antérieur, et que ce soit par l'état pathologique antérieur aggravé que la mort soit survenue. M. Trélat accepte les faits, et il en tire la formule suivante :

Les états pathologiques préexistants chez les blessés ou les opérés aggravent de façons diverses et dans des mesures variées le pronostic des blessures ou des opérations. Il faut donc rechercher avec soin cet élément de pronostic opératoire.

Le 11 janvier dernier, M. Trélat opéra un homme de cinquante-six ans, un peu amaigri, portant au bras gauche une petite tumeur ovoïde, très sensible à la pression. On diagnostiqua un névrome du nerf cubital. Le malade avait craché du sang deux mois auparavant. Il ne s'agissait pas d'un névrome, mais d'un carcinome. Pendant l'opération, M. Trélat reconnut que la tumeur diffuse englobait les vaisseaux et les nerfs; il fallut désarticuler l'épaule. Le malade mourut le lendemain soir ; la plaie était irréprochable.

Une dame porte à la partie inférieure du sein une tumeur; ablation. Deux mois après, hématémèse, mort de cancer de l'estomac. Cela prouve que le pronostic opératoire chez les cancéreux est redoutable, que le pronostic des opérations faites chez les individus ayant des cancers viscéraux est extrêmement grave.

Le pronostic chez l'opéré diabétique est moins absolument grave que chez l'opéré à cancer viscéral. L'opération de la cataracte a été faite avec succès chez les diabétiques. M. Trélat a opéré avec succès des anthrax volumineux chez les diabétiques; de même il a ouvert des phlegmons graves de la jambe.

Quant aux tuberculeux et aux scrofuleux, c'est autre chose. Le malade de M. Rédard est amélioré par l'opération. Dans le service de M. Trélat, deux tuberculeux sont devenus prospères après l'amputation de la jambe. L'aggravation que le tubercule et la scrofule apportent aux opérations est difficile à apprécier; dans certains cas, l'opération améliore l'état antérieur. D'autres fois, il ne faut pas opérer.

— M. *Després* communique une observation de cancer de l'ombilic enlevé chez un homme de soixante-seize ans; guérison. La tumeur avait le volume d'une châtaigne; elle était mobile. Elle fut circonscrite par deux incisions et disséquée. Le cancer pénétrait dans l'anneau ombilical; l'épiploon adhérent fut réséqué et la tumeur remplacée par une hernie épiploïque. Guérison. Comme pansement, bandage en diachylon entourant le corps. La tumeur était un épithélioma tubulé.

M. *Nicaise* a fait l'an dernier une opération analogue, l'opération a été publiée dans la *Revue de Chirurgie*. Femme de quarante ans, tumeur ombilicale, ablation, suture des deux lèvres de la plaie, guérison. C'était une tumeur fibro-papillaire.

M. *Tillaux*. On rencontre forcément le péritoine qui est soudé à la peau au niveau de la cicatrice ombilicale. Dans ces ablations de tumeur, on ouvre donc toujours le péritoine.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 24 mars 1883. — Présidence de M. Laborde.

État cataleptique post-mortem : M. Brown-Séquard. — Plâtrage et déplâtrage des vins : M. Rabuteau.— Mouvements par lésion des canaux demi-circulaires : M. Brown-Séquard. — Circulation veineuse des ventricules du cœur : M. François-Franck. — Cause du premier bruit du cœur : M. Kanellis.

M. *Brown-Séquard* complète, à propos du procès-verbal, sa communication de la séance précédente sur la catalepsie produite par certaines lésions de la partie supérieure de la moelle. Il insiste sur les caractères différentiels de cet état cataleptique et de la rigidité cadavérique : la catalepsie apparaît bien longtemps avant la rigidité, quelquefois deux minutes après la lésion productrice; quand la rigidité a atteint un membre, on la détruit par les mouvements imprimés à ce membre, tandis que l'état cataleptique persiste malgré les mouvements communiqués; ces différences s'observent facilement surtout quand la rigidité s'est produite d'un seul côté du corps, l'état cataleptique seul existant de l'autre côté.

— M. *Brown-Séquard* expose ensuite une série d'expériences montrant que des irritations variées portant sur une série de points différents de l'encéphale ou de la partie supérieure de la moelle sont capables de produire l'état cataleptique : les lésions du cerveau tout aussi bien du cervelet, du bulbe, etc., provoquent cet état.

Le siège de la modification dont dépend l'apparition des phénomènes paraît bien être périphérique et siéger soit dans les plaques motrices, soit dans les muscles eux-mêmes, quoique l'origine de l'état cataleptique soit toujours une lésion irritative centrale du système nerveux. Ce qui le montre, c'est que si l'on fait la section du sciatique, par exemple, après la lésion productrice centrale, l'état cataleptique ne disparaît pas, tandis que cet état ne se produit pas si la section du sciatique est faite avant la lésion centrale.

Il faut donc admettre, d'après M. Brown-Séquard, un changement spécial de l'état des muscles, une modification produite pendant la vie et persistant après la mort.

— M. *Rabuteau*. Un vin plâtré contient de grandes quantités de sulfate de potasse; un vin soumis au déplâtrage ou désulfatage contient de grandes quantités de chlorure de potassium; de plus, il contient du chlorure de calcium si le plâtrage a été opéré par l'addition d'un excès de sulfate de chaux. Ces diverses quantités de sulfate et de chlorure de potassium et de calcium introduits artificiellement dans les vins peuvent s'élever jusqu'à 5 et 6 grammes par litre, et même au delà, tandis que les vins naturels ne contiennent que des traces de ces mêmes sels.

M. Rabuteau insiste sur les dangers de la consommation de ces vins plâtrés et déplâtrés, et surtout sur les accidents rénaux qui peuvent en résulter.

—M. *Brown-Séquard* avait montré depuis longtemps que les lésions des nerfs auditifs sont capables de produire non seulement le vertige, dit de Ménière, mais encore d'autres troubles dépendant d'une irritation des appareils nerveux centraux. Par exemple, les mouvements de culbute en arrière, se répétant un grand nombre de fois pendant douze ou quinze secondes chez le pigeon, se produisent aussi bien avec certaines lésions du cervelet, des canaux demi-circulaires, des nerfs auditifs, de la moelle au-dessous du bulbe, etc.

Il faut donc admettre qu'il ne s'agit pas là de la mise en jeu d'une fonction spéciale, mais des effets d'une irritation pouvant partir de n'importe quelle partie du cervelet ou de la moelle et retentir sur des groupes cellulaires, organes véritablement actifs dans ces réactions. La seule remarque à faire, c'est que les lésions des canaux demi-circulaires sont, plus aptes à produire les effets indiqués.

— M. *François-Franck* étudie l'influence qu'exerce sur la circulation veineuse des ventricules du cœur l'aspiration produite, à l'intérieur du péricarde, par l'élasticité pulmonaire et ses variations respiratoires et cardiaques.

Il montre que l'écoulement du sang veineux s'opérant d'une façon continue dans l'oreillette droite pendant la diastole et la systole ventriculaires, subit un renforcement notable au moment où les ventricules se contractent; la continuité de l'écoulement veineux paraît interrompue seulement au moment de la systole de l'oreillette et pendant un temps très court.

La principale cause du courant veineux coronaire pendant la phase diastolique des ventricules est la *vis a tergo* artérielle, l'afflux du sang dans les réseaux veineux musculaires étant facilité à ce moment par le relâchement des ventricules : des expériences directes ont montré déjà (Rebatel, 1872) que le courant artériel subit un renforcement au début de la diastole ventriculaire. Pendant la systole, au contraire, c'est l'expulsion toute mécanique du sang veineux des parois ventriculaires qui domine. Mais si l'on considère l'état de la pression intra-péricardique dans les deux instants de chaque révolution cardiaque, on voit qu'en tout temps une influence favorable, extérieure aux ventricules du cœur, intervient pour faciliter l'introduction du sang dans les veines coronaires et pour activer son écoulement dans l'oreillette : cette force adjuvante est l'aspiration qui s'exerce à la surface externe des veines coronaires et de l'oreillette droite.

L'expansion ainsi produite existe en tout temps, mais elle s'accentue notablement pendant la systole ventriculaire, au moment où les ventricules en se vidant dans les artères diminuent de volume et exagèrent l'aspiration constante qui s'exerce à la surface du cœur. On connaît les effets de cette aspiration systolique péricardiaque sur le poumon, sur la paroi thoracique, sur les oreillettes, etc., mais on n'a pas examiné l'influence accélératrice qu'elle exerce sur le cours du sang veineux dans les veines coronaires.

M. François-Franck indique ensuite les effets qui résultent pour la circulation propre du cœur de la suppression de l'aspiration intra-péricardique par les épanchements abondants, par les adhérences du péricarde ; il expose sommairement les effets des reflux tricuspidiens sur la pression du sang dans les veines coronaires et les accidents que produit la pénétration de l'air dans les veines du cœur à la suite de l'introduction de l'air dans les veines du cou.

Tous ces points devant être développés dans une communication ultérieure, nous ne faisons ici que signaler les accidents mentionnés par M. François-Franck.

— M. *Kanellis* croit avoir démontré que le premier bruit du cœur résulte exclusivement du frottement du sang sur les cordages tendineux et sur la surface inégale des cavités ventriculaires.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Manuel de technique microscopique ou guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope, par le docteur Paul Latteux, 2e édition. — Paris, 1883. A. Coccoz. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce manuel de plus de 400 pages, avec 177 figures intercalées dans le texte, présente un caractère essentiellement pratique; il est destiné à servir de guide et de conseil à tous ceux qui débutent dans les études histologiques. Il comprend trois chapitres

principaux : dans le premier, consacré à la technique générale, l'auteur décrit avec soin les différents modèles de microscopes, principalement ceux de Nachet, de Vérick et d'Hartnach, et donne des tableaux indiquant les divers grossissements obtenus par les différentes combinaisons des objectifs et des oculaires qui accompagnent chaque microscope. Il passe ensuite en revue les multiples instruments qui composent l'outillage du micrographe et les nombreux réactifs employés pour durcir les pièces, les colorer, ou donner aux coupes plus de transparence ; puis il expose avec soin les méthodes les plus employées pour l'étude des tissus, dissociation, coupes minces, hydrotomie, injections histologiques, et indique les meilleurs procédés à suivre pour monter les pièces et les conserver sans altération.

Dans un second chapitre, qui comprend la technique appliquée, on trouve une description nette et suffisamment étendue des divers éléments primitifs et des tissus élémentaires ; chaque paragraphe se termine par l'indication de la marche à suivre pour préparer et étudier chacun de ses tissus. La partie qui a trait aux centres nerveux et aux nerfs périphériques mérite particulièrement l'attention ; elle offre un grand intérêt par suite des procédés spéciaux préconisés par Ranvier et par Luys pour l'étude du cerveau et de la moelle.

Enfin, ce manuel se termine par la technique appliquée à l'étude des divers systèmes : la peau, l'appareil digestif, l'appareil respiratoire, l'appareil génito-urinaire, les organes des sens ; c'est un excellent résumé des principaux travaux et des plus récentes découvertes se rapportant à l'histologie normale. Il permet d'acquérir les notions indispensables à tout médecin instruit, et rend plus facile, à ceux qui veulent se livrer ensuite aux recherches micrographiques, l'intelligence des traités plus complets sans doute, mais dont l'étude leur eût peut-être, au premier abord, paru un peu ardue.

Éléments de pathologie chirurgicale, par Nélaton. Tome cinquième, revu par Armand Després. — Germer Baillière.

Nous avons, à cette même place, annoncé et analysé les quatre premiers volumes de la deuxième édition du livre classique de Nélaton. Le cinquième volume, revu par M. Després, vient de paraître, et les éditeurs nous annoncent que le sixième et dernier, revu lui-même par MM. Horteloup, Gilette et Després, paraîtra à la fin de la présente année.

Ce cinquième volume comprend les affections de la poitrine et les maladies de la glande mammaire, celles de l'abdomen et toute la description des hernies ; les affections de l'anus et du rectum, les affections de la région sacro-coccygienne. Nous ne saurions analyser les 840 pages de texte serré, mais on peut affirmer que le chirurgien érudit qui a mis ce volume au courant de la science contemporaine n'a altéré en rien l'extrême clarté du texte primitif. C'est le plus grand éloge que nous puissions lui adresser.

VARIÉTÉS

Médecins de colonisation. — Il est donné avis à MM. les docteurs en médecine qu'il existe des vacances dans le personnel du service médical de colonisation de l'Algérie.

Les praticiens qui désirent être admis dans les cadres de ce personnel sont priés d'adresser leur demande au gouverneur général de l'Algérie, en l'accompagnant d'une copie de leur diplôme de docteur, d'un extrait d'acte de naissance et de toutes autres pièces propres à faire apprécier leur candidature. D'après le règlement actuellement en vigueur, nul ne peut être admis dans le personnel titulaire des médecins de colonisation après l'âge de trente-cinq ans accomplis. Cette limite est portée à quarante ans pour les candidats qui justifient de cinq ans de services dans les armées de terre ou de mer.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation en dehors de la clientèle payante sont les suivants : 1° traitement fixe à la charge de l'Etat de 3000 francs au début (5e classe) et de 5000 francs au maximum (1re classe), passibles de la retenue pour les pensions civiles ; 2° indemnité de logement de 500 francs à la charge des communes composant la circonscription médicale ou logement en nature ; 3° indemnités réglementaires pour les vacations judiciaires.

Société française d'ophthalmologie. — Cette Société, qui doit se réunir seulement une fois par an, vient d'être fondée, sur la proposition de M. le docteur Chibret (de Clermont). Les réunions auront lieu à Paris, sauf décision contraire de l'assemblée. Une première session de quatre séances s'est tenue récemment rue de l'Abbaye.

Exposition universelle allemande d'hygiène. Pisciculture. Prix proposé. — A l'occasion de l'Exposition internationale de pisciculture de Berlin, en 1880, S. M. le roi de Saxe avait offert un prix pour le meilleur ouvrage sur la viciation des eaux et des moyens d'y remédier au point de vue spécial de la vie des poissons. Le roi a consenti à ce que le prix d'honneur fût mis à la disposition du comité de l'Exposition d'hygiène de 1882-83.

Le sujet du prix est ainsi formulé : *a*. Indiquer les intérêts sanitaires, commerciaux, industriels, ruraux et autres — y compris ceux de la pisciculture — qui sont lésés soit par l'usage des cours d'eau, soit par l'introduction de souillures et de débris dans les eaux courantes. *b*. Décrire clairement les moyens chimiques les plus efficaces, les machines et les constructions les plus propres à remédier à ces inconvénients en élucidant les moyens proposés aux points de vue technique, économique et pratique.

L'envoi des ouvrages pour le concours, doit avoir lieu franco, avant le 31 décembre 1884, et à l'adresse du docteur P. Boerner, Berlin, W. Burggraphen Str 8.

Le prix d'honneur consiste en une jardinière en argent et sera exposé parmi les objets de l'Exposition d'hygiène. Outre ce prix d'honneur, l'union allemande de pisciculture a accordé un accessit de 600 marcs.

Mortalité a Paris (12e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 mars 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1316, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 9. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 60.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 306. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 54. — Pneumonie, 128. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40 ; au sein et mixte, 17 ; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100 ; de l'appareil circulatoire, 93 ; de l'appareil respiratoire, 106 ; de l'appareil digestif, 40 ; de l'appareil génito-urinaire, 22 ; de la peau et du tissu lamineux, 8 ; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4 ; infectieuse, 1 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 14.

Conclusions de la 12e *semaine*. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la semaine du 16 au 22 mars, 1395 naissances et 1316 décès. Ce dernier chiffre dépasse de beaucoup la moyenne des décès enregistrés pendant les quatre semaines précédentes, qui est de 1185. Cet accroissement de la mortalité doit être attribué principalement à la phthisie pulmonaire. Le chiffre des décès dus à cette cause, qui avait atteint, pendant les quatre semaines précédentes, la moyenne déjà très forte de 233, s'est élevé subitement à 306. C'est la première fois que le *Bulletin hebdomadaire* enregistre un nombre aussi considérable de décès de phthisiques. A l'égard des maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 30), la rougeole (25 au lieu de 18), la diphthérie (43 au lieu de 38) ; une atténuation pour la variole et la coqueluche (9 décès au lieu de 13).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse une amélioration notable pour la variole (27 admissions pendant la période du 12 au 18 mars au lieu de 33 pendant la période précédente) et la fièvre typhoïde (18 au lieu de 61).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Motteroz, Adm.-Direct des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 5 avril 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HYPOTHÈSE SUR L'ORIGINE DE CERTAINES TUBERCULOSES GÉNITALES DANS LES DEUX SEXES. — LA FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE.

Académie de médecine.

M. H. Bouley a répondu mardi à M. Peter. Sans nous occuper aujourd'hui des faits qui servent de base à la doctrine microbienne et aux méthodes de prophylaxie qui en ont été tirées, nous devons reconnaître que M. H. Bouley a rétabli avec à-propos et talent certains principes essentiels de pathogénie, dont notre distingué et aimé confrère, M. Peter, avait fait, à notre avis, trop bon marché. Le discours de M. Bouley a été accueilli par une double salve d'applaudissements.

Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes.

LETTRE A M. ALFR. FOURNIER, PROFESSEUR DE SYPHILOGRAPHIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Très cher ami,

Je commençais ainsi, il y a quelques semaines, une leçon clinique à l'hôpital de la Pitié :

« Les chirurgiens exclusivement occupés de nosographie et de médecine opératoire négligent trop la pathologie générale. La chose est d'autant plus regrettable qu'ils rencontrent à chaque instant dans leur champ habituel de recherches des faits clairs, simples, précis, qui bien interprétés serviraient à poser et à résoudre d'importants problèmes d'étiologie et de pathogénie.

» La question du parasitisme est certainement l'une des plus actuelles et des plus intéressantes qui se puissent agiter. L'étude des microbes est en train de bouleverser la science médicale, mais elle est trop vaste, trop difficile pour qu'il ne soit pas du devoir de chacun d'y mettre la main. La chose d'ailleurs est facile aux chirurgiens; certaines maladies parasitaires, la tuberculose par exemple, s'offrent à eux presque aussi souvent qu'à leurs confrères les médecins et dans des conditions où l'observation est parfois plus aisée. De plus, sans que rien nous contraigne à passer de longues heures au laboratoire, à poursuivre des cultures délicates et difficiles,

FEUILLETON

Le projet administratif d'organisation des services sanitaires dans le département des Vosges.

M. le préfet des Vosges, par une circulaire en date du 7 mars 1883, vient de solliciter les observations de tous les médecins de ce département sur un projet d'organisation des services sanitaires, si nous en croyons le titre de ce projet, ou plutôt d'organisation d'un service d'assistance médicale gratuite, d'après les termes plus exacts de la circulaire. L'importance de cette initiative préfectorale n'est pas seulement locale ; elle intéresse le corps médical français tout entier, car elle répond en partie aux préoccupations que celui-ci ne cesse d'avoir pour tout ce qui concerne l'organisation de la médecine publique en France; à ces divers titres, il nous paraît donc utile d'examiner ce projet, sans craindre de faire connaître en toute franchise l'avis qu'on a fait l'honneur en haut lieu de demander à la *Gazette hebdomadaire*.

Comme tous les projets de règlements administratifs, celui-ci a une histoire déjà longue et sans remonter aux nombreuses réglementations partielles que le Recueil des actes administratifs du département des Vosges pourrait nous permettre de rappeler, sans dénombrer non plus les revendications incessamment présentées par l'Association médicale de ce même département, il faut reconnaître que la situation à laquelle il a pour mission de remédier avait déjà été étudiée et le problème qu'elle soulève résolu, dans une certaine mesure, dès 1870 au Conseil général par un rapport de M. le docteur Liétard. Diverses circonstances, dont nous aurons à reparler plus loin, furent la cause d'un nouvel ajournement jusqu'au jour où l'Association médicale discuta et approuva, l'an dernier, un nouveau rapport de notre savant collaborateur, dans lequel l'organisation de l'assistance

à faire des hécatombes de quadrupèdes, nous rencontrons au lit du malade des cas que les vivisecteurs ne sauraient reproduire et qui constituent de véritables expériences, lesquelles, pour être fournies par le hasard de la clinique, n'en sont pas moins démonstratives au plus haut degré.

» Je reconnais hautement les immenses services rendus à la pathologie parasitaire par les expérimentateurs et les naturalistes, mais je crois que l'application des découvertes de laboratoire à la pathologie humaine doit être surtout l'œuvre des observateurs et des cliniciens et que pour ceux qui voudraient poursuivre cette application la part serait bien belle encore. »

Dans la leçon qui suivait et qui sera publiée quelque jour, je recherchais comment le microbe tuberculeux pénétrait dans l'organisme et pourquoi il se fixait dans tel ou tel organe. « Puisque, disais-je, la cause réelle, spécifique est trouvée désormais pour la tuberculose comme pour la syphilis, il ne reste plus qu'à indiquer, pour la première comme pour la seconde, la pathogénie des manifestations locales et de la généralisation.

Je prouvais sans peine que les trois modes de contagion admis par les médecins expérimentateurs : inspiration des poussières infectieuses, ingestion des matières tuberculeuses par les voies digestives et inoculation proprement dite par traumatisme externe, ne pouvaient pas expliquer l'apparition de certaines tuberculoses locales primitives. J'en concluais qu'il fallait accorder le fâcheux privilège de laisser passer le microbe non seulement à toutes les muqueuses, mais encore au tégument externe lui-même, surtout dans le jeune âge et avec le secours de ses glandes et de ses follicules.

J'insistais enfin sur l'absolue nécessité d'admettre et de décrire à part au moins les quatre processus suivants, représentant les différentes conditions de développement et de dispersion centripète ou centrifuge du tubercule :

1° *Infection générale primitive* par invasion du microbe venu du dehors et pénétrant dans l'organisme directement par voie sanguine, ou indirectement par voie lymphatique;

2° *Infection générale secondaire* par pénétration dans le torrent circulatoire de microbes empruntés à un foyer de tuberculose locale existant depuis un temps plus ou moins long et resté jusqu'alors isolé et indépendant;

3° *Localisation primitive*, par fixation du microbe venu du dehors en un point de l'économie situé plus ou moins profondément, mais en dehors du réseau vasculaire ;

4° *Localisation secondaire*, impliquant une infection générale antérieure, laquelle fournit par différents mécanismes (auto-inoculation interstitielle, diapédèse, etc.) des microbes capables de former des colonies fécondes en certains points de l'organisme.

Mais mon cadre vous intéresse sans doute médiocrement, et vous désirez savoir pourquoi je m'adresse à vous. Je vais satisfaire votre curiosité.

Parmi les tuberculoses locales, il n'en est guère dont l'étiologie soit plus obscure et plus discutée que celle dont sont atteints les organes génitaux.

On s'accorde à dire qu'elle est assez commune dans les deux sexes. On publie, il est vrai, plus d'exemples empruntés au sexe masculin, mais on rétablirait probablement l'équilibre si on tenait compte de l'état de l'utérus et des trompes chez toutes les femmes qui meurent phthisiques. On admet généralement que le maximum de fréquence répond à la période de la vie où les fonctions de reproduction sont en plus grande activité, c'est-à-dire pendant les années où la copulation s'exerce le plus souvent. Mais sur tous les autres points chaque affirmation se heurte à une affirmation contraire.

Dans l'immense majorité des cas, le mal naît spontanément, sans cause déterminante, mais il n'est pas rare non plus de compter dans les antécédents plus ou moins immédiats une contusion, une blessure des bourses, une épididymite blennorrhagique chez l'homme, un accouchement, un avortement, une métrite chez la femme. Mais ce qui est considéré par les uns comme une preuve de rapport étiologique est regardé par les autres comme une simple coïncidence. La tuberculisation génitale, disent les derniers, est commune, les contusions des bourses sont fréquentes, les secondes aggravent les premières et les font découvrir, et voilà tout. Toutefois, la relation semble parfois si étroite que la fin de non-recevoir n'est guère soutenable ; alors le trauma et la phlegmasie sont acceptés comme causes provocatrices, appelant sur leur foyer la diathèse préexistante.

La plupart des auteurs affirment que la tuberculose génitale est presque toujours précédée, suivie ou accompagnée d'autres manifestations tuberculeuses superficielles ou profondes, ganglionnaires ou viscérales. La coïncidence avec la phthisie pulmonaire est surtout notée ; mais ce point, si bien établi en apparence et d'une vérification si aisée, est nettement révoqué en doute par un auteur recommandable, M. Salleron, qui sur cinquante et un malades soumis à son observation directe n'a trouvé qu'un phthisique.

---

médicale et des services sanitaires était plus complètement précisée (1).

Partageant l'opinion de tous ceux qui ont pris la peine d'étudier le fonctionnement actuel des services de médecine publique dans notre pays, ainsi que de rechercher les moyens les plus propres à leur donner toute l'extension désirable, M. Liétard s'efforce avant tout dans son projet d'assurer la compétence, l'autonomie et la responsabilité de la direction départementale des services sanitaires qu'il propose de créer. Aussi cette direction devrait-elle être confiée, suivant lui, « à un fonctionnaire spécial, ayant vis-à-vis de la préfecture la responsabilité du service tout entier, et jouissant à l'égard des médecins sanitaires d'une autorité corrélative de cette responsabilité ». Qu'il s'agisse en effet du service gouvernemental ou du service départemental de la médecine publique, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le montrer ailleurs, les nécessités sont les mêmes à cet égard. Les affaires qui en dépendent ne sauraient recevoir une solution régulière tant qu'elles ressortissent à divers services, plus ou moins hétérogènes, pour lesquels elles sont le plus souvent un accessoire ; quelle garantie peut-on en effet attendre de cette dissémination et n'est-ce pas, même au point de vue budgétaire, une amélioration considérable que celle de réunir ces services épars, afin de donner à chacun une tâche définie, de façon à éviter des doubles emplois et des intermédiaires inutiles, mais coûteux. Il suffit d'ouvrir l'*Annuaire administratif* de l'un quelconque de nos départements pour voir jusqu'à quel point cette dissémination a été poussée ; le plus souvent, c'est le même bureau qui comprend la police générale, la répression de la mendicité et la protection des enfants du premier âge, tandis que l'administration communale, hospitalière et fabricienne se

(1) Voy. ce projet dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. IV, 1883, p. 360. Ce projet a été présenté au préfet, au nom de l'Association médicale, par une commission composée de MM. les docteurs Bailly, président, Pierre, Ancel, Lardier, Liégeois et Liétard, rapporteur.

Le même écrivain qui fait si bon marché de la tuberculose concomitante ne conçoit guère le développement des germes tuberculeux que sur le terrain favorable fourni par la scrofule. En vain plusieurs des jeunes soldats examinés offraient-ils les plus belles apparences de santé et l'absence de toute trace de cette scrofule; la diathèse avait existé, avait été légère, avait disparu, puis s'était réveillée sous l'influence du changement de régime, d'hygiène, des excès vénériens, de l'onanisme, etc. Tous les chirurgiens n'étant pas disposés à décréter la scrofule obligatoire, quelques-uns affirment que, par une exception rare dans l'histoire de la tuberculose, les dépôts phymiques peuvent se rencontrer chez des sujets jeunes, vigoureux, bien portants, chez lesquels il est impossible de retrouver une indice quelconque de scrofule ou de tuberculose ni dans les antécédents, ni chez les ascendants ou collatéraux.

L'unanimité n'existe pas non plus en ce qui touche le pronostic. Suivant ceux-ci, l'évolution est à peu près fatale : invasion primitive ou secondaire de l'appareil tout entier; propagation aux viscères ou aggravation des tuberculoses viscérales; inutilité de la thérapeutique et surtout des tentatives opératoires. D'après ceux-là, la tuberculose génitale serait relativement moins grave que toutes les autres; elle pourrait apparaître la première, et rester la seule manifestation tuberculeuse; elle pourrait aussi marcher avec une extrême lenteur, évoluer heureusement vers la caséification et la sclérose, puis guérir radicalement sans avoir jamais apporté le moindre trouble à la santé générale.

Ces obscurités de l'étiologie sont fidèlement résumées dans la phrase suivante, que j'emprunte à l'excellente thèse de M. Reclus (p. 76) :

« Il est un fait qu'il faut expliquer, c'est que tandis qu'il est assez rare de trouver des tubercules dans le seul poumon, les seules méninges ou le seul péritoine; tandis que dans l'immense majorité des cas la granulation envahit plusieurs organes à la fois, on rencontre souvent dans le testicule certaines formes tuberculeuses solitaires qui naissent, se développent, puis restent stationnaires et même s'évacuent et disparaissent; et cela sans retentissement, sans généralisation, sans envahissement des autres viscères. Nous citerons des hommes qui, il y a dix ans, vingt ans, trente ans même, ont eu un testicule tuberculeux; or ils se portent bien et ne gardent comme souvenir de cette affection que la cicatrice des anciens trajets fistuleux... »

Et notez bien qu'à part l'exagération toutes ces assertions sont parfaitement soutenables et exactes dans une certaine mesure; tous les auteurs ont remarqué ces particularités curieuses, ces oppositions singulières, mais ils ont trouvé plus simple de signaler des contradictions que de fournir des explications.

J'ai rencontré l'autre jour un fait pareil dont je n'ai pu me rendre compte, bien qu'il ressemblât à plusieurs autres que j'avais déjà vus dans ma pratique ou lus dans les livres. Il a stimulé celle de mes circonvolutions cérébrales qui s'occupe spécialement du pourquoi et du comment des choses, et la susdite circonvolution m'a suggéré en retour un projet d'interprétation.

Voici d'abord le fait. Il est des plus vulgaires.

Un grand garçon de vingt-deux ans, bien musclé et bien découplé, actif et jouissant d'une bonne santé habituelle, habite d'ordinaire un château de province où il vit largement dans les meilleures conditions hygiéniques. Il y a six ans, il contracte une blennorrhagie, puis une épididymite à droite. Trois abcès se forment, répondant à l'épididyme; ils sont ouverts, suppurent longtemps, et finissent par se fermer après plusieurs mois en laissant des cicatrices étroites, infundibuliformes, tout à fait caractéristiques.

La guérison se maintint, mais dans le courant du mois de décembre dernier, survient un nouvel écoulement uréthral provenant selon toute apparence d'un coït suspect. Les foyers testiculaires se réchauffent, les fistules se rouvrent et rendent une petite quantité de pus mal lié.

On hésite sur le traitement à suivre et on m'amène le jeune homme dans les premiers jours du mois de mars 1883.

L'écoulement uréthral n'est pas tout à fait tari, mais il est peu abondant, presque incolore et non irritant. Le testicule et l'épididyme gauches sont sains. Le testicule droit le paraît aussi, mais l'épididyme est bosselé ainsi que le cordon. La peau est adhérente, rouge, un peu enflammée. La prostate ne semble pas sérieusement intéressée et je ne trouve rien aux vésicules séminales.

J'examine le jeune patient *a capite ad calcem* sans trouver la moindre cicatrice ni le moindre engorgement ganglionnaire; la poitrine est absolument indemne et n'a jamais été prise. Le système musculaire est bien développé. M. X. père est un arthritique bien caractérisé; il a eu six enfants dont cinq sont bien vivants. Mme X. a succombé aux suites de la sixième couche. Il est impossible de saisir ici la moindre trace de tuberculose ni même de scrofulose, quelle que soit la bonne volonté qu'on y mette, et cependant nul doute à

---

trouve confondue dans un autre bureau avec un service tout différent, comme celui des chemins vicinaux, par exemple. Du reste, il n'est pas un des nombreux auteurs qui se sont occupés de ces questions, qui n'ait, d'autre part, reconnu que les diverses lois votées depuis quelques années en faveur de l'assistance ou de la protection de certaines catégories d'enfants, de malades ou de personnes, doivent surtout leurs grandes difficultés d'exécution, sinon leur inexécution absolue, à cette dissémination des services administratifs de même ordre.

Telle est l'opinion que nous avions récemment l'occasion d'émettre à notre tour, au nom de la Société de médecine publique de Paris, dans un rapport sur un projet analogue, mais généralisé à tous les départements, et dû à M. le docteur Drouineau (de La Rochelle). Cette institution d'un intermédiaire autorisé entre les médecins de l'Assistance et le préfet une fois admise, il reste à déterminer les attributions qu'on peut lui conférer. M. le docteur Liétard, s'inspirant des termes mêmes du décret de 1848 qui a constitué en France l'organisation des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, c'est-à-dire presque toute la partie consultative des services de médecine publique, propose d'attribuer à la direction sanitaire du département : les soins à donner aux malades pauvres, le service des épidémies, la vaccine, l'inspection des enfants assistés, la surveillance des aliénés non dangereux, remis à leur famille suivant des conditions particulières au département des Vosges, le service des enfants du premier âge, la surveillance des écoles primaires au point de vue hygiénique; il lui confie, en outre, cela va sans dire, le soin des études démographiques et statistiques intéressant le département, les rapports sur l'état sanitaire, l'organisation matérielle des services d'hygiène, de salubrité et de police médicale. Le département serait alors divisé en un certain nombre de circonscriptions, en prenant pour base la disposition topographique des clientèles, et les médecins sanitaires, appelés à exercer ces divers services, toucheraient

mes yeux sur la nature de la lésion épididymaire et sur l'existence antérieure d'une tuberculose génitale.

J'ai déjà observé trois ou quatre cas tout à fait comparables à celui-ci, et dans lesquels je n'ai pu me rendre compte de l'origine de ces tuberculoses circonscrites et ne portant nulle atteinte à la santé générale. J'ai toujours trouvé les causes classiques invoquées jusqu'ici tout à fait insuffisantes, mais je ne savais que mettre à la place. D'ailleurs mes observations remontant à une époque où l'étiologie des affections tuberculeuses était moins connue qu'à présent, je dois examiner le cas récent à la lumière des nouvelles doctrines.

Avant la blennorrhagie et l'épididymite consécutive contractée à seize ans, le jeune X. n'avait jamais en aucun point du corps présenté le moindre foyer tuberculeux. Depuis six ans, aucune manifestation de ce genre n'a paru dans les autres organes ; la santé est restée irréprochable ; à défaut de diathèse tuberculeuse, on ne peut pas même se rabattre sur une scrofulose latente, cette diathèse ne se retrouvant à aucun degré ni chez le jeune homme ni chez les ascendants et collatéraux.

Force est donc, en l'absence de toute infection générale et de toute localisation antérieure, d'admettre ici une tuberculose génitale primitive, isolée et restée telle depuis son apparition. Ceci recule simplement la difficulté, puisque d'après les conditions pathogéniques de cette forme de la tuberculose il faut suivre le microbe infectieux venu du dehors depuis sa pénétration dans l'économie jusqu'à son installation dans un organe fort éloigné des surfaces muqueuses et tégumentaires.

Lorsque je disais plus haut que l'invasion semblait être en certains cas à peu près impossible par les portes d'entrée qu'admettent les médecins et les expérimentateurs, j'avais en vue la tuberculose génitale. En effet, point de blessure à la peau, donc point d'inoculation traumatique; difficulté de comprendre la migration jusqu'aux voies génitales profondes de microbes introduits par les voies respiratoires ou digestives en laissant intacts les organes traversés.

Le mal, à la vérité, avait eu pour prélude une blennorrhagie et l'on sait le rôle qu'on a fait jouer à l'inflammation prétuberculeuse dans les localisations du tubercule, mais on peut dire des inflammations génitales comme des blessures, qu'elles sont incapables de créer un microbe quelconque ; qu'elles peuvent sans doute favoriser l'entrée du parasite qui erre aux alentours d'un foyer phlegmasique ou traumatique ; mais qu'il faut encore que le susdit microbe ait pu parvenir jusqu'à ce foyer par un chemin direct ou détourné, naturel ou artificiellement ouvert.

A. Verneuil.

(*A suivre.*)

La fièvre typhoïde devant l'Académie.

(Premier article.)

Voilà cinq mois et demi que l'Académie de médecine continue de maintenir à l'ordre du jour de ses séances l'étude de l'épidémie parisienne de fièvre typhoïde qui se terminait presque en même temps que se commençait cette discussion. Bien des sujets, il est vrai, ont été examinés à cette occasion, qui touchaient de plus ou moins près à la question spéciale, soulevée par M. Marjolin le 24 octobre de l'an dernier ; et les délibérations de la savante Compagnie se sont tour à tour adressées soit à l'étiologie et à la prophylaxie de cette affection à Paris, soit aux divers modes proposés pour son traitement. De plus, les rapports que le clinicien s'efforce aujourd'hui d'entretenir avec la physiologie expérimentale n'ont pas manqué d'entraîner cette discussion sur ce nouveau terrain, plus fécond encore en controverses. Il nous a donc semblé qu'il n'était pas sans un certain intérêt de chercher à résumer ces longs débats dans leur ensemble, suivant un certain ordre, afin d'en mieux comprendre le sens et la portée.

I. — Étiologie et prophylaxie.

La discussion actuelle est déjà en elle-même un signe des temps, pourrions-nous presque dire. Elle s'est produite en effet pour une épidémie d'une gravité relative et on y a laissé à peu près complètement de côté les questions de doctrine pathogénique, autrefois si ardemment disputées. Qu'aurait-on pu ajouter aux débats de 1877 ? Et quelles recherches scientifiques nouvelles sont venues affirmer ou contredire l'appréciation que, notre collaborateur, M. le docteur E. Vallin, émettait ici même en ces termes : « dès à présent on peut dire que la contagiosité de la fièvre typhoïde est plus apparente que réelle, et que cette apparence s'accuse surtout dans les localités où l'hygiène publique et la police médicale restent le plus en souffrance » (*Gaz. hebd.*, 1877, p. 51)? Sans doute le problème de la genèse de la fièvre typhoïde, à mesure que les ravages de cette affection « géographiquement ubiquitaire » ont augmenté, est étudié de tous les côtés ; mais combien ces

---

un traitement fixe, réparti par le préfet, sur la proposition du directeur, et suivant le chiffre de la population, les distances, les difficultés de route, etc. M. le docteur Liétard montre enfin qu'en portant à 10000 francs le traitement et les frais de bureau du directeur, à 600 francs en moyenne le traitement des 60 médecins sanitaires entre lesquels le service pourrait être réparti pour tout le département, à 10000 francs les frais de pharmacie exigés par la médecine gratuite, on arrive à un budget de 56000 francs. Comment couvrir cette dépense ? Il va de soi que le Conseil général peut faire aux communes une obligation de solder une quote-part déterminée des frais du service départemental si elles veulent qu'on s'occupe d'elles au point de vue de la médecine des pauvres; de fait, à défaut d'une contrainte légale, l'esprit de solidarité qui anime les communes du département des Vosges ne permet pas de douter, ainsi qu'on en peut citer maints exemples, que la moitié de la dépense des services sanitaires ne soit payée par les communes. Reste une somme de 28 000 francs, à laquelle M. Liétard propose de pourvoir par la part de l'Etat dans le service des enfants du premier âge, soit 7000 francs, par la part contributive égale (7000 francs) du département et par le traitement actuel (7000 francs) de l'inspecteur des enfants assistés dont le directeur sanitaire prendrait le titre ; il n'y aurait donc plus qu'un crédit nouveau de 7000 francs à inscrire au budget départemental et il n'est pas douteux que le Conseil général, partisan depuis longtemps déjà de cette organisation, s'empressera de la réaliser à des conditions aussi peu onéreuses.

Il y avait tout lieu d'espérer qu'un projet aussi peu complexe et qui tenait également compte de la législation existante et des intérêts multiples auxquels il avait pour mission de satisfaire, obtiendrait un favorable accueil de l'administration préfectorale. En effet, M. le préfet du département des Vosges ne tarda pas, avec une parfaite bonne grâce et un zèle des plus empressés, à le mettre à l'étude. Le projet

efforts isolés sont encore loin d'avoir fourni des conclusions générales! Si bien que l'un des auteurs qui se sont livrés à cette recherche avec le plus de compétence et de talent, M. le docteur Arnould, déclarait au récent Congrès d'hygiène de Genève, dans une remarquable étude critique : que « la fièvre typhoïde a les allures des maladies spécifiques, pour un certain nombre desquelles la nature parasitaire est démontrée ». Et il ajoutait qu'en tant que spécifique « elle n'est ni spontanée, ni engendrée de l'action banale des agents extérieurs; aussi est-il rationnel de la compter au nombre des maladies parasitaires; mais on ne saurait actuellement regarder le fait comme complètement acquis, en présence des divergences des expérimentateurs sur le type du parasite supposé, de l'incertitude des résultats cliniques obtenus par l'inoculation aux animaux et, surtout, des doutes légitimes qui règnent chez les médecins quant à l'aptitude à la fièvre typhoïde des espèces animales autres que l'homme ». On ne saurait donc s'étonner que les orateurs de l'Académie se soient principalement occupés des diverses circonstances de milieu et de réceptivité qui pouvaient être accusées dans la production de l'épidémie survenue à Paris au cours de l'été dernier. L'insalubrité de la capitale, tel a été l'objet constant des plaintes formulées à la tribune, et c'est à peine si l'aptitude personnelle plus ou moins grande de ses habitants à contracter, suivant leur âge, la fièvre typhoïde, est entrée en ligne de compte.

Mais, dans cette recherche si exclusive, un programme déterminé n'eût certes pas été sans quelque utilité. Il va de soi que les quatre conditions auxquelles doit satisfaire l'hygiène pouvaient servir de règle à cet égard et qu'il convenait de se demander si les habitants de Paris jouissent d'une abondante distribution d'eau potable, d'un air pur, s'ils absorbent des aliments non altérés et si enfin leurs demeures sont bien construites et comportent une prompte évacuation des immondices de toute sorte. Faut-il donc se borner à dire avec M. Rochard : « La fièvre typhoïde est fille de l'encombrement et de la malpropreté, en prenant ce mot dans son sens le plus étendu; il suffit, pour faire naître une épidémie, d'entasser un trop grand nombre de jeunes gens dans un local trop étroit »? Ce sont là les causes qui frappent les yeux de tout le monde, qui sont tangibles et par conséquent suspensibles; ce sont celles-là seules dont l'Académie s'est occupée. De fait, il n'a pas été difficile à plusieurs des orateurs de montrer que ces conditions d'insalubrité se trouvent fréquemment réunies à Paris et qu'elles y étaient rassemblées avec une intensité peut-être plus grande à l'approche de la dernière épidémie. MM. Noël et Henri Gueneau de Mussy, comme MM. Lagneau, Lancereaux, Proust et surtout M. Rochard, ont pu, en effet, montrer comment l'atmosphère parisienne était, chaque été, souillée et empestée par les émanations des très nombreuses usines insalubres qui couvrent la banlieue tout autour des fortifications et dans toutes les directions de la rose des vents; ils ont pu surtout établir quel singulier mélange d'eaux de sources et d'eaux de rivière était à chaque instant, et surtout pendant les périodes de moindre débit des sources, préparé dans les réservoirs municipaux par les ingénieurs et la Compagnie des eaux. Ils ont aussi montré comment les eaux de Seine et de l'Ourcq, constamment employées pour l'arrosage des voies publiques et souvent utilisées pour l'alimentation en eaux potables, sont puisées en aval de communes riveraines et d'usines qui y projettent tous leurs détritus et leurs immondices. Ils ont enfin justement incriminé l'imperfection et l'insuffisance de notre système de vidanges, représenté dans un grand nombre de nos demeures par des réservoirs permanents, désemplis seulement une ou deux fois par an, ailleurs par des tinettes mobiles, partout avec des tuyaux d'évent conduisant dans l'atmosphère ambiante les émanations des matières fécales, nulle part avec les siphons hydrauliques, si communément employés dans la plupart des pays, pour éviter les communications infectieuses avec l'air. Ni eau saine fréquemment, ni atmosphère salubre, et séjour prolongé des immondices soit dans les maisons, soit dans un réseau d'égouts insuffisant, comme le montrait M. Le Fort, tel est en résumé le bilan des plaintes que l'Académie a entendues pour ce qui concerne la salubrité générale. Ajoutons-y le tableau si émouvant et si douloureux, tracé de main de maître par M. Marjolin, de ces immondes taudis, qualifiés du nom de garnis, très nombreux dans les quartiers excentriques. C'est là que vient s'entasser la population ouvrière à son arrivée dans la capitale; et, circonstance aggravante, ainsi que l'a montré M. Rochard, d'après les recherches de M. Du Mesnil, cette population est en grande partie composée de jeunes gens possédant, par suite, en plus de leur inaccoutumance au séjour dans une grande ville et dans les milieux malsains où ils doivent se loger, la réceptivité pour la fièvre typhoïde particulière à leur âge. Il est aussi un autre groupe de la population, placé toutefois dans des conditions de salubrité incomparablement meilleures, mais qui n'en est pas moins, à ce dernier point de vue, des mieux

---

qu'il vient de soumettre à tous les médecins du département maintient, comme le précédent, la concentration de tous les services sanitaires en un service unique; à ce titre, il répond donc complètement aux desiderata les plus légitimes; il conserve aussi la répartition, proposée par M. Liétard, des voies et moyens concernant les ressources budgétaires. Cependant dans l'organisation proposée il n'est plus question du service des épidémies, pas plus que de quelques-unes des plus importantes parmi les attributions si complètes accordées aux Conseils d'hygiène par le décret de 1848; si bien que M. le préfet place un Comité central, spécial, auprès de la direction départementale et que dans ce Comité, où se trouveraient de hauts fonctionnaires du département et des membres du Conseil général, les membres délégués par les Conseils d'hygiène seraient appelés à exercer une partie seulement des pouvoirs dont ils possèdent la totalité dans ces dernières assemblées. Personne, que nous sachions, parmi tous ceux qui ont étudié, soit dans l'administration, soit à titre privé, la réorganisation de nos services de médecine publique, n'a jamais pensé qu'il y eût intérêt à disséminer les attributions des Conseils d'hygiène; et si la concentration, en pareille matière, est nécessaire au point de vue administratif, elle ne l'est pas moins pour le contrôle consultatif. Les Conseils d'hygiène n'ont vraiment pas mérité une telle déchéance et nous aimons à croire que le Comité central des services sanitaires des Vosges sera le Conseil central d'hygiène de ce département, ainsi que le vœu vient d'ailleurs d'en être émis par un grand nombre de médecins. Cette modification paraît d'autant plus indispensable que l'article 37 du projet impose aux médecins sanitaires, entre autres obligations, celle d'adresser annuellement un rapport « consacré aux épidémies et sur tout ce qui intéresse la santé publique » dans leur circonscription. De plus, la place étant régulièrement faite dans cette organisation aux Conseils d'hygiène, tous les services de médecine publique se trouvent du même coup assurés, autant du moins que la

aptes à la genèse comme à la propagation des épidémies typhoïques, nous voulons parler des jeunes soldats habitant les casernes situées dans l'intérieur de Paris ; il y a longtemps que ces casernes ont été mises en cause par le corps médical ; non seulement la maladie y a été maintes fois reconnue à l'état épidémique, mais on les accuse encore de produire souvent l'accroissement de la mortalité typhoïque dans les quartiers qu'elles occupent. Quelle est au juste la valeur de cette opinion? Elle ne se dégage pas encore très nettement et l'on peut se demander, comme MM. Maurice Perrin, Legouest et Léon Colin l'ont fait remarquer, si la population civile, atteinte elle-même par cette affection, n'est pas plutôt susceptible de contagionner la population militaire, milieu tout particulièrement favorable tant par l'âge des sujets que par l'encombrement trop souvent inévitable qui y règne ; si bien que dans les localités salubres, indemnes de fièvre typhoïde, la population militaire bénéficie elle aussi de cette salubrité, pourvu toutefois que la dissémination des hommes soit suffisante. Si en effet, parmi les causes de cette affection, il en est une qui soit admise sans conteste, c'est bien celle de l'encombrement; M. Léon Colin en a prouvé péremptoirement la réalité par l'étude des épidémies dans l'armée et M. Lagneau, avec ses relevés statistiques si précis, a corroboré cette preuve de façon à lever tous les doutes.

L'Académie de médecine, n'ayant pas pour cette fois à discuter les problèmes ardus, et toujours obscurs, de l'origine de la fièvre typhoïde, s'est donc en quelque sorte renfermée dans l'énumération des causes susceptibles de produire cette affection dans la ville de Paris ou plutôt de créer des conditions d'insalubrité manifestes. Les constatations que ses orateurs ont dû apporter à la tribune n'ont pas laissé que de surprendre un grand nombre d'auditeurs; et quoi! s'est-on dit, depuis plusieurs années les travaux de viabilité ont changé complètement l'aspect de la capitale; l'air, la lumière circulent à flots dans des quartiers percés autrefois de rues étroites; les demeures sont devenues grandes, largement ouvertes, l'eau est amenée presque partout et l'on vient encore nous parler d'insalubrité. Il ne faut pourtant pas se le dissimuler ; lorsque de grandes capitales entreprennent de tels travaux, il importe que ceux-ci ne se fassent pas uniquement dans un but d'apparat et il convient surtout d'en dresser le programme avec le souci le plusvif de l'hygiène publique, et après entente préalable à cet égard.

Qu'est-il arrivé, en effet? On s'est efforcé d'amener une quantité d'eau potable extrêmement abondante; mais il se trouve que la plus grande partie de cette eau est polluée par des résidus essentiellement infectieux; on a construit de magnifiques maisons dont les combles sont dépourvus des conditions de salubrité les plus élémentaires et dont les sous-sols sont constamment infectés par des émanations dangereuses; l'ouverture de voies nouvelles a repoussé à la périphérie une population qui a dû s'entasser dans des bouges que ne parviennent pas à faire oublier le faste et la splendeur des palais des quartiers du centre de la capitale. Et malgré tout, on n'a pas encore songé à réaliser les prescriptions hygiéniques dont l'efficacité est le mieux reconnue. Les discours de MM. Rochard, Lagneau, Proust, Bouchardat n'ont-ils pas montré que la pratique de la désinfection appliquée aux maladies contagieuses existait à peine à Paris, que l'isolement, aussi bien à domicile que pour le transport à l'hôpital ou dans le milieu hospitalier lui-même, semblait encore un mot vide de sens pour nos administrations publiques. C'est aussi qu'il a bien fallu se demander quelles étaient celles de ces administrations qui étaient responsables de cet état de choses et qu'alors on s'est aperçu que les soins de la santé publique étaient abandonnés à divers agents en sous-ordre, ayant des attributions indécises et ne possédant ni compétence, ni autorité. M. Proust a surtout insisté sur ce sujet et il a montré combien nous avions à souffrir de l'absence d'une véritable organisation sanitaire ; l'exemple des pays étrangers est là pour le prouver, et il faut reconnaître que partout où la médecine publique est confiée à un pouvoir réel, son efficacité n'a pas tardé à devenir manifeste, à tel point qu'aujourd'hui la mortalité par la fièvre typhoïde, dans une ville ou dans un pays, au même titre que la mortalité par les autres affections contagieuses, peut être considérée comme le réactif de la salubrité et la caractéristique de l'organisation sanitaire.

La nécessité de plus en plus urgente d'assurer l'application des prescriptions de l'hygiène, aussi bien dans la préparation des projets de l'édilité que dans l'administration journalière de la cité et dans les habitudes de l'existence de chacun des citoyens, tel est, en fin de compte, le résultat le plus net, la démonstration la plus évidente qui soit ressortie de ces débats. Mais il ne faut pas croire toutefois que le jour où Paris serait dotée d'une administration sanitaire analogue à celles de Bruxelles, de Londres, de Berlin, de Vienne, de Turin, de Lisbonne, de New-York, de Boston, etc., ses habitants n'auraient qu'à vivre en paix, sans se préoccuper des épidémies

---

situation de leurs agents offre les garanties toutes particulières que leur caractère professionnel impose.

Sans doute, en effet, l'administration a le droit d'exiger de ceux auxquels elle confie une mission aussi élevée quelques sacrifices d'indépendance, dans l'intérêt commun de tous les citoyens ; mais le caractère libéral des professions dont elle sollicite le concours, bien qu'en l'absence d'une législation également soucieuse des droits et des devoirs respectifs, nécessite néanmoins des ménagements multiples. Aussi faut-il savoir tout particulièrement gré à M. le préfet des Vosges d'avoir soigneusement effacé de son projet tout ce qui pouvait avoir même l'apparence d'une ingérence coercitive dans le ministère des médecins auxquels il fait appel. Il n'a pas dépendu de lui assurément que le mode de nomination des médecins sanitaires qu'il souhaite de voir installer n'ait d'autre désignation à son choix que les propositions du directeur du service ; en l'état actuel des choses et au début d'une telle organisation, il n'en saurait être autrement; malgré les périls d'une telle manière de faire; le jour viendra certainement où, comme dans un grand nombre de pays, les médecins sanitaires auront d'autres titres que la nomination administrative et où les préfets ou les maires pourront les choisir parmi ceux ayant fait des études spéciales de médecine publique, études garanties par un diplôme particulier.

Nous ne saurions ici examiner en détail les 55 articles de ce remarquable projet de règlement ; les amendements qui pourraient être apportés à quelques-uns d'entre eux importent d'ailleurs moins, à cette place et en ce moment, que l'impression générale que ce projet nous inspire. Souhaitons donc que, par la modification que nous avons indiquée, il soit en harmonie avec cette admirable organisation de la médecine publique, tracée de main de maître en 1848 et qui attend encore l'exécution complète demandée par le ministre Tourret et le rapporteur Royer-Collard ; alors ce règlement mériterait tout à fait le titre d'organisation des services sanitaires qu'il porte sur la couverture, au lieu de se borner à être, suivant l'arti-

qui les menacent. Il est une classe particulière de citoyens qui sont appelés à jouer un rôle important dans cette organisation, ce sont les médecins; car c'est d'eux que dépend la prophylaxie et ce n'est que par leur zèle à informer l'administration spéciale des cas d'affections contagieuses que la défense contre les épidémies peut être entreprise et effectuée. Or la négligence dont le corps médical parisien fait chaque jour preuve à ce sujet, l'insuffisance complète qui en résulte pour l'étude de la morbidité dans la capitale, feraient vraiment craindre pour l'organisation des services sanitaires, si nous ne savions pas que c'est là une affaire d'habitude et surtout d'éducation; le jour où la médecine publique aura trouvé place dans l'enseignement médical, il en sera chez nous comme dans tous les pays étrangers où un si précieux concours est entré dans les mœurs du corps médical. Alors seulement, d'ailleurs, les enquêtes sollicitées par le Conseil d'hygiène à la suite de cette épidémie, les Instructions prophylactiques proposées par lui auront chance de produire quelque effet. Les discussions futures pourront avoir des bases plus précises. Car il faut bien le reconnaître, dans les débats dont nous venons de chercher à dégager le sens et les conclusions, ce sont bien plutôt des impressions que des preuves manifestes qui ont été soumises à l'appréciation de l'Académie. Et cependant les recherches du service démographique de M. le docteur Bertillon, résumées par son fils dans le remarquable mémoire qu'il vient de publier, les données si précieuses, recueillies par M. le docteur Besnier et continuées par M. Du Castel, les investigations minutieuses de M. le docteur Miquel à l'Observatoire de Montsouris, permettraient d'avoir plus de certitude sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans la ville de Paris, si le corps médical voulait et savait assister de son indispensable concours ceux qui devraient être appelés à réunir tous les enseignements de ces diverses recherches, pour le plus grand bien des habitants et aussi pour le plus grand profit de la considération des médecins eux-mêmes dans la société.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie et anatomie pathologique.

Note sur les formes anatomiques de la tuberculose articulaire et l'évolution clinique des fongosités, par M. Maurice Pollasson, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Dans le cours de ces deux dernières années, j'ai, sur le conseil et sous la direction de mon maître, M. le professeur Ollier, examiné un grand nombre de pièces anatomo-pathologiques recueillies pour la plupart dans le service de la clinique et relatives à des ostéo-arthrites chroniques.

C'est le résumé de ces observations que j'exposerai dans ce mémoire, qui comprendra deux chapitres :

Le premier sera consacré à l'étude des processus tuberculeux dans les arthrites chroniques.

Dans le deuxième, je traiterai de la physiologie pathologique et de l'évolution clinique des fongosités, et je dirai quelles conclusions on en peut tirer au point de vue de la pratique chirurgicale. Les idées fondamentales émises dans cette seconde partie sont empruntées aux leçons de M. le professeur Ollier.

I. — Des formes anatomiques de la tuberculose articulaire.

La diathèse tuberculeuse détermine dans les articulations deux grandes classes de lésions; les unes ne diffèrent en rien des processus inflammatoires vulgaires : je ne m'en occuperai pas ici. Les autres paraissent relever de l'influence diathésique; je me bornerai à l'étude de ces dernières, et je les suivrai dans le cartilage, le tissu osseux, la synoviale. Comme parmi ces lésions il en est une, la fongosité, qui se présente avec des caractères identiques dans les divers tissus, je lui consacrerai une description particulière.

1° *Des lésions tuberculeuses observées dans les cartilages.* — La question de savoir si les cartilages peuvent être le siège de productions tuberculeuses n'est pas encore résolue. Une seule fois j'ai rencontré une disposition paraissant s'y rattacher par son aspect extérieur et sa constitution histologique. Cependant la singularité de cette lésion, l'absence de toute vascularisation du cartilage à son niveau pourraient faire naître des doutes. Je l'ai fait dessiner d'après une coupe (fig. 1).

Obs. I. — Languiard, douze ans, entré le 1er mars 1881, salle Saint-Sacerdos, pour carie du calcanéum et de l'astragale; lymphangite tuberculeuse. Aspect tuberculeux; pas de lésion pulmonaire; ganglions inguinaux tuméfiés. Sur le trajet des lympha-

---

cle premier, un service d'assistance médicale gratuite. L'harmonie même des services administratifs du département, ainsi que les articles ultérieurs le démontrent, a tout à gagner à une pareille centralisation. Quant au corps médical du département des Vosges, dont l'avis est sollicité avec tant de bienveillance, nous voyons bien quels motifs particuliers il peut avoir à demander le changement de tel ou tel point de détail, mais nous voyons encore mieux, au cas où il rejetterait ce projet en totalité, au lieu de l'adopter comme point de départ, quitte à l'amender encore par la suite, nous voyons bien, disons-nous, ce que ce rejet lui ferait encourir de responsabilité. Jamais il n'a eu d'occasion plus favorable de montrer à la fois son souci pour l'intérêt général, son dévouement à la santé publique, son propre esprit de solidarité, et de répondre à l'appel d'une administration aussi éclairée.

A.-J. Martin.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — (Choix.) M. Lèques (Marie-Joseph-Xavier), médecin principal de 2e classe, — (Choix). M. Fée (Mathieu-Félix-Eugène), médecin principal de 2e classe. — (Choix). M. Tarneau (Jean), médecin principal de 2e classe.

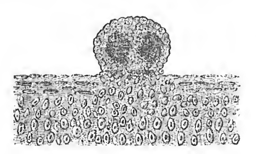
A trois emplois de médecin principal de 2e classe. — (Choix). M. Sommeillier (Victor-Henri-Albert), médecin-major de 1re classe. — (Choix). M. Cros (François-Antoine-André), médecin-major de 1re cl. — (Choix). M. Clandot (Maurice), médecin-major de 1re cl.

A trois emplois de médecin-major de 1re classe. — (Choix). M. Ribard (Louis-Gaston), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté). M. Defos du Rau (Hector), médecin-major de 2e classe. — (Choix). M. Clément (F.-X.), médecin-major de 2e classe.

A trois emplois de médecin-major de 2e classe. — 1er tour (ancienneté). M. Vuillemin (Jules-Ernest), médecin aide-major de 1re classe. — 2e tour (ancienneté). M. Thouvenin (Paul-Julien), médecin aide-major de 1re classe. — (Choix). M. Lotiis (Charles-François-Aimé), médecin aide-major de 1re classe.

tiques du membre inférieur, à la face postéro-interne de la jambe à la face interne de la cuisse, ulcérations fongueuses.

M. Ollier pratique, le 15 mars, l'ablation de l'astragale et l'évidement de la partie postéro-supérieure du calcanéum.



Bourgeonnement nodulaire isolé à la surface d'un cartilage.

Les fongosités prises dans le champ de la résection, chez ce malade, renfermaient des tubercules agminés, des follicules tuberculeux isolés et des cellules géantes. Les fongosités prises aux ulcérations situées sur le trajet des lymphatiques, présentaient des follicules tuberculeux. La lésion, qui nous intéresse ici, était située sur la surface cartilagineuse astragalienne de l'articulation sous-astragalienne postérieure, qui présentait une teinte légèrement bleuâtre. En plein cartilage s'élevaient trois petits nodules arrondis, du volume d'une tête d'épingle, d'un blanc rosé. Deux de ces nodules se confondaient par un point de leur circonférence; le troisième était isolé. Une coupe montra qu'entre eux et le tissu osseux sous-jacent existait une couche très nette de cartilage. Au microscope, on trouve à leur niveau les cellules superficielles du cartilage en voie de prolifération; chaque nodule est constitué par un amas de cellules embryonnaires. Sur le nodule dessiné on voit qu'en deux points les cellules se sont comme fusionnées, sont devenues moins distinctes; en ces points elles sont mal colorées par le carmin; il semble qu'elles vont se fondre en cellules géantes.

Je dois à M. le professeur A. Poncet une pièce anatomo-pathologique remarquable, qui présentait à s'y méprendre l'aspect d'une poussée de tubercules miliaires sur un revêtement cartilagineux. De l'avis de M. le professeur Ollier, l'illusion était complète. L'examen histologique démontra qu'il y avait là une fausse apparence de tubercule.

Obs. II. — Mouret (Antoinette), quinze ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 20 septembre 1882. Ostéo-arthrite suppurée de l'épaule; début aigu; bon état général. Le 11 octobre, résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. A la partie postéro-externe de la diaphyse, excavation tapissée de fongosités : à ce niveau, le cartilage de conjugaison est détruit, et la lésion s'étend dans l'épiphyse. Pus dans la cavité articulaire.

Nous avons à nous occuper ici des lésions de la surface cartilagineuse de la tête humérale. Cette surface est semée d'une quarantaine de granulations grosses comme une tête d'épingle, les unes grisâtres, les autres blanc jaunâtre, ressortant comme des granulations tuberculeuses sur la séreuse péritonéale; jamais disposition anatomique n'a mieux représenté le tubercule à l'œil nu; mais en touchant ces nodules avec la pointe d'une aiguille, on les trouve durs et présentant la sensation d'un petit fragment d'os.

La surface, en apparence cartilagineuse, paraît à la coupe très amincie, a un aspect fibreux et une consistance bien différente de celle du cartilage.

Au microscope, on voit que le cartilage a subi la transformation fibreuse sur la plus grande partie de son étendue. Sur quelques points seulement il reste de petits amas de substance cartilagineuse, et ces amas correspondent précisément aux nodules pseudo-tuberculeux de la surface; chacun de ces nodules est formé de cartilage resté inclus avec sa substance fondamentale et ses cellules au milieu du tissu fibreux, qui, dans le reste de la surface, s'est substitué au revêtement cartilagineux, sans que l'aspect extérieur soit notablement altéré.

On rencontre assez souvent dans les tumeurs blanches une lésion qui, à un examen superficiel, pourrait être considérée comme de la tuberculose du cartilage. Le cartilage est recouvert d'une membrane tomenteuse au-dessous de laquelle il n'est que peu altéré. On pourrait croire que cette membrane est produite à ses dépens, par prolifération des cellules cartilagineuses, et comme elle est essentiellement constituée par une agglomération de follicules tuberculeux, on serait amené à voir là une forme de tuberculose du cartilage. Il n'en est rien : cette membrane veloutée repose sur le cartilage sans y adhérer; en tirant sur elle, on la détache facilement, et on voit qu'elle se continue au pourtour des surfaces articulaires avec la synoviale, devenue tomenteuse et fongueuse, qui se comporte vis-à-vis du cartilage comme le chémosis vis-à-vis de la cornée.

Ainsi, à part notre premier fait, dont l'interprétation est douteuse, nous ne tirons de nombreux examens que des exemples de pseudo-apparences de tubercules.

Cependant les cas ne sont pas rares où des lésions tuberculeuses paraissent avoir leur point de départ exclusivement dans le cartilage ou le périchondre. Cela arrive notamment dans certains abcès froids des parois thoraciques, dont l'origine est non pas l'os ou son périoste, mais le cartilage ou son périchondre. J'ai observé, dans le service de M. Ollier, un cas de cette nature. Je résume cette observation, qui est un remarquable exemple d'abcès froid symptomatique de la région mammaire.

Obs. III. — Marie M..., née à Malaru, domestique, âgée de vingt-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1882 (service de M. Ollier). Cette malade entre pour une tumeur fluctuante du sein gauche; elle offre au cou des engorgements ganglionnaires suppurés avec fistules, et un gros ganglion indolent dans la fosse iliaque externe gauche.

On trouve à la partie interne du sein gauche, au contact des grains glanduleux faciles à sentir de la glande mammaire, une tumeur fluctuante sans adhérences à la peau, sans signes d'inflammation locale, qu'on prendrait pour une tumeur kystique si la présence de ganglions suppurés au cou n'appelait l'attention sur la possibilité d'un abcès froid. On trouve alors un point douloureux au niveau du cinquième cartilage costal, tout près du sternum; ce point douloureux est relié à la poche fluctuante par un cordon induré.

Le 31 mai, après ponction exploratrice qui révèle la présence du pus, M. Ollier enlève comme une tumeur la poche purulente, qui en dehors adhère au tissu glandulaire; il suit son prolongement interne, et arrive sur le cinquième cartilage costal, dénudé et présentant une surface jaunâtre. Il excise au bistouri la portion de ce cartilage, qui paraît altérée. Réunion de la plaie sur une grande étendue. Pansement de Lister. La malade sort guérie au mois de juillet.

Examen de la pièce. — La poche de l'abcès froid est une poche tuberculeuse. Quant au cartilage altéré, il présente des signes de chondrite, mais pas le moindre follicule tuberculeux.

2° *Des lésions tuberculeuses observées dans le tissu osseux.* — Je serai bref sur ce sujet, que j'ai moins spécialement étudié. Le nodule tuberculeux, visible à l'œil nu, se dissimule ou disparaît rapidement au milieu des autres lésions inflammatoires des ostéo-arthrites chroniques arrivées au degré où elles nécessitent une opération; je ne l'ai jamais rencontré dans les os enlevés par une résection ou une amputation. Là, comme dans le cartilage, comme dans les synoviales, il y a des apparences pseudo-tuberculeuses, ainsi que le démontre l'examen histologique. Par contre, j'ai plusieurs fois rencontré des granulations grises dans d'autres os de l'économie, en suivant les indications fournies par MM. Cornil et Ranvier, alors que les extrémités osseuses des articulations malades n'en contenaient pas ou n'en contenaient plus.

Le follicule tuberculeux avec ou sans cellules géantes s'observe fréquemment dans la forme de carie caractérisée par une raréfaction du tissu osseux avec production de tissu fongueux dans les cavités médullaires agrandies.

Dans les lésions qualifiées d'infiltration graisseuse, lie-de-vin, gélatiniforme, je n'ai pas trouvé d'élément tuberculeux; mais, pour les deux dernières formes, mes examens n'ont porté que sur un cas de chaque variété.

Il serait important de savoir dans quelle proportion numérique le tissu osseux est le siège initial de l'affection. Souvent les lésions sont tellement avancées et dans l'os et dans les parties molles, que, à moins d'idée préconçue, il est impossible de se prononcer.

Une seule fois la lésion semblait limitée à la synoviale, ou du moins il parut démontré par l'intégrité parfaite des surfaces articulaires que l'affection n'avait pas eu pour départ une lésion épiphysaire. C'était chez la petite malade de l'observation V, qui sera rapportée plus loin comme exemple de tuberculose miliaire des synoviales.

Au contraire, l'anatomie pathologique et la clinique permettent souvent d'assigner à la lésion une origine osseuse, soit que les signes de l'inflammation articulaire éclatent brusquement après une période où la lésion osseuse existait isolément, soit que l'examen des pièces anatomiques montre l'ouverture d'une cavité tuberculeuse dans l'article à la suite d'une perforation du cartilage ou l'envahissement par la périphérie de la jointure. On trouvera ces deux ordres de preuves réunis de la façon la plus évidente chez la malade de l'observation VI, qui nous montre une lésion épiphysaire du tibia momentanément guérie, entraînant plus tard un abcès froid articulaire, avec poussées de granulations miliaires après perforation de la surface du condyle interne.

Ce ne sont pas toujours les lésions épiphysaires, mais souvent aussi celles de la partie juxta-épiphysaire de la diaphyse qui peuvent être le point de départ de l'envahissement de l'article. M. le professeur Ollier appelle souvent l'attention de ses élèves sur cette origine possible. Quand il a insisté sur la fréquence des lésions osseuses dans cette partie de l'os qui est le siège du travail physiologique le plus intense, il n'a pas voulu parler seulement de ces ostéites aiguës liées au travail de la croissance, et que M. le professeur Gosselin décrit sous le nom d'*ostéites épiphysaires*. Pour M. Ollier, le nom d'ostéite juxta-épiphysaire n'implique pas une affection d'une nature déterminée, mais une localisation anatomique en rapport avec l'intensité du travail physiologique. Et il a soin de distinguer parmi les ostéites juxta-épiphysaires celles qui se rapportent à l'affection à laquelle nous avons fait allusion, celles qui se développent sous l'influence du traumatisme à la suite d'entorses juxta-épiphysaires, celles qui se développent sous l'influence d'un état diathésique, comme la tuberculose. Il y a donc des ostéites juxta-épiphysaires tuberculeuses; le traumatisme, et particulièrement l'entorse juxta-épiphysaire, peuvent jouer à leur égard le rôle de cause déterminante, comme dans les expériences de Schuller on voit, chez des chiens rendus tuberculeux, l'excitation traumatique d'une jointure déterminer l'évolution d'une arthrite tuberculeuse. Je ne puis insister plus longtemps sur ces considérations, qui sortent de mon sujet; mais je tenais à rappeler qu'un certain nombre d'arthrites tuberculeuses sont d'origine extra-épiphysaire, soit que la lésion, d'abord limitée à la diaphyse, ait gagné plus tard l'article par le périoste ou une autre voie, soit qu'il s'agisse de diaphyses incluses en totalité ou en partie dans la cavité articulaire.

3° *Des lésions tuberculeuses des synoviales.* — Elles peuvent être étudiées dans trois catégories de cas : 1° ceux où la synoviale présente une poussée de tubercules miliaires; 2° ceux où la synoviale est transformée en membrane pyogénique (abcès froid articulaire d'A. Bonnet); 3° ceux où la synoviale est devenue fongueuse (arthrite fongueuse).

a. *Tuberculose miliaire des synoviales.* — Le tubercule miliaire se rencontre dans les tumeurs blanches sous deux formes : tantôt sous forme d'éruption à la surface des synoviales, comme dans la tuberculose des séreuses, tantôt à l'état d'inclusion dans les fongosités. Je renvoie la description de cette deuxième forme aux pages où je traiterai des fongosités. Je donnerai dans ce paragraphe les quatre observations d'éruption miliaire que j'ai rencontrées.

Obs. IV. — Abd-el-Kader Zelde, âgée de vingt-deux ans, née en Kabylie, ourdisseuse à Lyon, entrée le 13 janvier 1882 à l'hôpital de la Croix-Rousse (service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. Pollasson). Cette malade, qui présentait depuis plusieurs années une lésion carieuse de la fourchette sternale, commença à souffrir du genou gauche au mois de janvier 1882, sans cause appréciable, sans rhumatisme antécédent.

A l'entrée, le genou se présente avec les caractères d'une hydarthrose aiguë avec douleurs vives, réplétion de la synoviale, choc rotulien; pas de fièvre. Comme la malade a des pertes blanches et dit souffrir en urinant, on soupçonne une arthrite blennorrhagique; pourtant l'existence de la lésion sternale laisse des doutes sur la cause réelle de l'affection.

Elle est traitée successivement par l'immobilisation avec compression ouatée, par les vésicatoires, par l'immobilisation dans un bandage silicaté.

Au 15 mars, M. Poncet reprend le service. Le genou étant toujours douloureux, tuméfié, moins nettement fluctuant, il applique des pointes de feu et immobilise dans un silicate. Du 15 mars au 15 juin, un troisième silicate. Au bout de ce temps, la tuméfaction et la douleur n'ayant fait que progresser, la malade s'amaigrissant, M. Poncet se décide à une intervention chirurgicale. Il ouvre avec toutes les précautions antiseptiques l'articulation du genou pour l'explorer, et, se trouvant en présence d'une synoviale semée de granulations tuberculeuses, il pratique l'amputation de la cuisse.

Depuis la malade a repris de l'embonpoint. La plaie d'amputation est cicatrisée (octobre 1882). L'état général est excellent. Les poumons sont sains.

Examen des pièces anatomiques (laboratoire de M. le professeur Pierret). — Les cartilages sont érodés. Les os présentent les lésions de la carie, mais pas de tubercules visibles à l'œil nu. La synoviale, épaissie, fongueuse par places, présente à sa surface une éruption confluente de granulations grises et jaunes, de volume variable d'un grain de mil à un grain de plomb n° 5. C'est comme une éruption variolique, sauf l'ombilication. L'éruption est surtout marquée au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Ces élevures sont des tubercules, à n'en pas douter, à l'œil nu et au microscope.

De plus, on *trouve dans l'épaisseur du muscle triceps, au-dessus et sur les côtés du cul-de-sac synovial, dans les espaces interfasciculaires, des granulations grises*, grosses comme une tête d'épingle. M. le professeur Pierret en a fait l'examen microscopique et a reconnu la disposition classique de la granulation grise.

Enfin, dans le tissu cellulaire sous-cutané, autour de l'article, on trouve des granulations grises et de petits nodules caséeux.

Il s'agit donc d'une tuberculose miliaire à forme subaiguë de la synoviale, avec poussée granuleuse dans le tissu cellulaire péri-articulaire sous-cutané, et dans le tissu cellulaire interfasciculaire du muscle triceps au pourtour du point de réflexion du cul-de-sac synovial supérieur.

L'observation suivante nous montre un cas de tuberculose miliaire à forme chronique.

Obs. V. — Caroline Dye, douze ans, née à Bourgoin (Isère), entrée le 10 juin 1882 à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Ollier. Cette malade appartient à une famille de tuberculeux. Elle tousse, et on trouve au sommet droit une respiration soufflante et une expiration prolongée qui fait craindre une tuberculose pulmonaire.

L'affection locale remonte à deux ans; elle débuta par de vives douleurs dans le genou droit, de la tuméfaction de l'article et de la gêne de la marche. Quelque temps après, M. le docteur Vincent constata l'existence d'une arthrite chronique avec épaississement de la synoviale, appliqua des pointes de feu et un bandage silicaté.

A l'entrée, on trouve le genou tuméfié, la synoviale épaissie, mais ne donnant pas la sensation de tissu fongueux dans la plus grande partie de la jointure. On trouve seulement, au niveau de la partie interne et du condyle tibial, une masse mollasse donnant la sensation d'une fausse fluctuation. Les mouvements de l'articula-

tion présentent une assez grande liberté. J'insiste sur ces deux signes : l'absence de tissu fongueux appréciable au toucher, sauf en un point, et l'intégrité relative des mouvements.

La petite malade est pâle, amaigrie, a le facies tuberculeux.

Un traitement rationnel longtemps prolongé n'ayant pas amené d'amélioration, M. Ollier se décida à une intervention chirurgicale.

Le 22 juin, opération. M. Ollier fait une incision en fer à cheval à concavité supérieure, embrassant la rotule. Il se propose d'explorer l'articulation et de pratiquer au besoin la résection du genou.

Il trouve la synoviale épaissie, couverte de granulations, les unes grises, transparentes, les autres jaunâtres; il pratique la décortication de la synoviale, explore avec soin les surfaces osseuses, surtout le condyle interne du tibia, qu'on aurait pu croire le point de départ de la maladie; mais, ne trouvant aucune altération des surfaces cartilagineuses, il ne croit pas devoir entamer les extrémités osseuses, et se contente de décortiquer la synoviale. Il draine largement l'articulation, et fait la suture du lambeau antérieur.

Octobre 1882. — A la suite de l'opération, il y a eu du côté du genou des fusées purulentes dans le creux poplité; puis les accidents locaux se sont apaisés, et actuellement la suppuration persiste par les drains qui ont été laissés en place, mais sans douleur et sans fièvre.

Par contre, l'état général est inquiétant; pendant quelques jours on a redouté l'invasion d'une méningite tuberculeuse, et aujourd'hui les lésions pulmonaires ne laissent aucun doute sur une mort prochaine.

Examen de la synoviale décortiquée. — Fongueuse sur une petite partie de son étendue, elle est ailleurs simplement épaissie, et offre un semis de granulations tuberculeuses saillantes, du volume d'une tête d'épingle, quelques unes beaucoup plus volumineuses. L'épithélium a disparu, et les éminences tuberculeuses sont revêtues d'une mince couche amorphe, colorée en jaune par le carmin. Chaque tubercule miliaire est constitué par un amas de follicules conglomérés, présentant ou non à leur centre des cellules géantes; quelques-uns sont en pleine dégénérescence caséeuse.

Parmi les nodules tuberculeux, les uns sont entourés par une rangée de cellules embryonnaires s'enfonçant sous forme de cloisons entre les divers follicules, tellement ordonnées qu'il est facile de reconnaître que l'agglomération forme un tout, une unité; les autres sont circonscrits par une véritable coque fibreuse. Un de ces derniers, qui présentait à l'œil nu une teinte jaunâtre, est formé par la réunion d'une douzaine de follicules élémentaires dont les cellules ont subi la dégénérescence caséeuse. Pour quelques-uns, la coque est en partie embryonnaire, en partie fibreuse; de sa face interne partent des prolongements eux-mêmes fibreux ou embryonnaires qui cloisonnent incomplètement le nodule et tendent à isoler les divers follicules élémentaires.

La synoviale est elle-même convertie en tissu embryonnaire, mal colorée par le carmin, et présentant dans son épaisseur des follicules isolés et des cellules géantes. On trouve çà et là des vaisseaux dont les parois à endothélium tuméfié sont entourées de cellules bien colorées par le carmin, disposées en une ou plusieurs séries de circonférences concentriques.

J'ai insisté un peu longuement sur l'examen anatomique de cette pièce. Dans les autres observations citées, l'examen portant sur les nodules visibles à l'œil nu nous a présenté un aspect analogue.

L'observation suivante nous offre un exemple d'une éruption granuleuse consécutive à l'ouverture, dans l'articulation, d'un tubercule enkysté, à contenu caséeux, situé dans l'épiphyse tibiale.

Obs. VI (personnelle). — Mme X..., âgée de cinquante-quatre ans, rentière, habitant à Bourgoin (Isère). Cette femme nie tout antécédent pathologique; pas de tuberculose dans les ascendants.

Quand je la vis pour la première fois, elle présentait à la partie interne et supérieure de la jambe gauche un orifice fistuleux ayant succédé à un abcès ouvert depuis quatre ans et s'étant développé sans douleurs. Je l'amenai à l'Hôtel-Dieu à la consultation de M. le professeur Ollier, qui explora le trajet : le stylet conduisait en pleine épiphyse tibiale jusqu'au voisinage de la surface articulaire. L'articulation du genou et ses mouvements étaient alors parfaitement indemnes, l'état général très satisfaisant. Néanmoins, M. Ollier, qui considère comme d'un pronostic très grave ces foyers épiphysaires à un âge avancé, me dit : « Dans un an, ce sera un cas d'amputation. » La malade ne voulut pas rester dans le service; on lui donna un traitement général, à la suite, la fistule se ferma, et la malade, se croyant guérie, fit en pèlerinage, et sans la moindre claudication, une marche de 8 kilomètres. Cette bonne santé apparente dura six mois, au bout desquels l'articulation devint brusquement le siège de douleur et de tuméfaction qui força la malade à s'aliter. Quand je la vis, au bout de quatre mois, elle présentait les signes d'une arthrite suppurée du genou avec fusées dans le creux poplité, douleurs intolérables et maigreur extrême. Je proposai l'amputation de la cuisse, que je pratiquai le 15 septembre 1882. Aujourd'hui, novembre 1882, la plaie d'amputation est cicatrisée, à l'exception d'une petite fistule correspondant au trajet d'un drain. Mais la malade présente sur la face dorsale de la main droite un abcès froid, lié probablement à une ostéite du cinquième métacarpien. En février 1883, la malade a succombé, sans lésions pulmonaires, à la suite de troubles stomacaux.

Examen des pièces anatomiques. — Dans l'épiphyse tibiale est une caverne remplie d'un magma caséeux; tout autour, le tissu spongieux est infiltré de pus. Le condyle interne présente à sa face articulaire une large perforation qui fait communiquer la caverne épiphysaire avec la cavité articulaire pleine de pus. Le reste des surfaces cartilagineuses est ulcéré ou présente l'altération velvétique. L'épiphyse fémorale ne présente aucune lésion tuberculeuse, mais elle offre l'aspect de l'infiltration graisseuse. La synoviale est transformée en une membrane pyogénique analogue à la paroi d'un abcès froid. Sur certains, et en particulier dans les culs-de-sac supérieurs ou fémoraux, des granulations nombreuses et jaunâtres, que le microscope indique être des tubercules conglomérés.

L'observation suivante montre également une arthrite tuberculeuse d'origine épiphysaire avec granulations visibles à l'œil nu à la surface de la synoviale, mais coïncidant avec d'abondantes fongosités.

Obs. VII. — Gay (Emile), âgé de trente ans, entré le 22 février 1882 (service de M. Ollier), actuellement dans le service. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux.

A dix-huit ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé; à la suite, le genou resta le siège d'une raideur qui n'empêchait pas le malade d'exercer sa profession de cultivateur. Depuis deux ans, il a eu au niveau du condyle externe trois poussées d'abcès qui s'ouvrirent spontanément.

A l'entrée, genou globuleux, fongueux, avec fistule au niveau du condyle externe. Le genou est ankylosé à angle de 120 degrés environ.

Le 21 mars 1882, M. Ollier pratique la résection du genou. Actuellement le genou est ankylosé; il ne reste plus qu'un trajet fistuleux. Le malade est en voie de guérison.

Examen des pièces anatomiques. — L'extrémité inférieure du fémur est presque saine. Le tibia est plus malade : sa surface articulaire présente en dehors une perforation conduisant dans une cavité épiphysaire.

La synoviale présente des fongosités abondantes riches en follicules tuberculeux isolés. Sur la synoviale moins altérée du cul-de-sac tricipital, on voit des granulations du volume d'un grain de mil. M. Ollier me donne une portion de cette synoviale granuleuse, qu'il décortique. Ces granulations sont des tubercules conglomérés.

A côté de ces quatre observations, où le microscope a révélé la nature tuberculeuse de l'éruption miliaire, visible à l'œil nu, nous devons dire un mot de quelques cas où nous croyions voir à l'œil nu des granulations tuberculeuses, et où l'examen histologique nous a montré une tout autre disposition. Ces faits sont importants à connaître, parce qu'ils montrent qu'il faut se défier de certaines apparences pseudo-tuberculeuses, et ne pas négliger l'examen microscopique, sous peine de grossir à faux le nombre des synovites tuberculeuses. Chez le malade de l'observation I, remarquable en ce qu'il présentait une lésion curieuse du cartilage et une lymphangite tuberculeuse, nous avions trouvé à la surface de la synoviale de petites élevures semi-transparentes du volume d'une tête d'épingle, simulant des granulations grises. Or ces petites élevures étaient de petits amas adipeux, des franges graisseuses oui ou non hypertrophiées, soulevant la synoviale. D'autres fois nous avons vu des élevures d'aspect analogue constituées par le tissu fibreux de la synoviale.

Nous insistons sur la nécessité de ne pas s'en laisser imposer par des pseudo-apparences de tubercules; d'autre part, nous croyons qu'un examen plus attentif des lésions révélera la présence de tubercules miliaires dans un plus grand nombre de cas.

b. *Cas où la synoviale est convertie en une membrane pyogénique.* — Cet état est caractérisé par la transformation de la synoviale en une membrane pyogénique avec réplétion de la cavité par du pus analogue à celui des abcès froids; on ne trouve pas ces productions exubérantes, ces masses sarcomateuses qui caractérisent l'arthrite fongueuse. C'est l'abcès froid articulaire d'Amédée Bonnet, qui l'attribuait à la diathèse purulente, mais avait saisi sa parenté avec l'arthrite tuberculeuse.

Histologiquement, cette lésion diffère de la synovite fongueuse par sa pauvreté en tissu embryonnaire présentant quelque aspect de vitalité; on y trouve une véritable infiltration tuberculeuse. Les follicules tuberculeux n'y sont pas disposés en groupes plus ou moins arrondis, comme dans les tubercules miliaires; ils se touchent tous, forment comme une nappe tuberculeuse. Nous verrons plus loin que l'absence presque complète de l'élément embryonnaire indique une gravité toute particulière. Bonnet considérait cette forme anatomique comme comportant un pronostic redoutable : l'anatomie pathologique nous en donne la raison.

Obs. VIII. — Chalumeaux (François), cinquante-trois ans, entré le 17 juillet 1882 (service de M. Letiévant, suppléé par M. Pollosson). Début, il y a un an, d'une arthrite du genou gauche qui a progressé malgré immobilisation, révulsifs, pointes de feu.

Le 11 août, arthrite suppurée avec fusées et fièvre. Amputation de la cuisse : réunion par première intention.

Examen. — Synoviale transformée en membrane pyogénique; articulation pleine de pus avec grumeaux caséeux. Dans l'épiphyse tibiale, cavité renfermant de la matière caséeuse, communiquant avec l'article par une perforation du condyle externe.

La synoviale est constituée par une nappe de follicules tuberculeux, non ordonnés en groupes arrondis, séparés par un tissu embryonnaire peu abondant, coloré en jaune par le carmin.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Réunion des Sociétés savantes à la Sorbonne.

Projet de loi sur les aliénés. — Science des Arabes. — Éruptions cutanées chez les ouvriers mineurs. — Pneumographe.

Ces réunions annuelles deviennent de plus en plus stériles en travaux de médecine, tandis que les travaux d'un autre ordre, soit dans les sciences naturelles, soit en histoire et philologie, en archéologie ou en géographie, s'y font remarquer par leur nombre et quelquefois leur importance. Nous ne voulons pas rechercher la cause de cette infériorité, et nous nous contenterons de résumer en peu de mots les rares communications de nos confrères, dont une même appartient à la science économique et sociale, représentée pour la première fois au Congrès par une section spéciale.

On a entendu à cette section un important rapport de M. Lunier concernant le *projet de loi sur les aliénés.* Après avoir montré que la loi de 1838 constituait une grande amélioration, et fait ressortir la nécessité de l'internement des aliénés, M. Lunier passe en revue les divers côtés de la question : placements volontaires, placements d'office, statistique. (Les aliénés étaient au nombre de 12 000 en 1838. Ils sont 50 000 aujourd'hui, sans compter une quarantaine de mille qui sont soignés à domicile; soit un total général de 90 000 aliénés.)

Les critiques contre la loi de 1838, qui datent de 1860-1862, visent surtout l'insuffisance de la surveillance dans les asiles, et la facilité trop grande d'admission. De nombreux essais et tentatives parlementaires se sont produits. Ils ont abouti, en 1881, à la nomination d'une grande commission qui a préparé les bases du projet de loi actuel. Ainsi, de nombreuses améliorations sont introduites. Les départements ne pourront plus traiter qu'avec des asiles *publics*. Des conditions spéciales sont introduites pour les aliénés criminels. On prononce une admission provisoire pour tout aliéné qui est mis dans un quartier d'observation. Un administrateur légal est établi dans tout asile, appelé, de suite, à administrer les biens du malade admis. Une surveillance beaucoup plus sérieuse est enfin organisée.

Ce rapport est suivi d'une assez longue discussion, dans laquelle sont reproduites la plupart des critiques, si connues, qui ont été dirigées depuis vingt ans (à propos de l'affaire Sandon) contre l'insuffisance des garanties offertes par la loi actuelle. M. Lunier a répondu à toutes les critiques sans contester l'opportunité de certaines améliorations.

— Dans la *section des sciences naturelles*, M. le docteur Bertherand a communiqué, au nom de la Société de climatologie d'Alger, un Mémoire sur la *science médicale des Arabes.* Il montre l'influence des pèlerinages de la Mecque et de la civilisation persane sur la diffusion des connaissances humaines, et rappelle l'importance relative des institutions des Arabes en matière d'hygiène et d'assistance publique.

— M. le docteur P. Fabre, médecin des mines de Commentry, fait une communication sur *les eaux dans les travaux de mine au point de vue de l'hygiène professionnelle.* Il indique les éruptions cutanées auxquelles sont sujets les ouvriers qui travaillent dans l'eau des mines, éruption différente suivant que celle-ci est croupissante, qu'elle est chargée de matières alcalines ou qu'elle contient de l'acide sulfurique.

— Enfin M. Bergeon a présenté *un appareil destiné à enregistrer la respiration.*

Le samedi 31 mars a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, la séance générale de clôture dans laquelle le ministre, en termes élevés et énergiques, a présenté l'enseignement supérieur comme le préliminaire indispensable de tout enseignement et montré son heureuse influence sur l'éducation morale des populations.

On sait que les *prix* autrefois décernés par le *Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes* ont été supprimés, et qu'il n'est plus décerné que des distinctions honorifiques; un de nos confrères, M. le docteur *Montano, missionnaire scientifique* aux Philippines et en Malaisie, a reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur et M. le docteur, *Viallanes* répétiteur à l'Ecole des hautes études, les palmes d'officier d'académie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 26 mars 1883. — Présidence de M. É. Blanchard.

Choc précordial. — MM. *N. Tzoanos* et *S. Kanellis* adressent une note relative à une « nouvelle théorie de la production du choc précordial ». Le *Compte rendu* de l'Académie ne fournit sur ce mémoire aucune indication. (Commissaires : MM. H.-Milne Edwards, Marey.)

Dosage des matières extractives et du pouvoir réducteur de l'urine. Note de MM. *Etard* et *Ch. Richet.* — Presque tous les dosages faits dans la pratique médicale ne sont que des dosages de l'urée. Le procédé des auteurs repose sur la comparaison de l'action du brome sur l'urine, en solution acide et en solution alcaline. En solution acide, le brome n'attaque ni l'urée, ni la créatinine, ni la créatinine, ni l'acide hippurique, ni la xanthine : il attaque l'acide urique et les matières dites extractives. En *solution alcaline*, il agit sur toutes les substances précitées. En général, on se borne à doser le volume de l'azote qui se dégage dans cette réaction. Mais les matières azotées, autres que l'urée, ou ne donnent pas d'azote, ou en fournissent des quantités insignifiantes : par conséquent, le volume de gaz obtenu ne peut exprimer rien de précis sur la quantité totale des matières organiques,

tandis qu'on obtient un meilleur résultat en évaluant le pouvoir réducteur de ces matières vis-à-vis d'une solution donnée d'hypobromite alcalin.

Les auteurs dosent l'hypobromite par le chlorure stanneux acide, en employant la coloration de l'iode comme indice. En faisant réagir une quantité connue d'hypobromite sur l'urine, comme on peut, à l'aide d'une liqueur stanneuse titrée, apprécier la quantité d'hypobromite excédant, la différence indiquera le pouvoir réducteur de l'urine vis-à-vis de l'hypobromite. Ce pouvoir réducteur est dû, en grande partie, à l'urée. Or l'expérience montre qu'une solution titrée d'urée pure est complètement détruite par l'hypobromite, et qu'on trouve, par cette méthode, le chiffre théorique qui correspond à l'équation bien connue de la décomposition de l'urée. Rappelons que, par la mensuration du gaz azote qui se dégage, on ne trouve jamais plus de 95 pour 100 du chiffre théorique.

Les substances autres que l'urée, comme l'acide urique (qui ne donne que 40 pour 100 de l'azote théorique), comme la créatine (qui ne donne que 60 pour 100 de l'azote théorique) et les matières extractives qui ne dégagent pas d'azote, sont attaquées par l'hypobromite. Aussi trouve-t-on une différence très notable, et qui est toujours dans le même sens, entre le dosage par les appareils à gaz et le dosage par le titrage de l'hypobromite. Un tableau fait voir que cette différence, quelquefois faible, comme de 34 au lieu de 32, est quelquefois considérable, comme de 4,2 au lieu de 2,5, au profit de la méthode des auteurs.

Le brome en *solution acide* attaque l'acide urique dans les proportions exigées pour sa transformation en alloxane et urée; mais, en supposant que l'urine contienne 1 gramme d'acide urique par litre, ce corps ne prend que la dixième partie environ du brome qui est absorbé par 1 litre d'urine. Ce sont les matières extractives qui absorbent ainsi les neuf dixièmes du brome mêlé à l'urine. 1 litre d'urine absorbe en poids d'oxygène 2 décigrammes à 2 grammes, dans les conditions normales, suivant les différences de concentration.

La perception des couleurs et la perception des formes. Note de M. *Aug. Charpentier*. — En poursuivant l'analyse des sensations visuelles considérées à leur plus faible degré d'intensité, l'auteur a découvert plusieurs faits qui sont de nature à jeter un certain jour sur la théorie physiologique de la perception des couleurs. Il a établi dans une note précédente (17 juillet 1882) que la clarté nécessaire et suffisante pour distinguer les uns des autres, dans une obscurité absolue, plusieurs points lumineux, ne dépend pas de leur nombre ni de leur écartement (dans les limites d'étendue de la *fovea centralis*). Il a reconnu depuis que la loi est la même quand ces points, au lieu d'être éclairés par une lumière blanchâtre plus ou moins complexe, reçoivent des rayons d'une seule couleur. Dans ce dernier cas, on sait que l'on perçoit la couleur avant de distinguer nettement les uns des autres les différents points de l'objet (Note du 27 décembre 1880), ou, d'une façon plus précise, la perception de la couleur se produit à une clarté moindre que la perception de la forme. Or la quantité de lumière nécessaire pour percevoir la couleur de ces points varie-t-elle avec le nombre de ceux-ci? Des expériences récentes ont prouvé à M. Charpentier qu'il n'en était rien, et que des points colorés de même diamètre, quels que fussent leur nombre et leur écartement, avaient besoin de la même clarté minimum pour que l'œil pût reconnaître leur couleur (dans l'obscurité).

Il existe, au contraire, une relation intime entre la perception de la couleur et la distinction des points lumineux. En effet, prenons un objet composé de plusieurs points de même diamètre, objet que nous pourrons éclairer avec des couleurs de différente nature et de différente provenance; nous déterminerons, d'une part, l'éclairement nécessaire et suffisant pour faire reconnaître la couleur de cet objet, et, d'autre part, la plus faible clarté qui puisse faire distinguer nettement ses points les uns des autres. La comparaison de ces deux quantités nous donnera de précieux renseignements sur le mode d'action des divers rayons du spectre.

L'expérience, dit l'auteur, a été faite et avec des verres colorés et avec des rayons spectraux d'origine solaire; voici ce qu'elle m'a appris : *quelle que soit la couleur pure employée, il existe pour un même objet un rapport constant entre la quantité de lumière correspondant à la perception de cette couleur et la quantité de lumière correspondant à la distinction nette des points lumineux.* En d'autres termes, pour reconnaître la couleur d'un objet multiple et recevant des rayons monochromatiques quelconques, il faut toujours une même fraction de la quantité de lumière employée pour distinguer ses différents points les uns des autres. Cette fraction est sensiblement égale à un tiers pour des points de 4/10 à 7/10 de millimètre de diamètre, placés à une distance de 20 centimètres de l'œil.

Il est donc probable que la notion de couleur dépend de l'excitation des mêmes éléments que ceux qui servent à la perception des formes. Quant à la sensibilité lumineuse, elle se comporte d'une façon bien différente, et spéciale pour chacune des couleurs du spectre.

Si l'on détermine, pour un même objet et pour un même état d'adaptation de la rétine, quel est le rapport existant entre la quantité de lumière qui correspond à la perception de la clarté et celle qui correspond à la distinction des points de l'objet, on voi que ce rapport va en diminuant depuis le rouge jusqu'à la partie la plus réfrangible du spectre lumineux. En d'autres termes, il y a un intervalle d'autant plus grand entre la sensation lumineuse brute et la distinction des points d'un objet que l'on opère avec des rayons plus rapprochés du bleu et du violet...

Il y a donc, à n'en pas douter, deux actions bien distinctes des rayons lumineux sur l'appareil visuel : l'une qui donne naissance à la perception rudimentaire de clarté, à peu près également répandue sur tous les points de la rétine, comme nous l'avons montré avec M. Landolt; l'autre qui agit plus efficacement au centre de la rétine, et qui donne lieu, d'une part, à la sensation de couleur, d'autre part à la distinction des points lumineux multiples. Nous présenterons, dans une prochaine Note, de nouveaux faits qui viendront préciser et élucider cette conception.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Chavernac* (d'Aix) envoie un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel*, et sollicite d'être inscrit parmi les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division.

M *Marage* envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, et qui renferme, d'après le dépositaire, le plan d'un *sphygmomanomètre*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Jules Arnould*, son *Rapport* au congrès international d'hygiène de Genève en 1882 *sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde;* 2° au nom de M. le docteur *Chipault* (d'Orléans), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode en solution;* 3° de la part de M. le docteur *Daguillon* (de Pontivy), une brochure intitulée : *Etude sur un manuel de l'assistance publique en province.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur *Deniau*, une brochure *sur l'hystérie gastrique.*

M. *Larrey* fait hommage, de la part de M. le docteur *Mallez*, d'un *Formulaire des maladies des voies urinaires.*

M. *Bucquoy* présente un mémoire de M. le docteur *Heulhard d'Arcy*, sur *les épidémies de fièvre typhoïde à Clamecy en* 1880, 1881 *et* 1882. (*Commission des épidémies.*)

Les découvertes microbiennes récentes devant la médecine. — Les critiques présentées par M. Peter, dans la dernière séance, au sujet de l'importance, au point de vue médical, des découvertes microbiennes récentes, ont fourni à M. *Bouley* l'occasion de défendre de nouveau devant l'Académie et ces découvertes et l'influence qu'elles sont appelées à exercer. Après avoir regretté que M. Peter, malgré sa haute situation et son caractère professoral, ne craigne pas de montrer un tel dédain pour « cette science nouvelle inaugurée par les travaux de M. Pasteur », l'orateur relève tout d'abord ce qu'il y a de singulier à prétendre trouver dans les développements purement spéculatifs d'écrits antérieurs la

priorité de découvertes expérimentales; il faudrait donc alors reconnaître comme précurseurs des savants tels que Varron qui, vingt-sept ans avant notre ère, pensait déjà que les affections contagieuses avaient peut-être leur origine dans des germes extérieurs? Quel rapport peut-on raisonnablement établir entre ces vues de la pensée et les faits expérimentaux qui, comme il arrive pour ceux indiqués par M. Pasteur, ne sont mis au jour que lorsqu'ils peuvent être l'objet d'un contrôle complet et incessant, contrôle qui ne les a jamais trouvés en défaut?

M. Bouley s'étonne ensuite du dédain montré par M. Peter pour la découverte de divers microbes dans certaines maladies contagieuses et de leur atténuation; bien loin de se demander quel intérêt la médecine peut y prendre, il convient plutôt de reconnaître tout le bénéfice que celle-ci peut en tirer et les clartés ainsi apportées au milieu des obscurités du passé. Est-il donc indifférent de savoir désormais que la virulence est fonction d'un élément vivant, susceptible de pulluler? Certains de ces éléments ont pu être isolés; on est sur la voie de la découverte des autres; et ceux que l'on connaît, on a pu les cultiver, les faire évoluer dans des conditions de simplicité véritablement remarquables, en sorte que ce qui se passait jusqu'à présent dans notre économie sans qu'il nous fût possible de nous en rendre compte, nous pouvons aujourd'hui le voir sans peine dans un bocal d'expériences. De plus, il devient possible d'étudier la contagion dans ce qu'elle a de fondamental et d'en donner la démonstration objective; car une goutte du liquide bactérien de culture peut servir à son tour pour ensemencer un nombre infini de cultures semblables. N'est-ce pas là la véritable contagion? On peut, il est vrai, si l'on est philosophe, comme M. Peter aime à le dire de lui-même, trouver une grande différence entre l'homme et les animaux, au point de vue de l'inoculation; en quoi diffèrent cependant, à cet égard, le boucher qui s'inocule la bactéridie charbonneuse par l'éraflure de sa peau et le mouton auquel on l'inocule? La seule différence de la médecine humaine, c'est la symptomatologie, mais en ce qui concerne les altérations anatomo-pathologiques, il n'y en a pas entre le mouton et son berger atteints du même mal. — M. Peter s'est aussi demandé quel intérêt peut avoir la découverte d'un microbe dans la tuberculose et il lui a paru sans importance de savoir ou non si le tubercule renferme un élément vivant, spécial, dont la signification pathologique serait la même que celle de l'œuf d'un échinocoque dans un kyste. N'est-il pas plutôt permis de se demander, riposte M. Bouley, quelle valeur une découverte de ce genre pourra avoir dans l'avenir? Les merveilles scientifiques de nos jours ont toutes procédé de faits aussi simples en apparence. Faut-il se moquer d'expériences comme celle de M. de Froschauer concernant l'influence de l'acide sulfhydrique sur certaines fermentations, comme celle de la clavelée; on y trouvera peut-être quelque jour l'origine d'une thérapeutique prophylactique contre la variole; on y verra peut-être aussi l'explication de cette immunité généralement reconnue des vidangeurs pour les affections contagieuses; ou encore de l'antagonisme habituel entre la phthisie et la fièvre palustre, etc.

Abordant ensuite l'examen des procédés obtenus de divers côtés pour l'atténuation des virus de manière à constituer une méthode générale de « vaccinification », M. Bouley fait l'historique des recherches entreprises à ce sujet et rend compte des résultats jusqu'ici obtenus par la vaccination charbonneuse. Actuellement la mortalité a été dix fois plus faibles chez les animaux vaccinés que chez ceux qui ne l'ont pas été; c'est là le fait général qui ressort de l'ensemble des expériences tentées dans les divers pays. Il est facile de rechercher les cas d'insuccès constatés dans une pratique nouvelle et d'insister uniquement sur ceux-ci; mais il est plus malaisé de faire croire qu'ils infirment un résultat général aussi satisfaisant et aussi précieux pour l'agriculture comme pour la science en général. M. Peter, se plaçant au point de vue de la médecine humaine, a paru craindre que, lorsqu'on aura découvert les vaccins de toutes les affections contagieuses, l'homme doive passer son temps à se les faire inoculer; M. Bouley montre ce que cette crainte a de contraire à l'appréciation rigoureuse des faits. Sans doute, nous n'aurions pas besoin, à l'heure actuelle, de nous faire inoculer le vaccin du choléra, s'il était découvert; mais ne serait-il pas bon de prémunir par ce vaccin les populations de l'Inde? De même, si l'on possédait ce vaccin de la fièvre jaune, que M. Pasteur, s'enfermant l'an dernier au lazaret de Pauillac, n'a pas craint, par un sublime exemple de courage scientifique, d'aller chercher sur place, croit-on qu'il faudrait dédaigner d'inoculer ce vaccin aux médecins de notre marine, si cruellement décimés par le fléau? Si le vaccin de la rage était découvert, quelles difficultés pourrait-on faire de l'inoculer aux chiens? Si celui de la syphilis était inoculable, n'y a-t-il pas certaines personnes qu'il serait utile d'engager à se placer sous ce palladium?

En somme, et pour résumer en quelques lignes cet important discours qu'il faut lire en entier au *Bulletin*, il n'y a pas de différences fondamentales, au point de vue des lésions, entre certaines affections contagieuses humaines et les mêmes affections chez les animaux; la découverte d'éléments microscopiques vivants, causes nécessaires de la contagion de ces affections, a conduit à celle de l'atténuation des virus et à l'étude rationnelle des conditions suivant lesquelles le milieu intérieur peut être et est influencé par le milieu extérieur. Ces découvertes sont incontestables et leurs effets ne sauraient être infirmés par des insuccès partiels, le plus souvent expliqués. Il y a là tout un ensemble de progrès scientifiques que la médecine humaine ne saurait rejeter sous peine de vouloir rester dans les tâtonnements de l'esprit d'induction et de rejeter le bénéfice d'applications dont la valeur est chaque jour démontrée par les faits.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Paralysie infantile : M. Damaschino. — Rapport sur le mémoire de M. Roussel (de Genève) sur la transfusion : M. Zuber (discussion). — Bothriocéphales : MM. Tenneson et Duguet. — Ulcération linguale : M. Guyot. — Un nouvel antipyrétique, la kairine : M. Hallopeau.

M. *Damaschino* présente, en son nom et au nom de M. Archambault, un mémoire sur un cas de paralysie infantile. Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, atteint de phénomènes paralytiques récents, après avoir présenté pendant vingt-quatre heures des symptômes de malaise, de courbature et de fièvre; la paralysie affectait une disposition croisée, le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche étant particulièrement atteints. Admis à l'hôpital, cet enfant y contracta une rougeole, bientôt compliquée de broncho-pneumonie grave, et succomba au vingt-sixième jour de l'évolution de son affection spinale. A l'autopsie on constatait des lésions médullaires très nettes : au niveau des renflements cervical droit et lombaire gauche existaient des foyers inflammatoires évidents et quelques autres petits foyers, disséminés à différentes hauteurs, dans les cordons antérieurs. Ces foyers de ramollissement rouge présentaient une injection vasculaire considérable avec développement des vaisseaux; ceux-ci apparaissaient à la coupe, remplis de globules rouges pressés, et leur gaine lymphatique, plus ou moins irrégulière, renfermait une multitude de corps granuleux dont le noyau se colorait facilement par le carmin. En outre, les cellules des cornes antérieures étaient notablement atrophiées. Avec l'acide osmique, il était possible de distinguer dans l'épaisseur des cordons antérieurs de la

mnelle des lésions dégénératives, analogues à celles des racines antérieures; ces lésions, du reste, n'occupaient pas toute l'épaisseur des cordons antérieurs, le faisceau pyramidal et le faisceau de Turck étant absolument indemnes. Aucune altération des cordons postérieurs.—La coexistence des lésions des cellules, des tubes nerveux et des vaisseaux, à une époque si rapprochée du début de l'affection, ne permet pas de savoir quel est, parmi ces divers éléments, celui dont l'altération a été primitive.

— M. *Millard* annonce à la Société la mort du professeur Lasègue et prononce quelques paroles de regrets au sujet de la perte de cet éminent collègue.

— M. *Zuber* donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Roussel (de Genève) sur la transfusion du sang. Il rappelle que l'appareil de M. Roussel a subi un perfectionnement réel, permettant d'opérer la saignée par le procédé ordinaire avant d'appliquer la ventouse annulaire sur le bras du donneur de sang; c'est là une condition de sécurité appréciable. Comparant alors la méthode ancienne de transfusion à ciel ouvert avec la méthode proposée de transfusion directe à l'abri de l'air, il est d'avis que cette dernière est préférable, et que l'instrument inventé par M. Roussel est le meilleur qui ait été jusqu'ici construit dans ce but. Il fait d'ailleurs quelques réserves au point de vue de l'utilité thérapeutique de la transfusion. M. Zuber conclut en proposant à la Société : 1° d'adresser des remerciements à M. Roussel pour sa communication intéressante; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

M. *Millard* a eu l'occasion de faire une seule fois la transfusion en ville, chez une malade épuisée par des métrorrhagies répétées symptomatiques de fibromes utérins. A la suite d'une consultation avec les docteurs Tarnier et H. Hirtz, l'urgence de la transfusion fut établie dans les derniers jours du mois de décembre, et l'opération fut pratiquée le 2 janvier 1883. Ce fut M. Roussel, auquel on s'était adressé, qui opéra lui-même avec son appareil. M. Millard n'a jamais assisté à « un plus triste spectacle » et déclare devoir « se reprocher toute sa vie » d'avoir provoqué une semblable intervention. Après avoir fait tout d'abord une *saignée blanche* avec son appareil spécial, M. Roussel ne put ensuite réussir à introduire la canule à injection dans la veine de la malade, et ce fut dans le tissu cellulaire du bras qu'il transfusa le sang, obtenu seulement par une seconde saignée; M. Millard lui ayant fait remarquer le thrombus énorme qui se développait, il proposa de recommencer sur l'autre bras, et cette fois ce fut M. Hirtz qui dut découvrir la veine. La transfusion put enfin être faite, mais la malade mourut le lendemain. M. Millard a éprouvé une pénible surprise en constatant dans ces circonstances « le peu de succès de l'appreil et le peu d'habileté de l'opérateur ».

M. *Zuber* fait observer que l'inhabileté de l'opérateur n'implique pas que l'appareil soit mauvais; il a dit, dans son rapport, que l'appareil de M. Roussel était actuellement le meilleur pour opérer la transfusion.

M. *Dumontpallier* avait prié M. Roussel de venir faire une transfusion dans son service; sans vouloir insister sur sa façon d'opérer, il doit reconnaître que la canule ne put être introduite dans la veine, et que, sur l'observation très juste du malade, qu'*au lieu de lui donner du sang on lui en faisait perdre*, on dut renoncer à pousser plus loin cette tentative malheureuse. Ce malade, dont l'épuisement était dû à un empyème, a d'ailleurs parfaitement guéri et est aujourd'hui vigoureux et bien portant. — M. Dumontpallier croit que la grande difficulté de la transfusion consiste à mettre à nu la veine du malade et à y introduire la canule du transfuseur; c'est très simple sur le cadavre, mais chez l'homme vivant c'est tout différent. Quant à la nature du sang à injecter, il ne pense pas qu'elle ait une bien grande importance; on sait en effet qu'avec du lait et même de l'eau, on a obtenu parfois de véritables résurrections.

M. *Damaschino* a essayé plusieurs fois les transfusions d'eau ou de liquide ascitique chez les cholériques; il a toujours eu de la peine à découvrir la veine et à y introduire la canule. Les malades d'ailleurs n'ont pas guéri.

M. *Zuber* fait remarquer que cette difficulté a été signalée par tous les auteurs, mais il croit que là n'est pas la question; elle se pose en ces termes : l'appareil de M. Roussel est-il le meilleur jusqu'ici pour pratiquer la transfusion?

M. *E. Labbé* se déclare partisan convaincu de la transfusion; il l'a pratiquée deux fois chez une même malade, avec l'aide de M. Mathieu; cette femme, épuisée par d'abondantes métrorrhagies, a fini par succomber, mais elle avait retiré de la transfusion un bénéfice marqué. Il est d'avis que l'appareil de M. Roussel est préférable à celui de Mathieu.

M. *Dumontpallier* croit qu'avec le transfuseur de M. Roussel on n'est nullement renseigné sur la quantité de sang que l'on injecte; passe-t-il réellement 10 grammes de sang dans la veine du malade à chaque pression sur l'ampoule de caoutchouc? — S'il se résignait à pratiquer encore la transfusion, il n'aurait certes pas recours à cet appareil.

Les conclusions du rapport de M. Zuber sont mises aux voix et adoptées.

— M. *Tenneson* a été consulté, au mois de janvier, par un jeune homme ayant habité longtemps les bords des lacs de Genève et de Lausanne, et qui lui montra de longs fragments de vers intestinaux qu'il avait expulsés peu auparavant. Les matières fécales de ce malade renfermaient une innombrable quantité d'œufs de bothriocéphale, et les débris rendus présentaient des pores génitaux médians grisâtres; le doute n'était donc pas possible, et M. Tenneson prescrivit la pelletiérine Tanret. De nombreux fragments furent encore rendus, mais sans la tête de l'animal; d'ailleurs, d'après la forme et l'apparence des morceaux du ver intestinal, on pouvait soupçonner la présence chez le malade de trois bothriocéphales distincts. Une nouvelle ingestion de pelletiérine échoua de la même manière; ce que n'a jamais constaté M. Tenneson dans le cas de *tænia solium*. Il prescrivit alors l'électuaire suivant : poudre et extrait éthéré de fougère mâle, ãã, 8 grammes; poudre inerte, q. s.; puis une demi heure après : huile de ricin, 30 grammes. Le succès fut complet, et trois bothriocéphales entiers furent expulsés. Dès le lendemain les selles ne renfermaient plus d'œufs du parasite. M. Tenneson insiste sur ce fait qu'il n'a pas cru devoir attendre, après l'insuccès d'un premier anthelminthique, que de nouveaux fragments du ver aient apparu dans les garde-robes, et que néanmoins il a réussi à guérir entièrement son malade.

M. *Duguet* présente également un bothriocéphale dont il a obtenu l'expulsion chez une jeune femme de vingt-quatre ans au moyen des pilules de Péchier, à l'extrait de racine de fougère mâle. Cette jeune femme, qui avait séjourné deux fois en Suisse, se plaignait depuis un certain temps de douleurs abdominales avec sensation de soubresauts, ainsi que de cardialgie, de vomissements et de pertes de connaissance; elle avait rendu, peu auparavant, un *ruban* plat et blanc dans ses garde-robes. Il était facile de reconnaître sur ce fragment du ver les caractères distinctifs du bothriocéphale. Vingt pilules de Péchier, administrées le soir en deux fois, amenèrent l'expulsion du parasite. La tête ne fut pas retrouvée dans les selles, mais on y constata des fragments du ver d'une ténuité extrême. D'ailleurs, la malade n'éprouve plus aucun phénomène anomal et M. Duguet se réserve, dans trois mois, de vérifier si les selles contiennent de nouveau des œufs de bothriocéphale, ou si l'absence définitive de ces œufs permet d'affirmer la guérison complète.

—M. *Guyot* fait voir de nouveau à ses collègues le malade atteint d'une ulcération de la langue, qu'il avait présenté à la Société dans la séance du 23 février (voy. le n° du 9 mars). Malgré le traitement par la peptone mercurique proposé par M. Martineau, la lésion n'a pas guéri; elle a d'ailleurs subi des modifications qui montrent bien qu'elle n'est pas de nature syphilitique, ainsi que MM. Martineau et Gouguenheim l'avaient pensé. On voit à la surface un certain nombre de petits points blanc jaunâtre qui indiquent la nature tuberculeuse de l'ulcération.

M. *Millard* croit que l'hésitation n'est plus permise; c'est une ulcération tuberculeuse; sa ressemblance avec d'autres ulcérations linguales de cette nature, présentées à la Société par M. Féréol, est frappante à première vue.

—M. *Hallopeau* fait connaître l'action antithermique remarquable de la *kairine* dans la plupart des pyrexies. Ce médicament, administré à la dose de 50 centigrammes toutes les deux heures, provoque des sueurs abondantes et un abaissement notable du chiffre thermique au bout de deux à trois jours. On peut ainsi maintenir le malade dans l'apyrexie pendant un temps fort long sans avoir à craindre aucun accident d'intoxication.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

Séance du 28 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Hypertrophie des petites lèvres.—Hernie inguinale congénitale.—Influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

M. *Pamard* (d'Avignon) communique une observation d'hypertrophie des petites lèvres. La malade, âgée de trente ans, fut mariée à seize ans et eut un enfant. Bientôt elle se livra à la prostitution. Elle avait eu la syphilis. La tumeur a débuté en 1878 par le capuchon du clitoris; elle gagna bientôt les petites lèvres; la muqueuse y a pris l'aspect cutané. Depuis six mois l'hypertrophie a considérablement augmenté et devient une gêne. Le 21 février M. Pamard enlève les petites lèvres et le clitoris avec l'anse galvanique; guérison. Il s'agissait d'une hypertrophie papillaire simple.

M. *Théophile-Anger* a enlevé une tumeur analogue chez une jeune fille. Cette tumeur, du volume du poing, tenait aux petites lèvres; elle était molle, dépressible. L'opération fut pratiquée avec le thermocautère. C'était un molluscum ou hypertrophie papillaire.

M. *Gillette* a dans son service, à Tenon, une femme qui porte une tumeur sur le capuchon du clitoris; le clitoris lui-même est pris dans la masse.

M. *Trélat*. Ces cas sont figurés depuis longtemps dans le livre de Fl. Churchill.

—M. *Pamard* présente un anneau en fer enlevé de la verge d'un individu; l'anneau était à la base du gland où il était parfaitement toléré.

—M. *Théophile Anger* a reçu hier dans son service un garçon de quinze ans, qui avait dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une mandarine. Le testicule droit était englobé dans la masse; pas de transparence; sonorité; la tumeur était appliquée contre l'orifice externe du canal inguinal. Application d'eau froide.

Le lendemain, douleur, vomissements verdâtres, ventre un peu ballonné, pouls petit. La tumeur est irréductible; elle est survenue subitement; M. Anger diagnostique une hernie congénitale dans la tunique vaginale. Le malade est endormi. L'incision de la peau fait voir une tumeur bilobée, le lobe inférieur étant plus gros. Dans la partie supérieure l'intestin est rouge vineux, non sphacélé; entre les deux lobes se trouve un collet que l'on incise, et on retrouve au-dessous l'intestin recouvert de plaques jaunâtres indiquant la gangrène. On ne pouvait réduire cet intestin. M. Anger débrida l'orifice supérieur du canal péritonéo-vaginal et fixa l'intestin par la suture au niveau de l'anneau inguinal externe. L'intestin fut alors ouvert; il contenait du sang épanché et quelques gaz. Le testicule était à nu dans le second lobe, en contact direct avec l'intestin. Au niveau de l'anneau inguinal externe, le canal péritonéo-vaginal était rétréci; le doigt y pénétrait difficilement.

—M. *Després* continue la discussion sur le rapport de M. Verneuil. D'après M. Verneuil tout blessé voit son traumatisme aggravé par l'état pathologique antérieur et réciproquement. Cette théorie est connue depuis fort longtemps. On disait autrefois que le tempérament des malades influe sur les blessures et sur les opérations. Tout le monde accepte cette théorie. M. Verneuil a recueilli des faits nouveaux, en particulier pour le diabète, mais nous ne pouvons reconnaître sa théorie comme nouvelle.

En 1839, dans sa médecine opératoire, Velpeau étudie les contre-indications opératoires. Il dit que si c'est un cancer qu'on opère, il est bon de s'assurer qu'il n'en existe pas dans les viscères. Il classe dans les contre-indications la phthisie pulmonaire, les lésions organiques du foie, du cœur, de l'estomac, les maladies des voies génito-urinaires. Il conseille de ne pas opérer avant d'avoir atténué ou combattu la maladie générale. Les viscères et leurs fonctions doivent être rigoureusement examinés avant l'opération.

En 1867, M. Després dit que les rhumatismes blennorrhagique et syphilitique ne sont que les manifestations d'un état rhumatismal antérieur. Plus tard, dans son livre sur la syphilis, il dit que la syphilis est modifiée par le rhumatisme, par la scrofule, etc. Beaucoup de médecins ont étudié les manifestations diathésiques dans leurs effets sur les traumatismes. En 1874, un élève de M. Després a publié une observation montrant l'influence du traumatisme sur le réveil des manifestations rhumatismales. De même, il a observé le réveil des fièvres intermittentes par une fracture de clavicule; le réveil de la catalepsie par un traumatisme à la fesse. Depuis Marchal (de Calvi) nous connaissons l'influence du diabète sur les plaies et la gangrène diabétique. M. Verneuil a vulgarisé toutes ces données.

Mais il y a un nombre considérable de faits qui démontrent que les diathésiques autres que les tuberculeux, ont bien supporté les opérations. M. Després a soigné un alcoolique invétéré qui eut les deux jambes broyées par une roue de voiture; il suppura longtemps, rendit 120 esquilles et guérit. —L'an dernier une jeune femme ayant sur le corps une syphilide papulo-tuberculeuse, eut le pied écrasé par un omnibus; les articulations du tarse étaient ouvertes; guérison sans amputation.

Une femme grasse, ayant 16 pour 100 de sucre dans les urines, avait un polype de l'utérus; ablation, guérison. La diathèse ne complique donc pas toujours les opérations d'une façon fâcheuse.— En ville, un diabétique ayant de 10 à 14 pour 100 de sucre dans les urines, était atteint de maux perforants et d'abcès sous le pied; il y eut de la gangrène, un métatarsien se nécrosa, mais le malade guérit.—L'an dernier, M. Després a vu un malade ayant une fracture compliquée de la jambe sans plaie; ce malade avait un cancer inopérable du plancher de la bouche; la fracture de jambe guérit aussi bien que chez un autre malade.

A côté de cela on voit des malades qui meurent d'un panaris gangreneux, d'un anthrax gangreneux, et on ne trouve dans les urines que 70 pour 1000 de sucre. Il faut dire que c'est l'âge de la diathèse qui influe sur le pronostic des plaies. Un malade se fait couper un cor et meurt dans les vingt-quatre heures; il était à la fin de son diabète; si le diabète

est récent, le malade résiste : c'est ainsi qu'on guérit des cataractes. Pour être d'accord avec M. Trélat, M. Després ajoute à l'ancienneté du diabète la gravité de la diathèse, s'il s'agit d'un diabétique pâle, fatigué, quel que soit l'âge de la diathèse, l'opération ou l'accident sera l'occasion de la mort.

Quand vos malades meurent de septicémie, vous dites que c'est la diathèse qui les tue; il y a cependant un moyen de savoir si c'est la diathèse qui tue le malade. Si vous avez affaire à un alcoolique, M. Després demande la teinte jaune des conjonctives; si chez un diabétique le panaris devient gangreneux, vous pouvez affirmer que c'est le diabète qui emporte le malade. Si, au contraire, le malade meurt d'épuisement sept ou huit jours après l'opération ou l'accident, il meurt de septicémie.

Les observations de M. Verneuil ne sont pas concluantes. Le malade qui a un écrasement du gros orteil et qui est alcoolique guérit en six semaines, puis il prend un adéno-phlegmon qui suppure, et il meurt en quatorze jours. Comment se fait-il que l'alcoolisme n'ait pas compliqué l écrasement du pied? parce que le malade n'était pas suffisamment affaibli. Puis il eut une adénite inguinale, et la diathèse eut plus de prise sur lui. Le malade mourut de péritonite, complication ordinaire des abcès de la fosse iliaque. Cette observation ne peut pas servir la thèse de M. Verneuil.

M. *Verneuil* ne regarde pas comme constante l'aggravation des états constitutionnels par les blessures ou les opérations, et il ne s'attribue pas la découverte de cette opinion. C'est ce qu'il répète dans tous les mémoires qu'il a publiés. Ou bien la blessure et la diathèse évoluent isolément, ou bien le trauma influe sur la diathèse, ou bien la diathèse influe sur le trauma. Les effets ne sont donc pas constants. M. Verneuil ne veut pas généraliser, il ne veut pas faire de lois, cela serait prématuré.

Dans la préface du 3e volume de ses mémoires, il dit que c'est de l'observation qu'il faut toujours partir. Mais il n'a pas la prétention d'émettre pour la première fois ces idées; nos ancêtres en ont parlé, mais plus vaguement et moins complètement, M. Verneuil n'a jamais réclamé la priorité.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Examen histologique du cerveau dans un cas d'épilepsie partielle : M. Danillo. — Causes de la coloration des vins blancs et eaux-de-vie vieilles : M. Rabuteau. — Nouvelles études graphiques sur la respiration : M. Bloch. — Lactosurie des nourrices supprimée par l'ablation complète des mamelles : M. de Sinéty. — Epithéliomatisme : M. J. André. — Épilepsie partielle supprimée par la réfrigération de l'écorce du cerveau : MM. François-Franck et Pitres. — Greffes osseuses chez l'homme : M. Ollier.

M. *Danillo* a eu l'occasion de faire l'examen histologique du cerveau d'une femme morte dans le service de M. Charcot à la suite d'accès répétés d'épilepsie partielle gauche. On trouva dans l'hémisphère droit une tuméfaction de la substance corticale d'environ un centimètre et siégeant au fond du sillon qui sépare la première et la seconde circonvolution frontale, sans altération notable de couleur et de consistance. L'examen histologique a été pratiqué à l'état frais par dissociation, et après durcissement avec le bichromate de potasse et coloration avec le picrocarmin, l'acide osmique, l'hématoxyline et le vert de méthyle.

On a trouvé hypertrophiées les cellules des cinq couches de la région corticale tuméfiée; ce gonflement cellulaire se bornait dans certaines cellules au protoplasma; dans d'autres, au contraire, le noyau et le nucléole étaient aussi altérés et présentaient une tuméfaction considérable. Les grandes cellules motrices de la région mesuraient, entre les origines de deux prolongements opposés, 60 à 66 μ, leur noyau 30 à 36 μ. Au fond du sillon, d'autres cellules, également tuméfiées, se montraient « vacuolisées » avec disparition du noyau et du nucléole.

— M. *Rabuteau* montre que la coloration jaune que prennent avec le temps les vins blancs et l'eau-de-vie reconnaît pour causes, entre autres, la présence d'acétates de butyle normal et d'amyle secondaire.

— M. *Bloch* a repris l'étude graphique des mouvements respiratoires avec un pneumographe simplifié, sorte de petit tambour en bois fermé d'un côté par une membrane souple de caoutchouc, et muni du côté opposé d'un tube qui communique avec l'appareil enregistreur de M. Marey. La partie couverte de la membrane est introduite dans la bouche et l'appareil est fixé entre les dents qui s'appliquent sur une rainure circulaire creusée dans la partie moyenne de l'appareil. On comprend que le courant d'air attire vers la cavité buccale la membrane de caoutchouc pendant l'inspiration et la refoule, au contraire, dans l'intérieur du petit tambour pendant l'expiration; les courbes recueillies sont par suite, comme avec le pneumographe ordinaire de M. Marey, ascendantes pendant l'expiration, descendantes pendant l'inspiration. C'est en comparant les graphiques du courant d'air bucco-trachéal à ceux des mouvements de la poitrine que M. Bloch a constaté certains détails peu accusés dans les tracés ordinaires et qui montrent plusieurs phénomènes respiratoires intéressants. Celui sur lequel il insiste spécialement est relatif à la reprise terminale du mouvement respiratoire dans les inspirations profondes; il y a là un abaissement supplémentaire du diaphragme que l auteur compare à un « sanglot ébauché ».

— M. *Sinéty*, revenant sur les expériences d'ablation des mamelles qu'il a pratiquées et que M. Bert a répétées sur des femelles d'animaux variés, s'est demandé si les ablations avaient été réellement totales et si quelques lobules glandulaires ne s'étaient pas développés après l'opération. Il a vu, en effet, chez des cobayes auxquels il avait pratiqué l'extirpation aussi complète que possible des mamelles, des portions glandulaires se développer plus tard, au moment de la lactation, se gonfler et fournir du lait.

— M. *Malassez* présente, au nom de M. *Jules André*, une note sur l' « épithéliomatisme ».

— M. *Pitres* fait, au nom de M. *François-Franck* et au sien, une communication relative à la part importante qui revient aux régions dites motrices du cerveau dans la production des convulsions épileptiformes (épilepsie partielle) consécutives aux excitations de cette zone. Cette étude a été faite au moyen de la réfrigération locale des régions motrices, qui supprime passagèrement l'activité fonctionnelle de l'écorce.

Voici quelles sont les principales conclusions des auteurs :

1° La réfrigération locale de la zone motrice, avec des pulvérisations d'éther, pourvu qu'elle soit portée à un degré suffisant (+ 5° à 0), supprime passagèrement l'aptitude à provoquer des accès épileptiformes par l'excitation électrique, même très intense, de cette zone, alors qu'auparavant les convulsions éclataient, violentes et généralisées, sous l'influence d'excitations moins fortes et moins prolongées. On ne peut plus produire que des mouvements simples, cessant avec l'excitation provocatrice.

2° Il y a un rapport direct entre le degré de réfrigération et la suppression de la puissance épileptogène; les accès diminuent progressivement à mesure que la réfrigération est portée plus loin; ces accès disparaissent quand la température corticale est tombée à + 5 degrés environ et reparaissent avec une intensité croissante à mesure que la zone motrice reprend sa température initiale.

3° Il ne saurait être question, pour expliquer la disparition des accès provoqués, d'une désorganisation chimique de la substance nerveuse; le retour très rapide de l'activité épileptogène et surtout les effets identiques des pulvérisations d'éther *immédiates* et *médiates* (avec membranes de caoutchouc interposées à la surface du cerveau), montrant qu'il s'agit ici d'une suspension fonctionnelle momentanée des centres nerveux.

4° L'anesthésie générale par les vapeurs d'éther n'est pour rien dans la suppression des attaques de provenance corticale, celles-ci cessant de se produire avec d'autres procédés de réfrigération locale et survenant facilement quand on excite la zone motrice opposée qui n'a pas été soumise à la réfrigération.

5° Il ne s'agit pas davantage d'une action suspensive à distance (analogue aux phénomènes d'inhibition étudiés par M. Brown-Séquard) produite par la réfrigération d'une zone motrice; en effet, l'attaque survient quand on excite la zone motrice *témoin*, alors qu'elle ne peut être provoquée par l'excitation de la zone refroidie.

6° Si la zone motrice témoin peut facilement devenir le point de départ d'accès épileptiques violents, celle qui a été réfrigérée ne donnant naissance qu'à des mouvements simples, ce n'est pas qu'on ait exagéré la puissance d'action de la première en diminuant celle de la seconde; en un mot il n'y a pas là un fait analogue à ceux qu'a décrits M. Brown-Séquard sous le nom de phénomènes dynamogéniques; en effet, on est obligé d'employer, pour produire des mouvements simples en excitant la zone préservée, des excitations au moins aussi fortes qu'avant la réfrigération de la zone opposée.

La conclusion générale de tous ces résultats partiels est que la réfrigération suffisante d'une zone motrice abolit, tant qu'elle dure, mais toujours pour un temps très court, la possibilité de produire des accès convulsifs en excitant fortement cette zone et qu'il s'agit là d'une suspension d'action toute locale.

MM. François-Franck et Pitres, parlant ensuite des expériences de réfrigération corticale faites par M. Marcacci, montrent que cet auteur ne pouvait conclure en faveur de l'inexcitabilité corticale dans les conditions normales, les excitations qu'il appliquait à la zone motrice refroidie se transmettant à travers l'écorce aux faisceaux blancs sous-jacents; ils font ensuite la critique des conclusions que M. Openchowski a tirées des expériences qu'il a faites dans le laboratoire de M. Goltz en produisant, par le froid, non plus le simple refroidissement, mais la congélation de l'écorce cérébrale; si les animaux ont présenté ensuite des accidents épileptiformes, ce cas rentre dans la série des faits bien connus où l'on voit se produire l'épilepsie secondaire par encéphalite ou irritation congestive de retour.

— M. *Ollier* (de Lyon) discute les conditions favorables du développement des greffes osseuses pratiquées sur l'homme dans un but de restauration chirurgicale. Ayant eu connaissance des succès obtenus par un chirurgien anglais, M. Mac Ewen, il a cherché à produire, par la transplantation de petits fragments osseux empruntés à l'homme, soit une charpente nasale, soit l'extrémité supérieure d'un cubitus; le résultat, sans être absolument négatif, en ce sens qu'il y a eu fixation et survie de l'os transplanté, n'a nullement répondu à son attente. Il se demande si, dans le cas favorable de Mac Ewen, il ne s'est pas agi simplement d'une irritation nutritive, d'un réveil d'ossification, produits par l'opération elle-même, dans l'os du jeune enfant opéré. En tous cas, il pense que si l'on doit réussir à provoquer le développement de greffes osseuses chez l'homme adulte, c'est avec des pièces osseuses en voie d'ossification, empruntées à des sujets jeunes, prises au niveau du cartilage épiphysaire et au voisinage de la diaphyse que l'opération présente les plus grandes chances de succès.

REVUE DES JOURNAUX

De la fracture de l'astragale, par M. le docteur Shepferd.

Dans cette communication à la Société médico-chirurgicale de Montréal, l'auteur établit, avec pièces anatomiques à l'appui, l'existence d'une variété de fracture de l'astragale. Le fragment n'était autre que le bord externe de la gouttière astragalienne. Il avait été arraché par le faisceau du long fléchisseur qui s'insère sur le ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne. Cette lésion paraissait due à la flexion forcée du cou-de-pied. Le cal était fibreux chez un des blessés et osseux dans un autre cas; c'est en vain que le docteur Shepferd a essayé de reproduire cette lésion expérimentalement. (*The London med. Rec.*, 15 nov. 1882, p. 462.)

L'ophthalmie des bergers, par M. le docteur Manez.

Cette conjonctivite oculo-palpébrale est produite par des larves de mouches sur les conjonctives. La présence de ces larves permet facilement de reconnaître la nature de l'affection dont les symptômes sont les suivants : douleur vive dans le sillon oculo-palpébal supérieur, larmoiement, occlusion et œdème des paupières. Les larves sont allongées, blanchâtres et animées de mouvements rapides. Après l'extraction de ces larves ou leur destruction par des instillations d'huile de romarin, la conjonctivite qui persiste est combattue par les moyens habituels. (*El Siglo medico*, 27 août 1882, p. 665.)

De la nature parasitaire de la tuberculose et de ses conséquences, par M. le docteur Vogel.

D'après l'auteur les travaux modernes justifient l'emploi des moyens prophylactiques et curatifs suivants pour combattre la tuberculose : 1° les crachats des phthisiques, leur linge, leurs vêtements doivent être l'objet d'une complète désinfection; 2° les mères phthisiques n'allaiteront pas leurs enfants et on proscrira de l'alimentation publique, le lait ou la viande des animaux pleuro-pneumoniques; 3° les glandes scrofuleuses seront excisées et les antiseptiques seront des agents du traitement rationnel de la phthisie! On devra donc faire usage des inhalations phéniquées contre la tuberculose pulmonaire et de l'iodoforme dans le pansement des plaies scrofuleuses. (*Med. Reporter*, 12 août 1882.)

Des déformations du diaphragme chez les rachitiques, par M. le docteur N. Moore.

Dans la séance du 17 octobre dernier de la Société pathologique de Londres, le docteur Moore a signalé des déformations spéciales du diaphragme chez des enfants rachitiques. L'un de ses malades, âgé de vingt-huit mois, présentait des dépressions du foie, par l'intermédiaire du diaphragme refoulé par les septième, huitième et neuvième côtes. Un autre enfant rachitique de vingt-sept mois était atteint de déformations analogues. De ces faits, l'auteur conclut que certaines indurations du foie, qu'on observe chez les enfants et les adultes, résultent de la pression exercée par les côtes sur le diaphragme. (*The Lancet*, 21 octobre 1882, p. 661.)

Sur un cas de myxœdème et sur la pathogénie de cette maladie, par M. le docteur Hamilton.

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes : « Le myxœdème est une maladie de l'âge adulte, plus com-

mune chez la femme que chez l'homme; les caractères cliniques consistent dans la dégénérescence mucoïde des tissus sous-cutanés, des troubles trophiques divers, la diminution de la température, la dépression de l'intelligence et les troubles de la parole et des fonctions sensorielles. Il se manifeste le plus souvent après des grossesses multipliées ou vers la ménopause et dépend probablement d'une lésion primitive du bulbe avec altérations secondaires des cordons médullaires et des ganglions du grand sympathique. Quand on observe de l'atrophie musculaire, on devrait l'attribuer à la dégénérescence des cellules multipolaires des cornes antérieures. C'est à tort qu'on a considéré les lésions du rein comme la cause du myxœdème, elles en sont seulement l'un des effets. (*The medical Record*, 9 décembre 1882, p. 645.)

Œdème nerveux circonscrit de la peau, par M. le docteur Tunike.

Cette maladie ressemblerait à l'urticaire et se présenterait sous l'aspect de taches et d'élevures de la peau, de deux à dix centimètres de diamètre. Elle siégerait surtout sur les extrémités au niveau des jointures, sur la face, et en particulier sur les lèvres et les paupières. La peau est pâle et transparente, mais les bords de ces taches ne sont pas nettement limités. Le malade éprouve une sensation de gêne et rarement de douleur. On observe les mêmes manifestations sur la muqueuse des gencives, du palais, du pharynx et de l'arrière-bouche, de sorte qu'il peut en résulter de la gêne de la respiration et de la déglutition. Dans un cas il existait des troubles gastriques; dans d'autres des suffusions séreuses dans les articulations. Ces phénomènes durent quelques heures et disparaissent subitement.

Pendant les manifestations, on a noté parfois de la céphalalgie, de la soif et de la diminution des urines. La température générale n'était pas modifiée. En général cette affection se montre périodiquement et se manifeste souvent; les personnes qui en sont atteintes sont irritables; elle paraît héréditaire. On doit la placer parmi les névroses vasculaires. Dans divers cas, l'atropine a paru rendre quelques services. Enfin on a dû aussi pratiquer des scarifications sur la glotte qui parfois était œdématiée. (*Monashefte für praktische Derm.*, n° 1882, *N. Y. med. Record*, p. 545, 11 novembre 1882.)

Les symptômes nerveux du myxœdème, par M. le docteur Hadden.

Les principaux symptômes du myxœdème consisteraient dans la lenteur et l'incoordination des mouvements volontaires, la diminution et le retard dans la perception des sensations. Le malade éprouverait des fourmillements cutanés, des dysesthésies variées, des troubles sensoriels, de la faiblesse générale, de la tendance au sommeil pendant le jour et des hallucinations pendant la nuit, de la céphalalgie, de la paresse intellectuelle. Ces symptômes accompagneraient l'œdème dur de la peau et du tissu sous-cutané, la diminution du volume du corps thyroïde, la chute de la température et l'arrêt de la nutrition interstitielle.

Les lésions seraient le résultat de troubles vaso-moteurs des vaisseaux sanguins et lymphatiques ayant pour conséquence la nutrition imparfaite de tous les organes, l'encombrement du système lymphatique et finalement la dégénérescence mucoïde des tissus. Les troubles cérébraux seraient secondaires; la lésion initiale et caractéristique siégerait sur les branches périphériques du grand sympathique et les centres vaso-moteurs de la moelle allongée. (*The Brain*, juillet 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

De la tuberculose expérimentale, par le docteur Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. (Paris, 1883, G. Masson.)

M. Schmitt a eu la bonne fortune d'avoir à exposer une des questions les plus controversées, les plus intéressantes de la pathologie. Il a su, sans entrer dans des détails oiseux, présenter son sujet d'une manière fort intéressante, sous toutes ses faces. Son travail se divise en quatre parties : dans le premier chapitre sont étudiés les divers procédés employés et les résultats obtenus; dans le second, M. Schmitt discute, avec beaucoup de sens critique, ces données expérimentales, et réfute les arguments opposés à la doctrine de l'inoculabilité de la tuberculose. La discussion de la spécificité tuberculeuse occupe le troisième chapitre; enfin, dans le dernier, l'auteur expose, en se gardant à la fois d'un enthousiasme prématuré et d'un scepticisme injustifié, les recherches récentes sur le virus tuberculeux.

Un semblable travail ne prête guère à l'analyse. Bornons-nous à dire qu'il donne une idée d'ensemble non seulement des recherches expérimentales auxquelles la tuberculose a donné lieu, mais encore des diverses questions afférentes, telles que la contagiosité, unité de la tuberculose, etc. Il nous semble cependant qu'à ce dernier point de vue M. Schmitt s'est trop rigoureusement maintenu dans les limites étroites de son sujet. Le lecteur eût, à notre sens, aimé à voir résumées, à titre de conclusions, les données pratiques qui découlent de cette enquête expérimentale. Il est à remarquer en effet que les questions les plus litigieuses encore sont précisément celles qui ont des applications directes à la pathologie humaine : tel est le cas pour l'inhalation par les voies respiratoires, ou pour l'ingestion par l'appareil digestif des produits tuberculeux dont les partisans de la contagiosité de la tuberculose invoquent, un peu à la légère peut-être, en faveur de leur doctrine les résultats expérimentaux.

L'expérimentation est loin de nous avoir donné le dernier mot sur ces questions : M. Schmitt le fait entrevoir, plus qu'il ne l'affirme. Nous nous plaisons d'ailleurs à reconnaître qu'il fournit au lecteur toutes les données qui lui permettent de se former une opinion raisonnée : c'est le grand mérite de ce travail que consulteront avec fruit tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de pathologie générale.

L. D.-B.

De la médication purgative, par le docteur Clément, médecin des hôpitaux de Lyon. (Paris, 1883. G. Masson.)

A M. Clément est échu le seul sujet de thérapeutique qui ait été donné au dernier concours d'agrégation. Les travaux de cet ordre sont réputés, et à juste titre, difficiles entre tous; car ils demandent dans leur partie expérimentale, beaucoup d'esprit critique, et dans leur partie clinique, une grande habitude des malades et une expérience personnelle étendue. M. Clément s'est montré à la hauteur de la tâche qui lui incombait : ce n'est pas un mince honneur.

Après des prolégomènes succincts d'anatomie et de physiologie normales de l'intestin, M. Clément aborde l'étude expérimentale des purgatifs. Il expose les principales théories émises sur le mode d'action de ces médicaments; repoussant la théorie de l'osmose, à peu près abandonnée aujourd'hui, et celle qui d'une manière exclusive attribue les effets purgatifs à l'exagération de péristaltisme intestinal, il se prononce pour une doctrine éclectique. Dans le mécanisme de la purgation on distingue deux éléments distincts : l'excita-

tion sécrétoire, vaso-motrice ou catarrhale qui s'affirme par l'hypersécrétion intestinale, et la stimulation musculaire dont témoignent les coliques, les borborygmes, les épreintes, etc.

Dans toute cette partie de son travail, M. Clément se trouve en présence de maintes questions indécises ou imparfaitement étudiées; aussi, une base physiologique stable lui faisant défaut, renonce-t-il à classer les agents de la médication purgative et se borne-t-il à exposer les classifications les moins défectueuses.

Puis il étudie rapidement les effets des purgatifs sur les divers appareils et donne d'intéressants détails techniques sur le mode d'administration de ceux qui sont le plus souvent employés.

Enfin, dans la troisième partie de sa thèse, M. Clément expose les indications et les contre-indications de la médication purgative. Ce serait, dit-il, une tâche téméraire que de vouloir interpréter rigoureusement les faits déjà si obscurs de la clinique par les données bien confuses encore de la physiologie. Aussi, en pareille matière, les aperçus généraux ne sont-ils guère de mise.

Peut-être doit-on cependant regretter qu'à la fin de son consciencieux travail M. Clément ne se soit pas placé au point de vue des doctrines actuellement régnantes pour juger la médication purgative. Si la plupart des processus morbides sont dus les uns à un trouble de la nutrition, les autres à l'action d'organismes inférieurs, il s'ensuit que le premier devoir du thérapeute est d'activer la fonction excrémentitielle. Pour être plus efficace, la médication diurétique est par contre beaucoup moins fidèle que la médication purgative. Tout en reconnaissant qu'il vaut mieux s'adresser au rein qu'à l'intestin pour obtenir l'élimination rapide des principes nuisibles, on doit pleinement souscrire à la conclusion de M. Clément : « Les travaux modernes qui font entrer la médication purgative dans une voie nouvelle lui assurent pour longtemps encore la confiance et la reconnaissance des hommes. »

L. D.-B.

VARIÉTÉS

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation en chirurgie et en accouchements.

(Fin. — Voyez les numéros 10 et 11.)

Sujets de thèses donnés dans les concours précédents.

1869. — *Chirurgie :* Valeur relative des différents modes de traitement des plaies à la suite des opérations. — Des plaies du larynx, de la trachée, de l'œsophage, de leurs conséquences et de leur traitement. — De la cautérisation dans le traitement des maladies chirurgicales. — Des difformités congénitales ou acquises des doigts, et des moyens d'y remédier. — Des anomalies du testicule. — Du pied-bot congénital. — Des fistules uréthrales chez l'homme. — Diagnostic des maladies de la hanche.

1869. — *Accouchements :* Des maladies du placenta et des membranes. — Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements.

1872. — *Chirurgie :* Du cancer de la langue. — De la sacro-coxalgie. — Des plaies et de la ligature des veines. — Des anévrysmes cirsoïdes. — Des plaies chirurgicales. — Des tumeurs ganglionnaires du cou. — De la fièvre traumatique. — Des tumeurs du sein chez l'homme.

1872. — *Accouchements :* De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. — Des applications de l'histologie à l'obstétrique.

1875. — *Chirurgie :* De la transfusion du sang. — Pathogénies marche et terminaison du tétanos. — Des arthropathies d'origine nerveuse. — Étude comparative des diverses méthodes de l'exérèse. — Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques. — Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques. — Déterminer les progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs. — De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques. — Des lésions traumatiques du foie. — De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

1875. — *Accouchements :* Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement ? — Des dispositions du cordon, la procidence exceptée, qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement. — Faire connaître les contre-indications de la version dans les présentations de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération.

1878. — *Chirurgie :* Tumeurs kystiques de la mamelle. — Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse. — Comparaison des arthropathies rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique. — De la valeur thérapeutique et opératoire de l'iridectomie. — Des ruptures de l'urèthre. — Des ophthalmies sympathiques. — Néoplasie des ganglions lymphatiques. — Traitement des fractures de la diaphyse du fémur. — Le mal vertébral. — L'hématocèle péri-utérine. — Comparer entre eux les divers moyens de diérèse. — Cause de la mort prompte après les grands traumatismes accidentels et chirurgicaux.

1878. — *Accouchements :* De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium, de la morphine sur la femme en travail. — Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. — Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement. — De l'accommodation en obstétrique.

1880. — *Chirurgie :* Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité pré-vésicale (cavité de Retzius). — Les ostéosarcomes des membres. — Les gelures. — Les mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales. — Les embolies veineuses d'origine traumatique. — L'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. — Le spasme uréthral. — L'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. — La tolérance des tissus pour les corps étrangers. — L'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et son influence sur la marche des blessures. — Ce que l'on doit entendre par l'expression du choc traumatique. — L'intervention chirurgicale dans les cancers de l'utérus. — Les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.

1880. — *Accouchements :* L'albuminurie chez la femme enceinte. — L'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — L'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. — L'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. — Les altérations des villosités choriales. — Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — Les hémorrhagies chez le nouveau né. — L'hydrorrhée pendant la grossesse. — L'influence de la grossesse sur la tuberculose.

Congrès international de médecins des colonies a Amsterdam (Septembre 1883).

Les *Questions* choisies par le comité sont : 1° Les quarantaines. Rapporteurs : MM. les docteurs F. de Chaumont, professeur d'hygiène à Netley ; Van Leent (Amsterdam) ; Don Raphaël Cervera, professeur à Madrid ;

2° Éducation spéciale des médecins des colonies. Rapporteur : colonel Becking, ancien chef du service médical aux Indes orientales néerlandaises (Utrecht) ;

3° Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies. Rapporteurs : MM. les docteurs Da Sylva Amado, professeur d'hygiène à l'École médicale de Lisbonne ; Van Overbeek de Meyer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht ;

4° Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux. Rapporteurs : MM. les docteurs Walther, inspecteur du service médical de la marine française, etc. (Paris) ; Norman Chevers, ancien professeur de médecine à Calcutta, etc. (Londres) ;

5° De la phthisie dans les colonies et les climats tropicaux. Rapporteur : M. le docteur B. Carsten, inspecteur-adjoint du service médical (La Haye) ;

6° Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés. Rapporteurs : Sir Joseph Fayrer M. D., Surgeon general, médecin du ministère d'État pour les Indes, etc. (Londres), et MM. les docteurs Joseph Ewart, deputy Surgeon gene-

ral, etc. (Londres); Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine française, etc. (Paris).

Le comité d'organisation : Professeur Stokvis, *président*. Docteur Guye, *vice-président*. Docteur Van Leet, *secrétaire général*. Docteur J. Coronel, *secrétaire adjoint*. M. A. Cochius, *secrétaire adjoint*. Docteur J. Zeeman, *trésorier*.

Amsterdam, février 1883.

Voici les principales dispositions du *règlement* : — Art. 1er. — Le congrès s'ouvrira le 6 septembre 1883, à midi et durera jusqu'au 8 septembre inclusivement.

Art. 3. — Le congrès se composera de membres effectifs, ordinaires et extraordinaires, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription.

Comme membres effectifs peuvent se faire inscrire : les médecins, pharmaciens et vétérinaires, qui exercent ou ont exercé dans les colonies ou dans les pays tropicaux.

Comme membres ordinaires : tous les membres du corps médical, qui prennent part aux travaux du congrès.

Comme membres extraordinaires : toutes les personnes qui, n'appartenant pas au corps médical, s'intéressent à ses travaux.

Art. 4. — Les membres verseront une somme de 10 francs (dix florins) et recevront un exemplaire du *Compte rendu* des travaux du congrès.

Cette somme sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion; par MM. les partieipants au moment où ils retireront leur carte.

Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 5 septembre, de midi à 3 heures, les jours suivants de 10 heures à midi, dans les bureaux du congrès.

Art. 5. — Les étudiants en médecine pourront obtenir des cartes d'admission en versant 2 fr. 50 (deux florins et demi).

Art. 9. — Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet en dehors du programme, sont priés d'en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du congrès.

Art. 12. — Le français sera la langue officielle du congrès. Les membres pourront toutefois se servir d'autres langues. Lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion.

Art. 13. — Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de 15 minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs.

La vingt-quatrième assemblée de l'Association générale des médecins de France.

La vingt-quatrième assemblée de l'Association générale des médecins de France s'est ouverte, dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous les heureux auspices qui ne lui ont jamais manqué depuis sa fondation. Les nombreux médecins de province et les très rares médecins de Paris qui y assistaient ont d'abord entendu, de la bouche de M. le président Henri Roger, les souhaits affectueux et les appels du cœur qui lui sont habituels. Les largesses publiques, qui ont, comme précédemment, servi de péroraison à son discours, ne pouvaient d'ailleurs que favorablement disposer les esprits à l'audition des comptes de M. le docteur Brun, le zélé et si dévoué trésorier. La situation financière de l'Association est la suivante, à la date du 31 mars : Caisse générale, 88 792 fr. 93; Caisse des pensions, 766 487 fr. 90; Sociétés locales et Société centrale, 818 470 fr. 98. Total, 1 673 751 fr. 81; à laquelle somme il y a lieu d'ajouter les rentes constituées qui s'élèvent à 3247 fr.

Les secours alloués pendant l'année 1882 s'élèvent à la somme de 67 560 fr. En effet, 66 pensionnaires ont reçu 27 800 fr.; 111 veuves, filles ou mères de sociétaires ont reçu 25 960 fr.; 40 sociétaires ont reçu 12 150 fr.; 37 personnes étrangères ont reçu 1650 fr. Total, 67 560 fr.

En outre, l'Association a adopté neuf pupilles et elle pourvoit à leur éducation.

L'Association, on le voit, a rempli avec un grand succès le rôle principal auquel elle était destinée, rôle que son nouveau secrétaire général, M. le docteur Foville, a si nettement indiqué dans son premier compte rendu, qui est un véritable discours-programme.

La séance s'est terminée par l'Eloge d'Amédée Latour, prononcé avec une émotion communicative par M. le docteur Gallard, son constant ami et collaborateur.

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance, Association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 8 avril 1883, trois heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le docteur Jules Bergeron, président; — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1883, par M. le docteur Motet.

Faculté de médecine de Lyon. — Le *concours pour deux places d'aide d'anatomie* s'est terminé, vendredi 16 mars, par la nomination de MM. Cénas et Truc.

— *Concours pour une place de prosecteur*. — A la suite d'un concours, le 12 mars, à la Faculté de médecine, M. Parisot, aide d'anatomie, a été nommé prosecteur.

Hopital Mustapha. — Un concours pour trois places de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira le samedi 23 juin 1883 à Alger. Les docteurs en médecine qui voudraient se porter candidats devront se faire inscrire, avant le 22 juin, au secrétariat de la Commission administrative en déposant les pièces nécessaires

---

Mortalité a Paris (13e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 mars 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1303, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 12. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 40. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 62.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 260. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 74. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 128. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45 ; au sein et mixte, 32; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 126; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 94; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et d tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Apr traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; infectieuse, 2; épui. ment, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Cau non classées, 9.

Conclusions de la 13e semaine. — Il a été notifié au servic de la statistique municipale, pendant la semaine du 23 au 29 mars, 1208 naissances et 1303 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1194, 1140, 1209, 1316. Le chiffre de 1303 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc notablement supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison entre cette semaine et la précédente des nombres de décès occasionnés par les maladies épidémiques, fait ressortir : une aggravation pour la rougeole (41 décès au lieu de 25), la coqueluche (11 au lieu de 9), et la variole (12 au lieu de 9); une atténuation pour la fièvre typhoïde (30 décès au lieu de 39) et la diphthérie (40 au lieu de 43).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Rapport sur l'enseignement de l'odontologie en Angleterre, adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, par M. le docteur V. Galippe. Broch. In-8 de 71 pages. Paris, G. Masson. 2 fr.

Manuel de technique microscopique ou guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope, par M. le docteur Paul Latteux. 2e édition. In-12 avec 177 figures. Paris, A. Coccoz. 7 fr. 50

Trachéotomie et laryngotomie d'urgence avec le trocart-trachéotome, par M. le docteur Jacotot (de l'Orient). 2e édition. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

Président : M. le docteur A. DECHAMBRE

Membres : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 12 avril 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — HYPOTHÈSE SUR L'ORIGINE DE CERTAINES TUBERCULOSES GÉNITALES DANS LES DEUX SEXES. — LA FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE.

Clôture de la discussion sur la fièvre typhoïde.

Le discours annoncé de M. Fauvel à l'Académie de médecine avait, comme on l'a dit, un caractère tout doctrinal. Il ...ndait à réserver, dans une discussion fort accidentée, cer...ns principes de pathologie et d'hygiène; et, dans son sens ...éral, tendait — la haute importance des expériences de Pasteur reconnue et proclamée — à établir que la fièvre ty...ïde, étant le produit d'un contage spécifique, ne peut être ...ectement réprimée par de simples travaux d'assainissement. M. Fauvel n'en admet pas moins, d'une part, que le contage lui-même peut être renfermé dans les déjections; d'autre part, que certaines conditions mauvaises d'hygiène, l'encombrement, la malpropreté, des émanations putrides peuvent favoriser le développement de l'épidémie, ajouter à son intensité, et que dès lors, même dans l'espèce, assainir les fosses d'aisances, les dépotoirs, les égouts, les canaux, etc., ne serait pas peine perdue. Il y a là, en effet, une grave question de pathologie générale, qui restera debout tant que n'aura pas été dégagé l'agent spécifique de la maladie. La fièvre typhoïde peut-elle naître de causes banales, comme le veulent MM. L. Colin et J. Rochard, citant comme exemple ces épidémies de fièvre typhoïde conçues, pour ainsi dire, dans les flancs d'un navire en mer, après une navigation de plusieurs mois? Le contage, qui rend la maladie transmissible, ne peut-il pas conséquemment se former de toutes pièces dans l'économie? Et même ces fièvres continues légères, intransmissibles, qu'on s'efforce, parfois si infructueusement, de distinguer des fièvres typhoïdes commençantes, ne seraient-elles pas, en effet, de la même famille, avec cette différence que le contage ne s'y serait pas développé? Tous ces points d'interrogation ont été plus d'une fois posés, et on les trouverait dans ce journal; mais nous ne pouvons aujourd'hui que les rappeler.

La magistrale dissertation de M. Fauvel clôturait la discussion; car M. Peter, en répondant à certains reproches que venait de lui adresser l'orateur et surtout au dernier discours

FEUILLETON

Lettres médicales.

L'Association générale et les syndicats médicaux. — Aliénés et aliénistes. — Le professeur Lasègue. — La loi du 30 juin 1838 au Congrès des sociétés savantes. — L'affaire Monasterio. — Les « Mémoires d'une aliénée ». — Un faux bruit.

Dans son excellent rapport à la séance annuelle de l'*Association générale des médecins de France*, rapport substantiel, élégamment, mais simplement écrit, où la raison domine toujours le sentiment, tel enfin que doit être un exposé de questions professionnelles, M. le docteur A. Foville a touché avec délicatesse la question des syndicats médicaux. Manifestement, il est contre cette forme particulière d'association; mais il réserve sa conclusion pratique pour le temps où une législation sur la matière aura été promulguée. Quant à moi, je suis parfaitement convaincu que si les syndicats avaient partout, comme ils ont eu dans plusieurs départements, la double prétention d'assurer une meilleure rétribution des soins médicaux et d'organiser l'assistance mutuelle, en rendant inutile et dissolvant peu à peu l'Association générale, ils engageraient la corporation dans une voie périlleuse. Il y a vingt-quatre ans, on eût pu donner à la protection des intérêts matériels et moraux de la profession une autre forme que celle que nous lui voyons aujourd'hui. Eût-elle mieux réussi? C'est une question. Mais, à cette heure, ce serait une fort inquiétante expérience que celle de remplacer ce grand organisme vivant et adulte par une multitude d'embryons d'une autre nature, plus compliqués en réalité, puisqu'ils auraient à remplir des fonctions dont l'une répugnera toujours à un grand nombre de médecins. Cette dernière fonction, qui est d'établir des tarifs locaux d'honoraires, il faut la détacher entièrement de celle qui consiste à fonder l'assistance mutuelle et à moraliser la profession. Mais est-elle en soi condamnable, et doit-on

de M. Bouley, n'a pas voulu reprendre sa polémique, mais seulement la justifier pour le moment et faire entrevoir des foudres dans le lointain. M. le président a demandé alors à l'Académie si elle ne croirait pas devoir donner à ces longs débats une sanction pratique. Un malentendu a tout d'abord compromis le sort de cette proposition; mais une entraînante improvisation de M. Rochard, qui, on se le rappelle, avait terminé un de ses discours par des conclusions formelles, a décidé le vote. On ne dira rien au ministre de la méthode de Brand, du sulfate de quinine ou de l'acide salicylique, mais lui on exprimera des vœux sur les mesures d'hygiène dont l'Académie aura reconnu l'utilité.

Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes.

LETTRE A M. ALFR. FOURNIER, PROFESSEUR DE SYPHILOGRAPHIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Fin. — Voyez le n° 14.)

En ce moment j'eus l'esprit traversé par la proposition suivante : *La tuberculose génitale primitive, indépendante de la scrofule, naît peut-être simplement à la suite du coït par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe tuberculeux à travers les voies génitales inférieures jusqu'en un point de l'appareil où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement.*

Mais comment démontrer la chose ? Etant de ceux qui respectent fort la peau de leurs semblables, et très effrayé des résultats d'une inoculation célèbre, je ne m'arrêtai pas un instant à l'idée de l'expérimentation sur l'homme. Je mis de côté également les expériences sur les animaux, bien que reconnaissant qu'elles pourraient ici fournir quelques renseignements utiles, et songeai à recourir à notre grand moyen d'information, l'observation attentive au lit du malade et à la salle d'autopsie. Je pensai surtout à ce procédé de la *confrontation* qui a rendu de si grands services dans l'étude du chancre primitif et de la transmission des accidents secondaires.

Se rappeler la confrontation et oublier vos belles recherches eût été pour le moins fort injuste; je résolus donc de m'adresser en ces termes à vous, *magister in rebus venereis.*

1° Avez-vous des notions précises sur les causes de la tuberculose génitale primitive et indépendante de la scrofule ?

2° Connaissez-vous des faits capables de renverser ou de confirmer l'hypothèse de la contagion directe?

3° Si vous ne connaissez rien ni pour ni contre, voulez-vous vous intéresser à une théorie que mieux que tout autre vous pouvez ruiner ou faire vivre ?

Et voilà l'objet de ma missive.

Tout en vous provoquant ainsi et en réclamant votre précieux concours, je ne voudrais pas vous laisser croire que j'ai lancé une supposition au hasard et sans avoir rien qui la puisse étayer. A la vérité, je n'ai pas de preuves absolues, mais je puis invoquer une série de présomptions qui ne sont pas sans valeur et que je vais vous soumettre.

Et d'abord, rien de plus aisé à comprendre que la contagion. La tuberculose génitale est à peu près aussi fréquente dans les deux sexes. L'affection atteint son maximum pendant la période d'activité des organes génitaux, c'est-à-dire dans les années où les rapprochements sexuels sont les plus fréquents. Elle n'oppose à ces rapprochements aucun obstacle.

Les foyers de tuberculose sont à la vérité profondément situés dans les deux sexes et on ne les trouve pas ou du moins très rarement dans les organes les plus superficiels de la copulation : pénis, urèthre, vulve, vagin, cavité cervicale du col. Cette immunité partielle dont nous chercherons plus loin les causes, ne gêne nullement la contagion par le coït. En effet, chez la femme, rien n'empêche la matière phymique accumulée dans l'utérus et les trompes utérines de descendre et de se mêler aux sécrétions vaginales; d'autre part, tout porte à croire qu'au moment de l'éjaculation, le sperme entraîne des débris infectieux provenant du testicule, du canal déférent, de la prostate, des vésicules séminales, et qui sont ainsi lancés au voisinage de l'orifice utérin.

Je sais qu'il faudrait constater directement le microbe dans certains écoulements leucorrhéiques et dans les produits d'éjaculation de certains hommes; je sais qu'on pourrait, outre le résultat histologique, s'éclairer encore par la culture et les inoculations successives des fluides en question; mais le résultat est presque acquis d'avance si, comme il l'affirme, M. Babeziu a déjà pu reconnaître le parasite dans l'urine de sujets mâles atteints de tuberculose génito-prostatique, et si l'on songe à l'hérédité de la tuberculose par la voie paternelle seule.

Ces constatations faites, et elles ne manqueront pas d'être

---

la rejeter de partout? Cela dépend du mode suivant lequel elle prétendra s'exercer et des localités où elle voudra s'installer. Une convention de tarifs ayant un caractère obligatoire, avec la sanction d'une mise au ban public de qui ne s'y conformerait pas, est tout ce qu'il y a de plus attentatoire à l'indépendance, à la conscience, aux bons sentiments de l'homme de l'art, et j'ajoute à la dignité des honnêtes misères. Mais il est nombre de petites villes où les médecins, sans essayer de découper les fortunes des habitants en catégories tranchées et toujours arbitraires, sans dresser de ces tarifs embrouillés où chaque acte de la profession est coté particulièrement, se bornent à convenir amiablement d'un minimum d'honoraires pour la classe aisée, pour les clients notoirement en état de payer, et si faciles à distinguer dans une population de quelques milliers d'âmes. Cette seule convention verbale, livrée à la délicatesse des confrères, suffit, même quand il y est commis quelque infraction, à entretenir un niveau général d'honoraires convenablement élevé.

Dans les campagnes, la situation est plus difficile. J'en connais où des médecins instruits, dévoués, de la plus grande honorabilité, perdent les deux tiers au moins des honoraires qui leur sont dus. L'action en justice n'est pas toujours pour eux sans de sérieux inconvénients. S'y résignent-ils? On leur offre le tiers de la somme réclamée; un juge de paix compatissant trouve l'offre suffisante, et accorde des termes qui arrivent toujours quant au temps, mais rarement quant à l'extinction de la dette. Refuser ses soins, même à des créanciers de mauvaise foi, surtout quand on est le seul praticien de la localité, est encore plus périlleux qu'une action en justice. Voilà une de ces fâcheuses conjonctures dont il est difficile de ne pas se préoccuper dans toutes les mesures qu'on voudra tenter pour l'amélioration des conditions matérielles de la profession médicale.

Tout ce que je veux dire ici, c'est que cette question de l'entente mutuelle des médecins dans un but aussi naturel et aussi légitime, qu'on l'appelle syndicat ou autrement, peut

tentées, je ne verrais point de raison pour repousser à priori un mode de contagion admis sans conteste déjà pour les voies digestives et respiratoires.

Je reviens sur la localisation profonde de la tuberculose génitale pour réfuter l'argument qu'on en pourrait tirer contre mon opinion. Chez l'homme, dira-t-on, le microbe de source féminine s'engage dans le méat, parcourt tout le canal de l'urèthre, arrive à la région prostatique, et suivant les sinuosités des voies spermatiques, parvient jusqu'aux tubes séminifères eux-mêmes; or pourquoi ce microbe ne s'insère-t-il à peu près jamais dans l'urèthre; pourquoi respecte-t-il presque toujours aussi le parenchyme testiculaire lui-même ou ne l'envahit-il qu'à la suite de coups, ou quand les autres segments de l'appareil séminal sont atteints profondément et depuis longtemps ?

Chez la femme, l'immunité est bien plus singulière encore ; non seulement les microbes qui distendent sa propre matrice et ses trompes ne semblent jamais s'inoculer au vagin où ils descendent cependant, mais le microbe de source mâle versé naturellement dans les culs-de-sac vaginaux respecterait ces culs-de-sac et aussi le museau de tanche et la cavité cervicale pour se greffer brusquement au-dessus de l'orifice interne et gagner de là les trompes et les régions péri-ovariques.

On ne manquera pas de mettre en opposition les allures bien différentes d'un autre microbe qui sera isolé s'il ne l'est pas déjà et qui est l'agent de la blennorrhagie. Celui-là ne respecte rien; lui aussi, va parfois du méat jusqu'aux filaments spermatiques inclusivement, mais il enflamme tout sur son passage, n'attaquant la longue route qu'il suit que par segment et ne passant jamais à l'un d'eux sans avoir affecté ceux qui le précèdent.

Chez la femme aussi, quoique plus rarement, la blennorrhagie peut aller de la vulve au péritoine, mais la vulvite, la vaginite, la métrite catarrhale aiguë se montrent toujours avant la salpingite.

Ces arguments ne sont pas pour m'arrêter bien longtemps. Il faut d'abord, si l'on veut avancer dans l'étude si difficile encore des maladies infectieuses, se garder des comparaisons, des généralisations et des analogies. Les propriétés d'un microbe n'indiquent pas même approximativement celles du microbe voisin et on emploie mieux son temps en cherchant à découvrir les qualités et attributs propres à chaque agent infectieux considéré isolément.

Etant admis comme conforme à l'observation que le microbe blennorrhagique est phlogogène et que le microbe tuberculeux ne l'est point, on s'expliquera sans peine comment le premier altère tout ce qui touche et comment le second marche et s'avance sournoisement, silencieusement jusqu'à ce qu'il ait trouvé le lieu propre à son campement. Etant encore accepté comme probable que le microbe de la tuberculose est anaérobie, on s'explique qu'il ne puisse se développer qu'à de grandes profondeurs.

Quant à l'immunité de la vulve, du vagin, du col utérin, du gland et de l'urèthre masculin, on peut invoquer l'épaisseur considérable de la couche épithéliale et la rareté des follicules, conditions qui rendent difficiles l'arrêt et l'insinuation du microbe.

A la limite du col et du corps utérin, tout change, l'épithélium surtout. Aux follicules volumineux mais remplis de mucus et à parois épaisses, succède une muqueuse molle, spongieuse, très vasculaire, munie de longs acini tubuleux. La muqueuse de la trompe est aussi fort délicate.

Chez l'homme, même changement à vue entre l'urèthre de la portion membraneuse et celui de la portion prostatique. Dans cette dernière, une foule de petits conduits glandulaires assez largement ouverts, refuge tout préparé pour des molécules voyageuses mais cherchant le repos; puis orifice des conduits éjaculateurs ; bifurcation de ceux-ci conduisant dans un labyrinthe rempli d'une liqueur visqueuse, sorte de glu qui arrête tout au passage; autre bifurcation conduisant dans un canal bosselé, ridé, flexueux, où les fluides progressent lentement, et qui se continue par deux autres ordres de canaux épididymaires et séminaux encore plus étroits, plus contournés, mieux disposés pour abriter et héberger des parasites. Déjà ce bref retour à l'anatomie rend compte de la localisation profonde de la tuberculose; mais, en outre, l'anatomie pathologique dans les deux sexes nous fait suivre presque pas à pas la progression centripète du microbe. Chez l'homme, voici d'après les tableaux de M. Reclus la répartition par ordre de fréquence des points envahis :

Urèthre dans la portion prostatique ;
Prostate des deux côtés;
Vésicules séminales;
Cordon spermatique aux deux extrémités ;
Epididyme ;
Testicule.

Naturellement plusieurs de ces segments sont envahis d'une manière simultanée; le testicule est pris seul dans un

---

être, non opposée, mais superposée à celle de l'Association générale.

— Il est beaucoup question depuis un mois des aliénés et des aliénistes. On verse des pleurs sur les premiers et des anathèmes contre les seconds. Il n'est pas de journaliste à court de copie ou de politicien en quête de popularité qui ne prenne sous sa protection ces malheureux fous et n'injurie les médecins qui les soignent. On raconte même qu'un certain publiciste, conseiller municipal influent de je ne sais plus quelle ville importante, aurait carrément affirmé que, s'il y a des aliénés, c'est la faute des médecins aliénistes. Moi, je croirais plutôt qu'il en est de cela comme du déluge, et que c'est la faute de Voltaire ; mais ce n'est qu'une opinion personnelle. Toujours est-il que ces messieurs des asiles et des maisons de santé sont fort malmenés. Un gazetier conservateur enjoint au gouvernement de dissoudre la *Société médico-psychologique*, dont les membres s'entendent tous comme larrons en foire pour trouver des fous partout (s'entendent-ils autant que cela?); un autre — radical celui-là — soutient *mordicus* que ce n'est pas aux médecins qu'il devrait appartenir de constater la folie, sauf, sans doute, à les remplacer par des journalistes, des notaires, des épiciers, ou peut-être des électeurs influents du quartier!

Au demeurant, les psychiâtres ne se trouveraient pas si mal d'être mis à la retraite! C'est un milieu médiocrement réjouissant que celui des dégradations intellectuelles et morales, des infirmités corporelles, où ils passent leur vie, et c'est aussi un milieu peu rassurant. Je n'ai pu lire les élucubrations savantes et judicieuses dont nous venons d'extraire un échantillon sans me souvenir du petit martyrologe que publiait récemment le chroniqueur des *Annales médico-psychologiques* (un journal bon à faire du combustible pour brûler ceux qui le rédigent). En moins de dix-huit mois, on compte parmi les médecins aliénistes victimes de leurs malades : le docteur Marchant (de Toulouse), tué par une balle de pistolet; le

petit nombre de cas, mais d'après Béraud, c'est toujours à la suite d'une contusion directe.

Le voisinage de la région prostatique et du col de la vessie pouvait faire prévoir l'envahissement des voies urinaires; il se fait également de bas en haut, c'est-à-dire dans l'ordre suivant : presque jamais l'urèthre de la portion membraneuse; souvent au contraire le col vésical et la région du même nom; rarement l'uretère; plus rarement encore le rein; de temps à autre, par exception, le péritoine au niveau du cul-de-sac prostatique.

Chez la femme, l'immunité de la vessie et du vagin entraîne presque celle de l'urèthre; aussi rien de plus rare que de rencontrer dans le sexe féminin la tuberculose urinaire, assez commune au contraire chez l'homme. En revanche, l'orifice externe des trompes est ouvert largement dans le péritoine, aussi voit-on maintes fois la péritonite tuberculeuse partant du ligament large envahir le péritoine pelvien.

Toute prétention à part, ne vous semble-t-il pas que mon hypothèse explique d'une façon satisfaisante un assez grand nombre de détails restés jusqu'ici dans l'ombre? En revanche, certains faits lui échappent complètement et je me hâte de le proclamer pour n'être point taxé d'exclusivisme. Quand on parle d'un enfant en bas âge — j'ai vu moi-même un cas semblable — il n'est pas question naturellement de contagion par le coït.

Quand on a affaire à un phthisique qui, à la suite d'une contusion scrotale, est pris de tuberculose testiculaire, ou d'une femme chez laquelle le mal succède à un accouchement, on invoque simplement l'auto-inoculation interstitielle.

La supposition de la contagion intersexuelle n'est guère légitime, qu'au cas où les dépôts phymiques se font silencieusement, spontanément, sans être précédés ni de phénomènes inflammatoires ni de traumatisme, chez des sujets n'ayant pas d'autres foyers actuels de tuberculose. Assez communément alors le gonflement épididymaire est reconnu par hasard ou à la suite d'un examen; lequel est provoqué lui-même par l'apparition d'un suintement uréthral à peu près, sinon tout à fait indolent et qui, chronologiquement, est à coup sûr postérieur et non antérieur à l'induration, c'est-à-dire effet et non cause. Je veux bien que bon nombre de sujets atteints de la sorte soient manifestement scrofuleux et par là beaucoup plus exposés que les autres; encore faut-il qu'à la prédisposition s'ajoute une cause occasionnelle; encore faut-il une raison pour que la tuberculose, *quærens quem devoret*, se fixe dans les voies génitales plutôt qu'ailleurs. Or quelle meilleure cause occasionnelle que l'arrivée directe du poison jusqu'au lieu favorable à sa pénétration?

Pour la localisation génitale chez les sujets robustes, exempts de tuberculose et de scrofulose antérieures, l'idée de la contagion s'impose presque inévitablement.

Voilà les présomptions; à la clinique à faire le reste en s'aidant au besoin d'expériences sur les animaux. Il faudra d'abord enregistrer plus soigneusement que jamais tous les antécédents des malades — s'enquérir minutieusement des rapports sexuels; — enfin soumettre au même examen les deux conjoints pour chercher s'ils sont ou non tous deux contaminés.

Les auteurs gardent sur les conditions du coït dans la tuberculose génitale un silence absolu. Dans les observations souvent fort longues publiées dans ces dernières années, il n'y est pas fait la moindre allusion, et M. Barnier, qui étudie avec un soin particulier l'écoulement indolent symptomatique de la tuberculisation génitale masculine, ne songe point à se demander s'il y aurait là résultat ou menace de contagion. (Thèse de Paris, 1873, n. 148, p. 21.)

Quelques rares malades seuls semblent la soupçonner. Tel le sujet de la deuxième observation de M. Salleron, qui donnait à son affection une origine vénérienne.

Si l'interrogation et la confrontation montraient qu'à la suite d'un coït avec une phthisique, un homme sain peut être atteint de tuberculose génitale ou si cet homme à son tour infectait une femme saine jusqu'alors, il y aurait lieu d'examiner avec soin la marche du mal chez les contaminés de seconde main de façon à savoir si la tuberculose génitale gagnée par contagion évolue d'une manière particulière, si par exemple on ne pourrait pas y reconnaître cette variété rare d'épididymite mentionnée par Desormeaux et Bauchet, et que vous-même avez décrite à part comme *pseudo-tuberculeuse*.

Certes, il faudra y regarder à deux fois et multiplier les preuves avant de déclarer démontrée la transmission de la tuberculose par contagion génitale; mais si la chose était clairement établie, il faudrait bien accepter les conséquences de cette vérité.

A. Verneuil.

---

docteur Gray (d'Utica, Amérique), blessé de plusieurs projectiles de revolver; le docteur Orange (de Broadmoor, Angleterre), assommé à coups de pierres; les docteurs Bécoulet (de Dôle) et Espiar de Lamaëstre (de Ville-Evrard), à moitié aveuglés; le docteur Van Gellhorn (de Poméranie), mordu jusqu'à ce que mort s'ensuivît. Que pensent de cela les journalistes et les politiciens? Après tout, il s'en trouvera peut-être encore parmi eux qui hausseront les épaules à de tels arguments, ou qui trouveront même, comme certains, à l'annonce de l'assassinat du docteur Marchant par un persécuté, que le malade fait très bien de tuer le médecin qui se permet de le séquestrer et qu'il est en somme en état de légitime défense.

Le professeur Lasègue, dont le corps médical est en deuil, a manqué, lui aussi, de devenir, en 1878, la victime d'un aliéné persécuté. Un matin, comme il sortait de l'hôpital de la Pitié, entouré de ses élèves, un individu se précipita sur lui, la cravache à la main. Il ne s'ensuivit rien de fâcheux; mais au lieu d'une cravache, supposez un couteau *ou un revolver;* l'agression n'en aurait pas moins existé. Eh bien! vous allez voir que cet aliéné était, en logique, de la force d'un conseiller municipal. Il avait, en effet, très finement découvert les machinations « des agents aliénistes »; et alors que fait-il? Ecoutez M. Motet : « Il quitte son quartier, s'en va louer une maison dans les environs de Paris. Le hasard veut qu'il s'installe à côté de la propriété de M. le professeur Lasègue. Il s'informe, apprend le nom, les fonctions élevées de son voisin; il ne le connaît pas, il ne l'a jamais vu, peu importe; il y a là pour lui toute autre chose qu'une simple coïncidence : la lumière se fait, il a sous la main « le chef des médecins aliénistes »; il guette, il interprète les faits les plus simples, les plus insignifiants, et une conviction délirante profonde, impérieuse, se fait dans son esprit. C'est M. le professeur Lasègue qui tient tous les fils des machinations odieuses dont il est depuis longtemps la victime, c'est à lui qu'il faut en demander compte, c'est lui

La fièvre typhoïde devant l'Académie.

(Deuxième article.)

QUESTIONS DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE : L'HYPERTHERMIE.

A côté des questions doctrinales relatives à l'étiologie de la fièvre typhoïde, au rôle des éléments infectieux dans cette maladie et quelques autres, un certain nombre de points d'ordre moins élevé, intéressant à la fois la physiologie et la médecine ont été soulevés au cours de la discussion académique. Ce sont surtout les questions de température que nous avons en vue dans cet article.

On s'est beaucoup préoccupé des conditions productrices de la chaleur à l'état normal et pathologique et des phénomènes d'hyperthermie qui ont été considérés tour à tour comme cause et comme effet. L'attention s'est concentrée sur la grave signification de cette hyperthermie et sur la recherche des moyens les plus propres à la combattre.

L'objet essentiel de cette revue est précisément de grouper ces éléments d'études épars dans les différents discours académiques et d'en essayer le rapprochement, de telle façon qu'on puisse prendre une idée suffisante des opinions émises par les différents orateurs qui se sont succédé à la tribune.

La physiologie a eu parfois de rudes assauts à soutenir: sans doute elle a été défendue et sa cause brillamment plaidée; mais qu'est-il advenu de l'accusée? Ceux qui l'ont entendu accabler ne savent trop à quel point elle s'est remise des coups qui l'ont frappée... Ce que nous avons appris à ce sujet nous essayerons de le dire à ceux qui s'intéressent à son sort; nous le ferons avec une entière liberté, convaincu que «la partie adverse» met, comme nous, les questions de personnes complètement en dehors des débats scientifiques.

Le procédé qui nous a semblé le plus avantageux pour un exposé à la fois historique et critique de ce genre, consiste à prendre les unes après les autres les principales questions en les groupant aussi logiquement que possible et d'indiquer à propos de chacune d'elles, ce qu'on sait d'une façon générale, ce qui a été dit à l'Académie et quelles remarques suggère la discussion.

Il ne saurait entrer dans notre programme de résumer ici, à propos des discours académiques, même les points fondamentaux d'un aussi vaste sujet. Ce que nous nous proposons de tenter, c'est une simple esquisse des parties discutées, en essayant une sorte de « mise au point » destinée à faciliter la comparaison des moyens employés par la nature et de ceux qui ont cours en thérapeutique pour la régulation de la chaleur.

Pour introduire un certain ordre dans cette étude, nous réunirons dans un premier chapitre, les principales notions acquises sur l'hyperthermie, ses conditions de production immédiates et les effets qui lui sont propres.

Dans la seconde partie, nous nous occuperons spécialement de la régulation thermique normale, de ses procédés multiples, et nous pourrons ensuite rapprocher des moyens naturels ceux qu'on a été conduit à employer pour combattre soit directement, soit indirectement les déviations pathologiques de la température.

I. — DE L'HYPERTHERMIE

§ 1. — *L'hyperthermie est-elle cause ou effet?*

L'augmentation excessive de la température est le phénomène fébrile contre lequel un grand nombre de médecins dirigent, surtout depuis quelques années, toutes les ressources de la thérapeutique : en les poursuivant avec la réfrigération directe ou indirecte, par le froid ou à l'aide des médicaments dits antithermiques, les uns ont uniquement en vue les dangers de l'hyperthermie elle-même; les autres pensent que cette hyperthermie n'étant qu'une manifestation, la plus saisissante, il est vrai, du processus fébrile, les médications en apparence dirigées contre elle, ne l'atteignent que secondairement; qu'elles portent d'abord leur action sur es conditions productrices de la chaleur en excès, régularisent les fonctions du système nerveux central ou même s'opposent au développement des agents infectieux.

En présence de ces divergences de vues, la première question qui se pose paraît être celle des *rapports de l'hyperthermie avec l'activité des phénomènes de nutrition*. On a rangé au nombre des effets dangereux des élévations excessives de température tous les phénomènes qui s'observent en même temps, tous les actes de dénutrition exagérée démontrés soit par la consomption rapide des malades, soit par les dosages de leurs produits d'excrétion, acide carbonique, urée, etc.

Il est bien certain qu'une relation directe existe entre l'exagération des phénomènes de désassimilation et l'hyperthermie : ce qu'il serait important de pouvoir préciser, c'est *la nature même de cette relation*.

Quand on se reporte aux conditions, connues dans leur

---

qu'il faut atteindre, qu'il faut frapper (1). » Ce dangereux persécuteur qui se croyait persécuté, fut naturellement placé dans un établissement d'aliénés, à l'asile de Ville-Evrard, je crois. Mais, au bout d'un an, le parquet de Pontoise, sans tenir compte des rapports de médecins compétents, le fit remettre en liberté. Sur quels motifs? Je ne saurais le dire; mais, je le répète, l'acte de folie datait déjà d'un an.

Ce malheureux appelait donc Lasègue, « le chef des aliénistes ». Ce n'est pas là ce qu'il disait de plus déraisonnable. Lasègue a été un maître, et un maître éminent dans la spécialité des maladies mentales. Néanmoins il avait ce titre de *spécialiste* en horreur; il ne comprenait pas qu'on scindât ainsi la pathologie. Il aurait surtout voulu qu'on ne parquât pas les médecins aliénistes dans l'étude exclusive des psychoses. « A côté de chaque service d'aliénés, a-t-il souvent dit, je voudrais voir un service d'affections nerveuses. La comparaison faite par le même médecin entre les deux genres d'affections, serait pour lui la source d'études on ne peut plus intéressantes. » Ce desideratum n'est pas près d'être réalisé.

Pour bien apprécier le clinicien des maladies mentales, il fallait être un des heureux privilégiés, à qui il était permis d'assister à la visite que, trois fois par semaine, Lasègue faisait à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police. Quelles excellentes leçons cliniques! Il aimait surtout à laisser l'aliéné, lorsqu'il était loquace, développer ses idées délirantes sans l'interrompre par des questions inopportunes; il lui permettait ainsi de *dévider son chapelet*, selon son expression. Alors, aucun détail de ces discours souvent incohérents ne lui échappait; mais, au milieu des plus grandes divagations, il savait saisir la note dominante permettant de bien caractériser la nature du délire. Et ce qui frappait encore plus que ce tact de clinicien, c'est la bonté avec laquelle il interrogeait ces pauvres gens, dont un grand

(1) J'emprunte les détails de ce fait à un intéressant article publié par M. Motet dans les *Annales médico-psychologiques* (n° de mars 1880, p. 270).

ensemble, de la production de chaleur à l'état normal, on voit les actes chimiques (ou les phénomènes de fermentation) tenir sous leur dépendance, dans le corps vivant comme ailleurs, la fabrication du calorique. On est par suite amené à se demander pourquoi, à l'état pathologique, l'hyperthermie serait plutôt la cause que l'effet des grandes perturbations nutritives, si minutieusement analysées chez les fiévreux. M. Vulpian a résumé en quelques mots la réponse à cette question, en disant que l'élévation thermique « sort pour ainsi dire des profondeurs de la fièvre, car elle est le produit collatéral des modifications de la nutrition intime qui constituent le processus pyrétique » (*Bulletin*, p. 306, 1883).

Des expériences variées faites autrefois par Liebermeister à un autre point de vue, fournissent en faveur de la *subordination* de l'hyperthermie par rapport aux actes de dénutrition, des données positives et peuvent être, pour cette raison, sommairement rappelées ici : elles montrent que l'une des conséquences immédiates et matérielles de l'activité nutritive, la production d'acide carbonique, est *à son maximum* au début d'un accès de fièvre, *avant que la température ne soit notablement élevée* (Lorain, *De la température*, I, 541). On peut donc conclure, dans ce cas particulier comme dans d'autres que nous passons sous silence, à l'antériorité de l'exagération nutritive par rapport à la production excessive de chaleur.

Lorain emploie, pour rendre plus nette l'explication de cette succession, une comparaison assez pittoresque que nous rappelons en l'abrégeant : « L'intensité maximum du soleil est, chaque jour, à midi; mais le maximum de température ne correspond pas à ce moment, il se produit plus tard. La température continue à croître quand déjà l'intensité de la chaleur solaire commence à diminuer... » (Lorain, *loc. cit.*, p. 542).

La conclusion de ces remarques, c'est que toute la série des modifications nutritives qui se traduisent à nous par l'augmentation de proportion des matériaux de déchet au cours d'une pyrexie, doit être rapportée non pas à l'hyperthermie elle-même, mais bien à l'influence pathologique dominante, quelle qu'elle soit, perturbation nerveuse ou évolution d'agents septiques, qui a provoqué l'ensemble des accidents fébriles.

Si la température excessive observée dans certains états fébriles ne doit être considérée que comme un *résultat* de l'exagération des phénomènes nutritifs, est-ce à dire que la présence au sein des tissus d'un sang surchauffé, véhicule de cette chaleur en excès, soit inoffensive et n'intervienne point à son tour pour entraîner des désordres spéciaux? Nous ne le pensons pas, et les résultats expérimentaux, les faits cliniques, sont là pour montrer combien est redoutable par elle-même l'hyperthermie, tout phénomène subordonné qu'elle soit.

Avant d'insister sur ses dangers, force nous est d'aborder en passant l'examen de la critique adressée au cours de la discussion académique aux expériences qui les démontrent : cette discussion ne peut être évitée.

§ 2. — *Valeur des expériences sur l'hyperthermie artificielle.*

Dans le but d'isoler des autres accidents fébriles le phénomène hyperthermie et d'en rechercher les effets indépendants, les physiologistes ont provoqué l'échauffement artificiel des animaux en les plaçant dans un milieu aéré dont la température était portée à un degré plus ou moins élevé.

C'est dans ce sens qu'ont été dirigées les expériences de Claude Bernard qui, entreprises en 1842, ont été poursuivies longtemps et publiées avec détail en 1876 dans ses Leçons sur la Chaleur animale.

Les conclusions qu'en avait tirées le célèbre physiologiste ont été universellement acceptées, bien que certains points, le mécanisme de la mort, par exemple, fussent de nature à provoquer la discussion. En tout cas, les faits essentiels établis par Bernard sont restés dans la science. On a vu dans la discussion académique les orateurs qui considèrent l'hyperthermie comme le plus redoutable des accidents de la fièvre typhoïde, appuyer leur opinion sur ces résultats pour légitimer, si besoin était, l'opportunité d'un traitement antithermique énergique.

Seul, M. Peter (*Bulletin*, p. 237, p. 361) a fait le procès aux expériences de Bernard en exerçant sa verve à leurs dépens.

Il est impossible de passer outre, quelque désir qu'on en ait et bien que M. Bouley ait déjà relevé une partie des critiques formulées; l'analyse sommaire des conditions des expériences incriminées suffira, pensons-nous, pour convaincre ceux dont les épigrammes de M. Peter aurait pu ébranler la foi physiologique.

1° *Il n'est pas nécessaire qu'un animal soit « cuit à l'étuvée » pour succomber à la suite de l'élévation artificielle de sa propre température.* Bernard montre d'abord que les animaux placés dans une étuve *sèche* et soumis à une température qui peut être très élevée (60°,58) survivent si

---

nombre arrivent là tremblants, souvent terrifiés; c'est l'exquise bienveillance avec laquelle il les rassurait.

De ce petit cabinet de la Préfecture de police sont sortis les éléments de tous les travaux que Lasègue a publiés sur la pathologie mentale. Je suis même assez porté à chercher, dans cette clinique kaléidoscopique de l'infirmerie spéciale, l'explication des qualités et des défauts de cette partie de son œuvre. Ne voyant les malades que momentanément, il ne pouvait suivre l'évolution de leurs idées délirantes, la marche ultérieure de leur affection, etc. Aussi, ses écrits, si riches en fines analyses de psychologie morbide, en descriptions exactes des symptômes de la période d'état, ne donnent généralement aucune notion sur les phases ultimes de la maladie. Ce sont pour la plupart des *essais* brillants, très suggestifs, mais non des monographies. S'astreindre à creuser un sujet, à lui faire rendre tout ce qu'il peut contenir, n'était pas le fait de Lasègue. Il voyait d'ailleurs trop de malades et, par conséquent, observait trop de cas nouveaux, provoquant dans son esprit des idées nouvelles, qu'il enchâssait ensuite dans un de ces trop rares articles, écrits pour les *Archives de médecine*.

On a dit bien souvent que ses idées en médecine mentale s'étaient considérablement modifiées dans les dernières années de sa vie; qu'il avait passé la seconde moitié de son existence scientifique à démolir ce qu'il avait enseigné dans la première. C'est possible; mais pour rendre cette assertion plus évidente, il faudrait pouvoir lire dans leur ordre chronologique toutes les pages qu'il a écrites sur ces difficiles questions de la psychiatrie. Pour nous faciliter cette tâche, il est à souhaiter qu'une main pieuse réunisse en un volume les travaux de Lasègue sur la pathologie mentale et nerveuse, depuis ses *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, publiées en partie en collaboration avec Morel, jusqu'à son dernier mémoire qui a pour titre : *Alcoolisme et dipsomanie*. De l'enchaînement de cette longue série de travaux, qui va de l'année 1844 à 1882, sortira-t-il la preuve d'une unité de

leur séjour n'est pas trop prolongé (*Chaleur animale*, p. 349); il prouve ensuite que l'action de la chaleur extérieure est beaucoup plus nuisible, à un degré bien moins élevé, quand l'étuve est *humide :* un lapin meurt en dix minutes dans une *étuve humide à* 45 *degrés* (*loc. cit.*, p. 350).

Nous voilà déjà bien loin des hautes températures considérées comme nécessaires par M. Peter pour tuer les animaux en leur faisant subir la simple opération culinaire dont il a parlé. Si les mammifères succombent à 45 degrés de température extérieure appliquée quelques minutes, c'est que la régulation superficielle de la chaleur est entravée par l'état hygrométrique de l'air; s'ils résistent au contraire, tout comme les expérimentateurs qui ont séjourné dans des fours, quand la température sèche arrive à 60 degrés, c'est qu'ils compensent l'acquisition de chaleur par une déperdition cutanée et pulmonaire suffisante.

2° *L'hyperthermie provoquée, capable de produire la mort chez les animaux, n'est pas supérieure à l'hyperthermie spontanée, mortelle chez l'homme.*

Quand Bernard a montré qu'un lapin meurt au moment où sa température profonde s'est élevée à 45 degrés, il a eu soin d'indiquer le chiffre de la température normale qui était de 39°,5 (*loc. cit.*, p. 355); par conséquent, ce qu'il faut considérer, ce n'est pas le chiffre absolu de 45 degrés, c'est *l'écart* de ce chiffre par rapport à la température initiale : cet écart est ici de 5°,5.

Quand Bernard a parlé de la température mortelle chez les oiseaux, température qui atteint 48 ou 50 degrés, il n'a pas manqué de nous renseigner sur la température normale, qui est de 44 à 45 degrés (p. 351); donc, ici encore, c'est d'un écart de 4 à 5 degrés qu'il s'agit, et le chiffre, formidable en apparence, de 50 degrés qui a si fort préoccupé M. Peter, n'a rien qui soit pour étonner.

La conclusion de Bernard est la suivante : « Il y a pour le milieu intérieur une limite de température animale au-dessus de laquelle la vie des éléments organiques est devenue impossible » (p. 352). « Cette limite pour les animaux à sang chaud est, ainsi que nous l'avons dit, *de 4 à 5 degrés plus élevée que la température normale* » (p. 353, *loc. cit.*).

Ceci admis, voyons ce qui se passe chez l'homme. On considère comme absolument grave chez lui une température profonde de 41 degrés en moyenne. M. Peter reconnaît (p. 239 du *Bulletin*) que « le cœur de l'homme est à la température de 41 degrés alors que la température du rectum est à 40°,5; à 42 degrés, quand la température rectale est de 41°,5 ». Mais ces chiffres, que sont-ils donc par rapport à la température normale de l'homme ? Entre 37°,5 en moyenne et 42 degrés, il y a tout juste 4°,5, *c'est-à-dire exactement l'écart considéré par Bernard comme fatal* aussi bien chez l'oiseau qui part d'une température initiale de 45 degrés, que chez le lapin qui part d'une température initiale de 39 degrés.

Sous une autre forme :

Oiseau : température normale, 44 à 45 degrés; température mortelle, 48 à 50 degrés; *écart mortel, 4 à 5 degrés.*

Lapin : température normale, 39 degrés; température mortelle, 44 à 45 degrés; *écart mortel, 4 à 5 degrés.*

Homme : température normale, 37°,5; température mortelle, 42 degrés; *écart mortel*, 4°,5.

Par conséquent, il ne faut pas dire plaisamment que l'homme ayant une température de 42 degrés dans le cœur a « en fait 7 à 8 degrés au-dessous de la température du moineau cuit dans son étuve ». Les 42 degrés de l'un sont absolument équivalents aux 49 à 50 degrés de l'autre.

Claude Bernard avait donc ses raisons, qui ont sans doute échappé à M. Peter, pour assimiler l'élévation de la température de l'homme, de l'oiseau et du lapin. Il n'a pas en réalité commis un « vice de raisonnement » en assimilant « une surélévation artificielle de 10 degrés à une surélévation morbide spontanée de 3 à 4 degrés » (Peter, *Bulletin*, p. 362).

M. Peter lui-même, aujourd'hui si opposé à cette interprétation, l'a pourtant acceptée comme légitime dans son travail « sur les températures excessives » publié il y a dix ans dans ce journal; il invoquait alors ces mêmes expériences de Bernard qu'il récuse aujourd'hui (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 56).

3° *Les poumons de l'animal « respirant un air à 65 degrés*, dit M. Peter (p. 239), *la réfrigération pulmonaire ne peut pas s'accomplir* ». A cela on doit répondre en rappelant les expériences comparatives de Bernard sur l'échauffement artificiel des lapins, « la tête étant hors de l'étuve, *de façon que l'animal respire de l'air frais*, tandis qu'il a la peau du corps en contact avec l'air chaud » (Cl. Bernard, *Chal. an.*, p. 355).

4° « *Comme l'animal ne peut pas suer*, dit encore M. Peter, *il ne peut perdre du calorique par la peau* » (p. 239).

Rappelons d'abord que les animaux dont s'est servi Bernard ne suent pas; c'est là un point bien connu de tous ceux qui ont eu l'occasion de pratiquer des expériences.

Ajoutons que si la sudation leur était possible, ce n'est pas le séjour dans une étuve sèche qui l'entraverait, tout au contraire.

---

doctrine et de méthode; ou bien trouvera-t-on qu'il s'est produit dans cet esprit si pénétrant et si complexe une sorte d'évolution plus ou moins facile à définir? Dans tous les cas, quel que soit le jugement qu'on doive porter sur l'œuvre scientifique de Lasègue, il n'est pas un de ceux qui l'ont approché d'un peu près, qui ne reconnaisse que c'était une intelligence d'élite unie à un grand cœur.

— Restons dans la folie, cher confrère, puisque nous y sommes; nous en sortirons quand nous pourrons.

La loi du 30 juin 1838 sur les établissements d'aliénés va subir de sérieuses modifications. En attendant les importantes discussions qui ne manqueront pas d'avoir lieu au Sénat et à la Chambre des députés, et sur lesquelles la *Gazette hebdomadaire* aura lieu sans doute de donner son avis, on a pu lire, dans le dernier numéro, le court résumé d'une sorte de tournoi académique qui s'est produit, sur ce sujet, à la Sorbonne, dans la section des sciences économiques et sociales du *Congrès des Sociétés savantes*. On y rend compte des opinions exprimées par M. Lunier; mais on n'y dit mot de celles de M. Rigollot-Vitrey, professeur de philosophie au lycée de Vendôme. Il est vrai que ces dernières relèvent plutôt de la chronique et, à ce point de vue, je les revendique. M. Rigollot-Vitrey trouve donc que, l'aliénation étant une maladie mentale, il faut introduire, à côté des médecins, des savants purs, des psychologues dans les commissions spéciales des aliénés, et sans doute aussi les charger de soigner ce genre de malades. A la bonne heure! et en homme qui a fait autrefois sa philosophie, j'aime cet estimable professeur pour sa logique. Je voudrais que son idée fût généralisée et que, par exemple, les fonctions circulatoires pouvant s'expliquer par les lois de l'hydrodynamique, il fût dorénavant défendu, par ordonnance de police, à un médecin quelconque de soigner une maladie de l'appareil circulatoire sans l'assistance d'un ingénieur-hydrographe.

Enfin, cette objection ne porte pas, puisque la condition même des expériences de Bernard était d'envelopper l'animal d'un air plus chaud que lui, de l'empêcher de perdre par rayonnement tout en faisant acquisition de calorique.

Mais il faut rappeler que d'anciennes expériences de Delaroche et Berger (1805-1810), des recherches plus récentes de Rosenthal (1872) ont montré que la température profonde des animaux laissés libres dans des étuves progressivement chauffées, s'est élevée au-dessus du degré de l'air extérieur, *le rayonnement pouvait donc continuer à se faire;* les animaux mouraient cependant avec une température profonde de 44-45 degrés, alors que l'air de l'étuve n'était porté qu'à 40 degrés (exp. de Rosenthal, *Rev. scientif.*, 21 décembre 1872, p. 592).

Il nous paraît superflu d'insister davantage sur les objections spécieuses émises à propos des expériences de Claude Bernard: si ces critiques n'avaient été prononcées par un homme ayant toute l'autorité de M. Peter et ne fussent tombées de la tribune académique, nous nous serions contentés de renvoyer aux leçons de Bernard en demandant toutefois qu'on en fît une étude approfondie.

(*A suivre.*)

Nous avons reçu de M. le docteur Magitot, en réponse à l'article de M. Parrot, sur la question du rachitisme et de la syphilis, une lettre que le défaut d'espace nous empêche, à notre grand regret, d'insérer dans ce numéro.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie et anatomie pathologique.

Note sur les formes anatomiques de la tuberculose articulaire et l'évolution clinique des fongosités, par M. Maurice Pollosson (1), chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

(Suite. — Voyez le numéro 14.)

3° *Cas où la synoviale est transformée en fongosités. Lésions tuberculeuses dans les fongosités articulaires.* — Les fongosités articulaires, qu'elles se développent aux dépens de la synoviale et des parties molles péri-articulaires, ou qu'elles s'élèvent des surfaces osseuses cariées, présentent une structure identique. L'analyse histologique y révèle trois ordres d'éléments, qui se montrent isolés ou associés en proportions variables. Ce sont : 1° l'élément embryonnaire; 2° l'élément vasculaire; 3° l'élément tuberculeux. Leur description ayant été déjà faite dans les publications parues dans ces dernières années, je n'insisterai pas longuement sur ce sujet.

a. *L'élément embryonnaire.* — Les fongosités articulaires renferment des cellules embryonnaires qui ordinairement entrent, pour la plus grande part, dans leur constitution. Dans un premier type de fongosités, ces cellules jouissent d'une grande vitalité et sont vivement colorées par le carmin. Dans un deuxième type, elles ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse; on voit parfois de grandes surfaces de ce tissu embryonnaire prendre, sous l'influence du carmin, une teinte jaune caractéristique. Entre ces deux types extrêmes, on rencontre tous les intermédiaires. A ces variations dans le degré ou la qualité du processus correspondent des aspects macroscopiques différents, importants à connaître pour le clinicien, et sur lesquels nous reviendrons plus loin.

b. *Elément vasculaire.* — Les fongosités articulaires sont, à une période de leur évolution, d'une richesse vasculaire remarquable. On y trouve un grand nombre de vaisseaux, depuis le simple capillaire avec sa tunique endothéliale, jusqu'à l'artériole avec tunique moyenne, formée de plusieurs couches de fibres lisses et tunique adventice.

Quelques-uns de ces vaisseaux sont le siège de proliférations cellulaires et d'une infiltration de cellules et de noyaux dans l'épaisseur de leurs tuniques, ou sont entourés d'éléments cellulaires disposés plus ou moins concentriquement par rapport à leur axe. Il en résulte une série de productions nodulaires se présentant sous des aspects variés.

Très souvent on observe l'endartérite ou l'endo-capillarite; les cellules de la tunique endothéliale se tuméfient en même temps qu'il y a hyperplasie de leurs noyaux, et s'avancent vers le centre du vaisseau qu'elles tendent à oblitérer. Quelquefois elles se soudent entre elles, et forment une masse semée d'éléments nucléaires, puis subissent la dégénérescence vitreuse d'abord à leur centre : c'est là un premier mode de l'oblitération vasculaire, et probablement aussi un des processus de formation des cellules géantes.

Quelquefois cette prolifération ne porte que sur une ou deux cellules endothéliales qui s'avancent vers la paroi opposée du vaisseau, avec tendance à la pédiculisation à leur point d'attache; la cavité vasculaire prend alors la forme d'un croissant. Souvent on voit dans l'épaisseur de la tunique moyenne et de l'adventice une infiltration d'éléments nucléaires qui donnent à la coupe du vaisseau une épaisseur considérable relativement à sa cavité.

On peut constater aussi, dans un grand nombre de cas, l'oblitération des vaisseaux par un coagulum fibrineux légè-

(1) Dans le dernier numéro de la *Gazette*, il a été imprimé par erreur Pollasson, au lieu de Pollosson.

— L'affaire Monastério a eu, en police correctionnelle, une solution assez inattendue. Les détails scandaleux que nous ont révélés les débats de ce procès et les plaidoiries des avocats, ne peuvent inspirer que du dégoût et l'on se prend à répéter avec le Sosie de Molière :

. . . . . Que chacun chez soi doucement se retire :
Sur telles affaires toujours
Le meilleur est de ne rien dire.

Pour moi, je n'en dirai qu'un mot. J'estime que le Préfet de police, connaissant les agissements de l'entourage de Fidélia, était en droit de la protéger. Comme il ne fait doute pour aucun des médecins qui l'ont interrogée ou soignée qu'elle ne soit aliénée, il pouvait, sans excéder les droits que lui concède la loi de 1838, la placer d'office dans tel ou tel établissement d'aliénés, à son choix. Une fois là, les tribunaux l'auraient interdite; un tuteur aurait été nommé. De cette façon, sa personne et ses biens auraient été sauvegardés. Au lieu de cela...... beaucoup de bruit, et la pauvre aliénée entre les mains de ceux qui l'exploitent.

— Une autre intéressante personne qui ne se contente pas du bruit qu'elle a fait pendant sa vie, veut encore en faire après sa mort. Il s'agit de Mlle Hersilie Rouy, dont on vient de publier les *Mémoires* (1). En présence d'un tel livre et d'autres du même genre, que peut dire et faire le médecin en cause? Répondre, en démontrant la fausseté des assertions de l'auteur? Mais, pour cela, il lui faut prouver que celui-ci est ou a été malade, publier son observation clinique. Le secret médical lui ferme la bouche et l'oblige à laisser passer l'orage sans dire mot. Les aliénés en liberté ont donc beau jeu. Mlle Hersilie Rouy a largement usé de ce privilège; et cependant, faut-il le dire? rien qu'avec son livre et sans recourir à des documents plus scientifiques, il ne serait peut-être pas bien

(1) *Mémoires d'une aliénée*, publiés par Le Normant de Varannes. 1 vol. in-12. Paris, Ollendorff, éditeur, 1883.

rement teinté en jaune, et englobant à sa périphérie des leucocytes. C'est là un deuxième procédé d'oblitération vasculaire et peut-être de formation de cellules géantes.

L'élément tuberculeux. — On trouve dans les fongosités articulaires : 1° des follicules tuberculeux avec ou sans cellules géantes; 2° des tubercules conglomérés; 3° des infiltrations tuberculeuses diffuses. Les follicules tuberculeux s'y présentent avec les caractères décrits à propos de la tuberculose pulmonaire et des abcès froids. Les cas les plus nombreux sont ceux où on les trouve isolés au milieu d'un tissu embryonnaire.

Les tubercules conglomérés ne sont ni très rares, ni très fréquents dans les fongosités articulaires. A l'œil nu, ils se présentent sous forme de granulations grises ou jaunes, ou sous forme d'un semis de grains de sable. Mais on voit souvent dans les fongosités de petites masses blanches moins nettement arrondies, composée de cellules en dégénérescence caséeuse.

Dans une troisième série de cas, le tissu fongueux est constitué par un véritable infiltrat de cellules géantes et de follicules séparés par de rares cellules embryonnaires et plongés dans une substance vitreuse colorée en jaune orange par le carmin.

Quant à la cellule géante, elle m'a toujours paru, dans les fongosités, se former par le processus de l'endartérite ou de la coagulation fibrineuse; jamais elle ne se présente avec le caractère de l'élément angioblastique ou de la cellule à myéloplaxes. C'est une masse de protoplasma vitreux, à noyaux petits et relégués à la périphérie, à pointes circonférentielles aiguës; la cellule à myéloplaxes a, au contraire, un protoplasma granuleux, des noyaux plus volumineux également répartis, et des prolongements plus ou moins arrondis.

OBSERVATIONS.

Nous donnerons, brièvement résumées, les observations recueillies dans le service de M. le professeur Ollier, avec les résultats connus au mois de novembre 1882. Nous les diviserons en trois catégories : la première comprend trois cas, où nous avons trouvé des tubercules miliaires au sein des fongosités; la deuxième comprend deux cas, où les follicules tuberculeux n'étaient séparés que par une quantité insignifiante de cellules embryonnaires; la troisième comprend quatorze cas, où les follicules étaient plongés dans un tissu embryonnaire plus ou moins abondant.

1re CATÉGORIE. — *Fongosités avec tubercules miliaires inclus.*

Obs. IX. — Laroul (Jean-Marie), vingt-cinq ans, cultivateur, entré le 19 mars 1881. Pas d'antécédents scrofuleux ni héréditaires. Il y a sept ans, pneumonie suivie d'une longue convalescence. Depuis son entrée, le malade a eu à plusieurs reprises des poussées pneumoniques avec souffle et submatité au sommet droit. Il entre pour une arthrite fongueuse du coude droit avec fistules.

Le 23 mars 1881, résection. L'humérus est entouré de fongosités exubérantes qu'on enlève en partie; on touche le reste au Paquelin. Les fongosités enlevées présentent à l'œil nu de petits grains miliaires semi-transparents; ce sont des tubercules conglomérés. Actuellement, guérison complète; plus de symptômes pulmonaires; restitution quasi parfaite de la forme du coude. Le malade enlève facilement de terre 25 kilogrammes, porte 5 kilogrammes à bras tendu. Extension à 140 degrés; flexion à 50 degrés.

Obs. X. — Claudine Bonnet, lingère, quinze ans, entrée le 23 mars 1881, sortie le 25 mai. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents scrofuleux : adénite, blépharite, otite. Arthrite fongueuse avec fistules du genou, avec flexion de la jambe.

Le 1er avril, essai de résection du genou, qu'on transforme en amputation, à cause de l'étendue des lésions. État ostéo-malacique des os avec boue spléniq•e; fusées sous-tricipitales; fongosités abondantes des parties molles. Les fongosités présentent à l'œil nu un semis de granulations visibles à l'œil nu, reconnues tuberculeuses au microscope. Guérison. Pas de lésions pulmonaires.

Obs. XI. — Barthélemy Maligeay, berger, quinze ans, entré le 24 février 1881. Antécédents mal connus. Signes évidents de scrofule : adénite, abcès froids. Ostéite de l'astragale datant de deux ans. Evidement d'un foyer de fongosités renfermant des granulations tuberculeuses. Guérison.

2e CATÉGORIE. — *Follicules tuberculeux confluents.*

Obs. XII. — Joséphine Péraud, vingt ans, sans profession, entrée le 12 février 1881. Pas d'antécédents. Ostéo-arthrite du pied datant de neuf ans. Foyers de fongosités avec séquestres et masses caséeuses incluses. On pratique la désarticulation tibio-tarsienne avec conservation du périoste calcanéen. A la suite, amaigrissement, toux, expectoration, tuberculose pulmonaire, diarrhée.

La malade sort le 1er juillet 1881; elle serait morte depuis de diarrhée incoercible.

Examen des fongosités qui s'élèvent du cuboïde. — Nappe de follicules tuberculeux se touchant ou séparés par un tissu embryonnaire coloré en jaune orange par le carmin. Nombreuses cellules géantes.

Obs. XIII. — Louis F..., trente-neuf ans, professeur, entré le 6 mai 1882. Sœur morte tuberculeuse. Pas d'antécédents scrofuleux. A dix-sept ans, coxalgie de la hanche droite guérie par ankylose. A trente-sept ans, mal de Pott. Guérison. Depuis deux ans, douleurs dans le genou. Marche rapide depuis deux mois. Actuellement, abcès froid articulaire avec rupture de la synoviale.

Le 13 mai, tentative de drainage.

Le 22 mai, amputation de la cuisse. Guérison. Lésions vulgaires de la tumeur blanche. La synoviale est convertie en fongosités avec follicules tuberculeux confluents.

3e CATÉGORIE. — *Fongosités articulaires avec follicules tuberculeux inclus.*

Obs. XIV. — Crottier, perruquier, trente et un ans, entré le 7 décembre 1880, sorti le 7 mars 1881. Pas d'antécédents héré-

---

difficile de prouver que..... Hersilie, la femme de Romulus, enlevée au ciel par Iris, sur l'ordre de Junon, n'avait pas les sens très rassis. Mlle Rouy qui a passé par un grand nombre d'asiles d'aliénés, a connu presque tout le personnel des médecins aliénistes de France. Je ne parlerai pas du jugement qu'elle porte sur nos confrères morts ou vivants; elle est dans son rôle de malade en ne les ménageant guère. C'est contre le professeur Lasègue qu'elle me semble être le moins acrimonieuse; elle lui trouve « un air de supériorité, d'incontestable intelligence, de franchise et de bienveillance presque joviale » (p. 93).

Si nos confrères des asiles ont quelques instants à perdre, je leur conseille de lire ces *Mémoires d'une aliénée.* Il y trouveront une nouvelle preuve de la manière dont un malade peut interpréter leurs moindres actes, leurs paroles les plus inoffensives, pour échafauder un roman qui peut avoir quelques semblants de vraisemblance pour servir ensuite aux *Romans* des cabinets de lecture.

— Les journaux ont retenti du bruit d'une « insurrection » de *varioleux* à l'hôpital Tenon. Ces gens-là manifestement avaient une variole maligne, mais j'ai le plaisir de vous dire que l'insurrection a été faite par un convalescent tout seul, lequel, s'étant procuré un habit et un chapeau, a pris la clef des champs.

École d'Alger. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes sera ouvert le 5 novembre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Société d'otologie. — Une *Société d'otologie et de laryngoscopie* vient de se fonder à Paris. Une séance a déjà été consacrée à la discussion des statuts. La Société, composée de membres français et de membres étrangers, se réunira trois fois par an en deux séances. Une première séance a eu lieu le 22 mars.

ditaires. Il y a quinze ans, affection osseuse du calcanéum droit guérie. Actuellement, épididymite tuberculeuse, ganglions sous-maxillaires, ostéo-arthrite du pied gauche avec fistules et engorgement ganglionnaire de l'aine.

Le 24 décembre, désarticulation du pied avec conservation du périoste calcanéen. A la suite, accidents pulmonaires tuberculeux. Sort le 7 mars 1881, avec lésion locale en voie de guérison. Résultat définitif inconnu.

Examen anatomique. — Altération graisseuse des os du tarse avec fongosités abondantes. Fongosités constituées par du tissu embryonnaire avec nombreux follicules tuberculeux inclus et cellules géantes.

Obs. XV.—Alfred Mège, seize ans, pâtissier, entré le 9 mars 1881. Engorgements ganglionnaires dans l'enfance. Pas d'antécédents héréditaires. Lésion de l'astragale et des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne.

Le 2 avril, ablation de l'astragale, curage de l'extrémité inférieure du tibia et de la face supérieure du calcanéum. Ablation de masses fongueuses, les unes sous forme de gelée, les autres anémiées, présentant de petites élevures semi-transparentes de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le 10 mai, mort de pourriture d'hôpital.

Examen des fongosités. — Elles sont farcies de follicules tuberculeux avec cellules géantes, pauvres en vaisseaux. Pas de tubercules conglomérés. Les élevures, semi-transparentes, d'apparence tuberculeuse, sont examinées à part : ce ne sont pas des nodules tuberculeux, mais de *petits amas de graisse qui soulèvent la synoviale sous forme de tête d'épingle.*

Obs. XVI. — Jean Aubert, teinturier, vingt-sept ans, entré le 11 mars 1881. Ostéite fongueuse des os du tarse avec fistules. Ablation du cuboïde, du troisième cunéiforme et de l'extrémité antérieure du calcanéum

Sorti le 29 mai 1881 en voie de guérison.

Examen des fongosités. — Tissu embryonnaire abondant avec follicules tuberculeux.

Obs. XVII. — Emma Marsal, quatre ans et demi, entrée le 28 mars 1881, morte le 6 juillet 1882.

Le 30 mars 1881, résection de la hanche droite pour coxalgie suppurée avec abcès pelvien.

Le 23 juin, ouverture d'un abcès de la fosse iliaque à droite. Tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Poumon farci de tubercules miliaires. Tuberculose vertébrale avec pus dans la gaine du psoas. Cavité cotyloïde perforée. L'examen des fongosités avait montré des follicules tuberculeux.

Obs. XVIII.—Joséphine Verger, seize ans, entrée le 16 juin 1880. Entre pour un trajet fistuleux conduisant sur la diaphyse humérale au voisinage de la portion épiphysaire. Evidement d'un foyer fongueux juxta-épiphysaire le 9 juin 1881. L'articulation du coude se prend et devient fongueuse. Résection du coude le 20 juillet. Follicules tuberculeux dans les fongosités. Actuellement en traitement.

Obs. XIX.—Augustine Gérard, huit ans, entrée le 5 mai 1881. Pas d'antécédents. Entre le 5 mai pour arthrite fongueuse du genou : pointes de feu et immobilisation. L'arthrite devient suppurée. Le 5 juillet et le 26 septembre, ponctions capillaires. Le 5 décembre, résection du genou. Fongosités et produits caséeux tapissant la synoviale. M. le docteur Cogniard constate dans les fongosités la présence de follicules tuberculeux. Guérison. La malade commence à marcher.

Obs. XX. —Marthe Weston, dix-huit ans, entrée le 25 avril 1882. Tuberculose vertébrale avec abcès multiples et douloureux. Ouverture des abcès. Résection de trois apophyses épineuses et d'une lame vertébrale. Abrasion de fongosités. La malade est soulagée. Actuellement dans le service, la suppuration persiste. Les fongosités, bien qu'au contact d'os présentant les caractères de la tuberculose vertébrale, amas caséeux, n'offrent pas de tubercules miliaires, mais de simples follicules.

Obs. XXI. — Clémentine Dampierre, cultivatrice, treize ans, entrée le 2 mars 1881, sortie le 16 juillet 1881. Pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents : adénites, impétigo du cuir chevelu. A l'entrée, facies pâle, amaigri, non bouffi, tuberculeux; adénite cervicale à droite; ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation médio-tarsienne; poumons suspects. On se contente de drainer le pied de dehors en dedans et d'extraire les fongosités. Les symptômes pulmonaires s'aggravent; la diarrhée survient. La malade rentre chez elle le 16 juillet. Mort de diarrhée.

Examen des fongosités. — Fongosités pâles, décolorées; nombreux follicules tuberculeux, avec cellules géantes incluses, dispersées au milieu d'un tissu embryonnaire mal coloré par le carmin.

Obs. XXII. — Eugénie Lutto, treize ans. Rien du côté de l'hérédité et des antécédents. Facies pâle, amaigri; aspect tuberculeux. Coxalgie suppurée avec foyer intra-pelvien. Résection de la hanche. Longue suppuration. La malade quitte le service avec œdème des membres supérieurs et mauvais état général.

Examen des fongosités. — Fongosités pâles, anémiées, avec points caséeux; tissu embryonnaire avec follicules tuberculeux et nombreux points de dégénérescence caséeuse.

Obs. XXIII. — Marcellin Maisonneuve, domestique, seize ans, entré le 6 avril 1881. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Adénites dans l'enfance. Coxalgie acétabulaire suppurée. Résection de la hanche le 3 avril. Mort le 11 avril.

Examen des pièces.—Tête fémorale peu altérée; cotyle perforé en Y avec séquestres et fongosités peu abondantes. Fongosités riches en follicules tuberculeux.

A l'autopsie, tuberculose miliaire généralisée : poumon, foie, rate.

Obs. XXIV. — Louis Beloët, trente-cinq ans, cultivateur, entré le 27 avril 1881. Mère suspecte de tuberculose. En 1868, affection pulmonaire subaiguë avec crachats rouges. Depuis 1870, douleurs dans le coude droit. Actuellement, ostéo-arthrite suppurée du coude.

Le 30 avril, opération. Sort en voie de guérison. Fongosités peu abondantes, avec quelques follicules tuberculeux.

Obs. XXV. — Louise-Marie Argence, cultivatrice, trente ans, entrée le 26 juin 1882, sortie le 27 juillet. Pas d'antécédents tuberculeux. Ostéite carieuse du calcanéum. Abrasion de parties nécrosées et de fongosités. Tunellisation du calcanéum. Dans les fongosités, rares follicules tuberculeux. Sort en bonne voie de guérison.

Obs. XXVI. — Gautheron (Benoît), cultivateur, quarante ans, entré le 1er juin 1882. — Tuberculose pulmonaire : cavernes? Ostéo-arthrite du coude avec fongosités considérables sans fistule.

Le 7 août, résection. Fongosités riches en folliculeux. Nombreux points caséeux. En voie de traitement.

Obs. XXVII. — Aristide Ducros, quarante ans, boulanger, entré le 30 mars 1882. Mère morte tuberculeuse. Sœur atteinte d'arthrite tibio-tarsienne. Lésions des sommets : craquements et souffle. Résection le 3 avril. Actuellement en voie de guérison : lésions pulmonaires bien améliorées.

Examen des fongosités. — Fongosités jaunâtres, caséeuses, avec piqueté jaunâtre. Nombreux follicules tuberculeux et nombreux foyers de caséification.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 AVRIL 1883, PRÉSIDÉE PAR M. JAMIN.

Tableau des prix décernés (année 1882).

Statistique. — *Prix Montyon :* Un prix est décerné à M. le docteur Maher (Statistique médicale de Rochefort). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Guiraud (Mouvement de la population à Montauban) et Mauriac (Etudes sur les logements insalubres à Bordeaux, sur une épidémie de variole et sur la rage.)

Agriculture. — *Prix Vaillant :* De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses. Ce prix est décerné à M. Toussaint.

Anatomie et zoologie. — *Grand prix des sciences physiques :* Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. Le prix n'est pas décerné. Le concours est prorogé à l'année 1884. — *Prix Savigny :* Le prix n'est pas décerné. —

Prix Thore : Le prix est décerné à M. Ed. André. — *Prix de Gama Machado :* Le prix est décerné à M. Hermann.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) : La commission décerne trois prix de deux mille cinq cents francs chacun à M. F.-C. Maillot, à MM. Dieulafoy et Krishaber, à M. G. Hayem. Elle accorde trois mentions de quinze cents francs chacune à MM. Gréhand et Quinquaud, à M. F. Giraud-Teulon, à M. P. Mégnin, et cite honorablement dans le rapport MM. A. Borius, Cadiat, L. Dubar et Ch. Rémy, H. Fournié, E. Gavoy, H. Leloir. — *Prix Bréant :* Le prix est décerné à MM. Arloing, Cornevin et Thomas. — *Prix Godard :* Le prix est décerné à M. Reclus (1). — *Prix Lallemand :* Le prix est décerné à MM. Bourneville et Paul Regnard. Il est accordé deux mentions honorables à M. Liégeois et à M E. Lamarre.

Physiologie. — *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale) : Le prix est décerné à M. Dastre. Il est accordé une citation honorable à M. Gaëtan Delaunay.

Prix généraux. — *Prix Montyon* (Arts insalubres) : Le prix n'est pas décerné.

Prix proposés pour les années 1883, 1884, 1885 et 1886.

Statistique. — 1883. *Prix Montyon.*

Anatomie et zoologie. — 1883. *Grand prix des sciences physiques :* Développement histologique des insectes pendant leurs métamorphoses. — 1883. *Prix Bordin :* Recherches relatives à la paléontologie botanique ou zoologique de la France ou de l'Algérie.

Médecine et chirurgie. — 1883. *Prix Montyon :* Prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre. — 1883. *Prix Bréant :* Somme de cent mille francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce fléau », ou à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin à celle qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne. — 1883. *Prix Godard :* Mille francs à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. — 1884. *Prix Serres :* Sept mille cinq cents francs au meilleur ouvrage qu'elle aura reçu sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine. — 1883. *Prix Chaussier :* Dix mille francs, dans sa séance publique de l'année 1883, au meilleur ouvrage sur la médecine, sur la médecine légale ou sur la médecine pratique paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement. — 1885. *Prix Dusgate :* Deux mille cinq cents francs à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées. — 1883. *Prix Lallemand :* Dix-huit cents francs pour travaux sur le système nerveux.

Physiologie. — 1883. *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale) : Sept cent cinquante francs à un ouvrage imprimé ou manuscrit sur la physiologie expérimentale. — 1883. *Prix L. Lacaze :* Trois prix de dix mille francs chacun aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

Prix généraux. — 1883. *Prix Montyon* (Arts insalubres).

Académie de médecine.

Séance du 10 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le docteur *Layet*, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux, se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

M. le docteur *Apostoli* envoie un pli cacheté dont le dépôt est accepté, et renfermant un mémoire sur le *Traitement des fibromes de l'utérus.*

M. le docteur *Weill* adresse, pour le concours du prix Vernois de 1883, une brochure intitulée : *Éléments d'hygiène à l'usage des écoles primaires. — (Inscrit sous le n° 4.)*

M. le docteur *Spiridion Kanellis* (d'Athènes) envoie un mémoire manuscrit sur une *Nouvelle théorie et de nouvelles recherches expérimentales sur la production du choc précordial.*

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Vehenkel* (de Bruxelles), un *Rapport sur l'inspection des viandes alimentaires;* 2° de la part de M. le docteur *Zappala Carmelo* (de Catane, Italie), une brochure ayant pour titre : *Osteoclastia dei calli viziosi.*

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Duché* (Yonne), un mémoire sur la *Récente épidémie de fièvre typhoïde, à Auxerre.*

M. *Léon Collin* offre : 1° de la part de M. le docteur *Eude*, une *Étude manuscrite sur l'état sanitaire dans un casernement à pavillons séparés;* 2° au nom de M. le docteur *Weill*, une brochure intitulée : *Éléments d'hygiène à l'usage des écoles primaires.*

M. *Dechambre* présente un mémoire de M. le docteur *Typaldos* (d'Athènes), sur une *Épidémie de méningite cérébro-spinale en Grèce, en 1869.*

M. *Besnier* offre : 1° au nom de M. le docteur *Fabre* (de Commentry, Allier), un ouvrage sur le *Zona ;* 2° de la part de M. le docteur *J. Tessier* (de Lyon), un *Rapport sur les maladies régnantes à Lyon en 1882;* 3° en son nom, un mémoire sur l'*Empoisonnement par l'acide pyrogallique employé en frictions dans le traitement du psoriasis.*

Trépanation, localisations cérébrales. — L'observation adressée à l'Académie par M. le docteur Giuseppe Silvestrini (de Sassari), et sur laquelle M. *Polaillon* lit un rapport, avait pour sujet un jeune garçon de quinze ans qui, consécutivement à une fracture du crâne causée par un coup de pied de cheval, présenta sept mois et demi après des symptômes de paralysie faisant penser qu'un caillot ou hématome comprimait la zone motrice corticale gauche du cerveau et qu'il en ressortait clairement l'indication de trépaner. Cette opération confirma le diagnostic; mais le quatrième jour une méningite suppurative aiguë se développa et le malade fut emporté en deux jours. Le point saillant de l'autopsie fut l'existence de deux abcès de la substance cérébrale, l'un, gros comme une noix, situé au pied de la circonvolution frontale ascendante, l'autre au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, contemporains sans doute de l'apparition de l'aphasie et de la paralysie faciale dont ils avaient été la cause. M. Polaillon, après avoir discuté les divers points de l'observation de M. Silvestrini, pense qu'il faut la considérer comme une nouvelle preuve des localisations cérébrales. Le centre moteur du membre supérieur et du membre inférieur que l'on place à la partie supérieure du sillon de Rolando, était, en effet, comprimé et irrité par un caillot, d'où la paralysie de ces membres et leurs convulsions épileptiques; le centre moteur du langage articulé était le siège d'un abcès, d'où l'aphasie ; quant au centre moteur des muscles de la moitié inférieure de la face, qui est encore mal déterminé, le fait de M. Silvestrini confirme l'opinion de MM. Charcot et Pitres qui le placent en arrière du centre de la parole, au dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, dans le point où, chez le malade en question, un abcès a été précisément rencontré.

Discussion sur la fièvre typhoïde. — M. *Peter* se défend que son esprit soit, comme on a voulu le prétendre, « réfractaire et fermé aux idées de progrès » ; il ne l'est, dit-il, qu'aux idées erronées et dangereuses. Parmi celles-ci il range l'application hâtive et téméraire à la médecine humaine d'expériences de médecine vétérinaire qui n'ont, suivant lui, reçu ni du temps ni de l'observation une consécration suffisante. Il ne voit dans les applications proposées que de pures hypothèses et redoute les dangers des « médications microbicides », capables, dit-il, trop souvent de tuer le malade plutôt que l'agent infectieux, qui est à tort seul visé. Aussi, invoquant l'exemple de Velpeau à propos des discussions anciennes sur la cellule cancéreuse, croit-il devoir défendre à son tour la thérapeutique, « cette partie sociale de la médecine humaine », contre des innovations qu'il considère comme absolument périlleuses.

M. *Fauvel* ramène l'Académie à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans le milieu parisien. La dothiénentérie, dit-il, qu'il faut distinguer du typhus, est une maladie *sui generis*, née d'un germe spécifique, et qui confère à l'individu qui en a été atteint une immunité plus ou moins longue. Elle se présente, en France, dans deux

(1) Nos lecteurs connaissent les vues de notre très distingué collaborateur sur l'*affection tuberculeuse* et sur l'*affection syphilitique du testicule*, sujets des deux travaux qui viennent d'être récompensés.

conditions distinctes : 1° l'état endémique ou permanent, dans les centres populeux et dont Paris est le principal foyer ; 2° l'état épidémique, passager, observé surtout dans les petites localités. L'état endémique, à Paris, et probablement ailleurs, est caractérisé principalement par l'immunité générale, mais non absolue, dont jouit la population native, soit par le fait d'une attaque subie, soit par une sorte d'accoutumance contractée dès l'enfance; les étrangers ne jouissent pas de ce privilège lorsqu'ils ne se trouvent pas dans les conditions qui créent l'immunité, tels sont les ouvriers et les soldats nouveaux venus. Quoique à l'état épidémique, il présente des oscillations saisonnières plus ou moins tranchées, et le nombre des cas de fièvre typhoïde semble proportionné à celui de la population flottante susceptible de contracter la maladie.

L'immunité relative dont jouissent les Parisiens s'oppose à ce que la dothiénentérie acquière à Paris la proportion d'une grande épidémie, et telle n'a pas été la recrudescence de l'année dernière. L'encombrement, la misère, toutes les sources d'insalubrité, n'engendrent pas le principe spécifique de la fièvre typhoïde, pas plus qu'elles ne font naître le germe de la variole; mais il est certain que l'encombrement et toutes les causes d'insalubrité réunies dans les habitations ont une part puissante au développement, à la propagation et à la gravité de la maladie. Ainsi, les égouts, les fosses fixes, les dépotoirs, malgré les inconvénients graves qu'ils présentent, n'ont pas pour effet de propager directement la dothiénentérie, par la raison que tous les germes spécifiques des maladies humaines y sont détruits par le méphitisme des matières fécales qui s'y trouvent; ce méphitisme est, il est vrai, très dangereux à un autre point de vue, mais c'est à son action sur les germes contagieux que les vidangeurs et les égoutiers doivent d'échapper aux diverses maladies qui peuvent avoir pour réceptacles les matières fécales.

M. Fauvel pense, en outre, que les germes contagieux ne sont pas détruits seulement par le méphitisme fécal, mais encore par l'action oxydante de l'air atmosphérique, si bien que les deux indications principales à remplir pour l'assainissement des égouts de Paris, doivent être de l'eau en abondance pour empêcher la stagnation des matières et une aération constante pour les assainir.

Par contre, dans les petites localités où apparaît la dothiénentérie sous forme épidémique, on remonte presque toujours au fait d'importation, et l'épidémie se développe plus ou moins selon les circonstances locales qui en favorisent le développement; c'est alors que les eaux chargées du principe infectieux jouent un grand rôle; encore ici les causes d'insalubrité n'ont pas fait naître le germe de la maladie, mais elles ont contribué à le propager; l'épidémie s'éteint sans laisser de traces et sans que l'insalubrité dans le village ait disparu.

L'orateur termine en appelant l'attention de l'Académie sur l'analogie frappante qui existe entre la manière dont se comporte la dothiénentérie en France et celle qu'affectent les maladies pestilentielles exotiques, telles que le choléra, la fièvre jaune et la peste; mêmes foyers endémiques, où les natifs sont épargnés généralement et où les étrangers viennent puiser le germe de la maladie; mêmes épidémies plus ou moins lointaines importées des foyers endémiques dans des pays exemps de la maladie; cette analogie ne donne-t-elle pas à penser que la dothiénentérie se rattache à une loi commune, qui régit ces grandes manifestations pestilentielles.

M. le *Président*, tout en déclarant la discussion close, propose à l'Académie de nommer une commission qui serait chargée de formuler une série de conclusions pouvant ensuite être soumises à son vote, afin de faire connaître tout au moins les vœux de la Compagnie en ce qui concerne les diverses causes d'insalubrité signalées comme susceptibles d'avoir une action manifeste dans l'étiologie de la fièvre typhoïde à Paris, ainsi que sur les moyens d'y remédier. Après un échange d'observations entre plusieurs membres et même après un vote douteux, mais à la demande de M. *Rochard*, montrant dans une chaleureuse et éloquente improvisation quels sont les points d'hygiène publique sur lesquels l'accord est possible et combien il importe d'éclairer les pouvoirs publics en pareille circonstance, l'Académie décide la nomination d'une commission composée de MM. *Hardy*, *Léon Colin*, *Fauvel*, *Bergeron* et *Rochard*, qui sera chargée de présenter prochainement à son approbation un certain nombre de conclusions dans le sens que nous venons d'indiquer.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1883.— PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Hypertrophie mammaire. — Traitement des anévrysmes artério-veineux. — Résection du poignet.

M. *Després* offre à la Société de chirurgie, de la part de M. Manec, un tableau d'Horace Vernet, représentant une femme opérée d'une double hypertrophie mammaire; l'une des mamelles pesait 16 livres, l'autre 15 livres. L'observation a été publiée en 1849 dans la *Gazette des hôpitaux*. La malade a guéri sans le secours des pansements antiseptiques.

— M. *Verneuil* étudie le traitement des anévrysmes artério-veineux par les opérations sanglantes, à propos d'un mémoire lu par M. Reclus.

Quel est le meilleur traitement applicable aux anévrysmes artério-veineux? Le nombre de ces anévrysmes est devenu rare depuis l'abandon de la saignée; en outre, souvent ces anévrysmes sont bien tolérés par les malades. Cependant M. Reclus a pu en rassembler vingt observations. Un homme entre dans le service de M. Verneuil avec un anévrysme artério-veineux du jarret, suite d'une blessure par un éclat de verre. La tumeur fut mise à nu, et tous les vaisseaux afférents et efférents visibles furent liés. Le sac fut alors ouvert, et il survint une hémorrhagie difficile à arrêter par les ligatures. Plus tard, il y eut une hémorrhagie secondaire; la suppuration dura longtemps; le malade finit par guérir.

A propos de cette observation, M. Verneuil se demanda si l'opération était nécessaire. Il est vrai que l'anévrysme ne déterminait ni douleur ni troubles fonctionnels sérieux; il y avait quelques fourmillements dans la jambe et les veines superficielles se dilatèrent; l'intervention devenait nécessaire; M. Verneuil se crut autorisé à agir. Il essaya la flexion forcée qui ne donna rien; on fit ensuite des tentatives de compression directe combinée avec la compression du membre; mais le malade ne pouvait la supporter. Un bandage ouaté d'Alphonse Guérin ne donna aucun résultat. Comme l'état général était bon, M. Verneuil fit l'opération. Le malade guéri marche facilement, mais au bout de cinq ou six kilomètres il ressent un peu d'engourdissement dans la jambe. La méthode employée était-elle la meilleure? fallait-il respecter le sac, ou l'ouvrir? L'ouverture du sac guérit radicalement les opérés qui survivent, mais elle expose à des hémorrhagies graves. La ligature au-dessus et au-dessous du sac expose moins à la phlébite.

Les opérations les plus compliquées peuvent se réduire à quatre temps : ligature des artères, ligature des veines, dénudation du sac, ouverture ou ablation du sac. Il y a presque autant de procédés opératoires que d'opérations; les uns ont lié seulement les artères; d'autres y ajoutent la ligature des veines; d'autres font en plus l'ouverture du sac, ou même l'extirpation de la poche. Dans une opération il faut toujours chercher l'efficacité, la bénignité et la facilité. Sur 20 opérés on compte 7 morts. Avec les pansements antiseptiques on peut espérer une meilleure statistique, et avec l'ischémie chirurgicale on opérera plus rapidement et plus sûrement. Chez

l'opéré de M. Verneuil, tout alla bien jusqu'à l'ouverture du sac; mais aussitôt le sac ouvert, il survint une violente hémorrhagie qui nécessita de nombreuses ligatures.

M. Reclus dit que l'ouverture de la poche était indispensable pour lier les vaisseaux qui ramenaient le sang dans le sac malgré toutes les ligatures faites. Si M. Verneuil avait à opérer un anévrysme poplité artério-veineux, il commencerait par lier les artères et les veines; si alors le sac n'avait ni battements ni expansion, il l'abandonnerait à lui-même; si les battements revenaient, il ferait des injections coagulantes. Cette méthode opératoire n'est pas applicable à tous les cas.

— M. *Ollier* (de Lyon) fait une communication sur la résection radio-carpienne. Les résultats de cette opération n'ont pas toujours été satisfaisants. M. Ollier a fait vingt-deux fois la résection totale du poignet, c'est-à-dire l'ablation des os du carpe, quelquefois avec la tête des métacarpiens, et la résection de la surface articulaires du radius et du cubitus.

Cette opération a paru insuffisante pour guérir la maladie à laquelle elle s'adresse; on l'a accusée de laisser des pustules interminables et une main impuissante. M. Ollier voudrait faire appel de ce jugement. Il est évident que si l'on attend trop, les résultats définitifs sont peu satisfaisants. Les opérations de M. Ollier ont trait à des adultes; les résultats ont été bons ou mauvais selon l'époque à laquelle il a opéré. Au début de sa pratique, il avait de mauvais résultats. Parmi ses opérés, il en est plusieurs qui montrent que les tuberculeux peuvent être améliorés, et que les accidents pulmonaires peuvent être atténués.

La capsule périostéo-capsulaire doit être conservée, quoique du côté des os du carpe le périoste soit difficile à isoler. Quand il y a des fongosités suspectes, on les enlève et on cautérise ensuite. La réunion immédiate ne doit pas être recherchée parce qu'il est nécessaire de surveiller les fongosités. Ne pas faire une résection économique; chez les enfants, on enlèvera les fongosités et les séquestres et on laissera le plus possible du tissu osseux; chez les adultes, on enlèvera complètement le carpe, pour avoir une guérison stable et plus rapide.

Il faut enlever les os malades en respectant les tendons; il y a deux procédés principaux: dans l'un, on pratique deux incisions latérales: on le met en usage quand la lésion a commencé par les os de l'avant-bras; dans l'autre procédé, quand c'est surtout le carpe, qui est malade, on fait une incision sur le dos de la main. L'opération demande toujours beaucoup de temps. On commence par les os qui se détachent le plus facilement. M. Ollier applique le pansement de Lister, avec des drains perforants; c'est ainsi qu'il a opéré ses onze derniers malades et il n'a pas eu d'accidents graves.

On n'obtient pas un résultat orthopédique suffisant avant cinq ou six mois. On redressera constamment la main jusqu'à ce qu'elle soit solide. L'un des opérés portait 11 kilogrammes à bras tendu. La main se raccourcit, car on n'obtient pas la reproduction complète des os du carpe; l'extrémité du radius et celle du cubitus peuvent se reconstituer. Tout dépend de l'âge des individus et de la quantité d'os enlevé. Au point de vue des récidives, il n'y a rien de particulier pour le poignet; quand il y a récidive, c'est que l'opération a été incomplète, c'est qu'on a laissé des os malades ou des fongosités.

M. *Polaillon* a présenté à la Société de chirurgie un exemple de résection complète du poignet (ablation des os du carpe, de la tête des métacarpiens, et d'un centimètre du radius et du cubitus). Il a pris moins de soin que M. Ollier pour conserver la gaine ostéo-périostique, mais au bout de six mois le résultat était excellent.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 MARS 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Emploi du chlorure d'or dans l'ataxie : M. N. Gueneau de Mussy; discussion.

M. *N. Gueneau de Mussy* communique une note de M. Galezowski, relative à l'*emploi du chlorure d'or ou de platine dans l'ataxie* pour combattre l'atrophie rétinienne. Lui-même avait eu à soigner, il y a quelques années, une jeune femme devenue syphilitique du fait de son mari, et qui avait déjà subi un long et rigoureux traitement spécifique; elle paraissait guérie, lorsqu'elle éprouva, quelques années plus tard, de violentes douleurs dans les membres et des convulsions épileptiformes, suivies de ptosis et de diplopie. Le traitement mixte, par le mercure et l'iodure de potassium, ayant été prescrit de nouveau, tous ces accidents ne tardèrent pas à disparaître; mais bientôt se montrèrent des douleurs fulgurantes très pénibles, du tremblement des mains et des poussées congestives vers le larynx ou les intestins; il n'y avait pas, d'ailleurs, de véritable ataxie de la marche. M. N. Gueneau de Mussy fit pratiquer des frictions mercurielles et administra l'iodure à haute dose; mais malgré ce traitement énergique, aucune amélioration ne se produisit, et, après une saison aux eaux de Louech, apparurent des exostoses volumineuses. Soumise alors au traitement par le chlorure d'or et aux applications d'emplâtres de Vigo, la malade vit ses exostoses disparaître presque entièrement en même temps que les douleurs fulgurantes.

Ayant eu connaissance de ce fait, M. Galezowski expérimenta l'action des injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium dans l'atrophie papillaire des tabétiques. Il s'est servi d'une solution renfermant un milligramme de sel par gramme, et a obtenu, depuis le mois de novembre dernier, trois succès sur onze cas; chez ces trois malades, il a observé l'arrêt de l'atrophie rétinienne et la disparition des douleurs fulgurantes et de l'anesthésie cutanée. Cet arrêt dans la marche de la lésion oculaire ne semble pas pouvoir être attribué à une simple rémission spontanée dans l'évolution du tabes, coïncidant fortuitement avec le traitement institué, car on sait que cette atrophie tabétique s'accentue progressivement d'une façon constante. Ayant observé, dans des essais antérieurs, que l'on a des accidents intestinaux avec le cyanure de mercure à la dose de 10 milligrammes, M. Galezowski employa tout d'abord le cyanure d'or à la dose de 5 milligrammes; il put augmenter progressivement jusqu'à 15 et 20 milligrammes sans déterminer aucun trouble du même genre.

M. *Martineau* prescrit à l'intérieur, chez les syphilitiques, la solution suivante, à la dose de deux à trois cuillerées à café; chlorure d'or, 1 gramme; chlorure de sodium, 1 gramme; eau distillée, 1 litre. Ce traitement possède une action manifeste sur les syphilis rebelles et les accidents tertiaires ulcéreux. Il a observé dernièrement un cas de ce genre chez une femme atteinte de syphilides serpigineuses ulcéreuses des jambes; non seulement elle a guéri de ces accidents graves, mais elle a pu mener à bien la consolidation d'une fracture du péroné, résultant d'une chute faite pendant son séjour à l'hôpital. On sait également que Bazin conseillait le chlorure d'or et de sodium dans la scrofule, et qu'il a été préconisé chez les ataxiques contre les douleurs fulgurantes; il ne donne pas toujours, dans des cas semblables, des résultats bien satisfaisants. M. Martineau croit que les injections de cyanure d'or ont plus d'inconvénients que celles de peptone mercurique, et qu'elles ne possèdent pas le même pouvoir de régénération des globules sanguins; il rappelle qu'en sept à huit jours, avec ces injections, le chiffre des hématies, chez les syphilitiques, remonte de deux millions à quatre millions.

M. *Gouguenheim* a toujours vu l'iodure de potassium à haute dose réussir admirablement contre tous les accidents syphilitiques graves, et en particulier lors d'iritis ou d'amaurose déjà anciennes, ayant résisté au traitement mercuriel. Il pense donc que le cyanure d'or doit être réservé pour des cas exceptionnels.—Il a pu faire dernièrement la nécropsie d'une femme morte de méningite tuberculeuse, et à laquelle on avait pratiqué, peu auparavant, des injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique; il a constaté l'intégrité absolue du tissu cellulaire sous-cutané dans les points où avaient été faites les injections.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer que l'on ne doit peut-être pas confondre les lésions oculaires, tabétiques et syphilitiques; la proposition émise par Fournier sur l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice est certainement exagérée, et bien des ataxiques ne sont nullement syphilitiques; de pareils malades guériraient-ils par un traitement antisyphilitique? Abadie a établi les différences les plus nettes entre les lésions oculaires de l'ataxie et de la vérole : les premières sont incurables, les autres sont justiciables du traitement spécifique.

M. *N. Gueneau de Mussy* a parlé d'accidents tabétiques chez une femme syphilitique, mais il n'a pas voulu établir un rapport de cause à effet entre les deux affections; il ne croit pas que la syphilis puisse être considérée comme la cause nécessaire de l'ataxie, il ne la regarde que comme une cause prédisposante dans certains cas. Ce n'est pas d'ailleurs contre la vérole qu'il a préconisé les sels d'or, c'est contre le tabes. Quant à l'efficacité de l'iodure de potassium à haute dose, elle est peut-être encore discutable; chez sa malade, en effet, il l'avait administré, concurremment aux frictions mercurielles, à la dose de 8 et 10 grammes, sans aucun résultat.

M. *E. Labbé* pense que l'incurabilité du tabes par le traitement spécifique ne prouve pas que son origine syphilitique soit fausse; lorsque les tubes nerveux ont été détruits, la lésion ne peut plus guérir.

M. *Dujardin-Beaumetz* objecte que, du moins, on pourrait encore en arrêter la marche progressivement envahissante, ce que l'on n'obtient jamais.

M. *E. Labbé* a observé plusieurs cas d'ataxie chez des syphilitiques, et rappelle que la proportion des syphilitiques relativement au nombre total des tabétiques est considérable.

M. *E. Dally* se demande si elle n'est pas aussi forte relativement à un même nombre d'individus non ataxiques; sur 100 hommes, il en est environ 80 qui ont eu la syphilis, ce n'est pas une raison pour que toutes les maladies ultérieures dont ils seront atteints soient d'origine syphilitique.

M. *N. Gueneau de Mussy* ne peut admettre les chiffres énoncés par M. Dally; il fait observer en outre, que la syphilis est bien moins fréquente dans les antécédents des malades autres que les tabétiques. Pour lui, il a employé le mercure et l'iodure chez les ataxiques, non comme spécifiques de la vérole, mais comme résolutifs; il n'a du reste jamais obtenu de guérison. A peine a-t-il constaté parfois une légère amélioration des paralysies des muscles de l'œil, de l'incontinence d'urine, ou dans des cas très rares, de l'incoordination de la marche. Il a également employé la pilocarpine, mais n'en a retiré aucun avantage.

M. *Martineau* est d'avis que la syphilis est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; le nombre des malades soignées à Lourcine augmente chaque année : il a été de 2800 en 1882. On juge quel doit être le chiffre des hommes atteints de syphilis, si l'on songe que certaines femmes infectées sont sans domicile, et contaminent chaque soir cinq ou six individus! Dans une certaine classe de la société il y a au moins 80 syphilitiques sur 100 hommes. Il croit qu'il faut distinguer l'ataxie syphilitique du *tabes dorsalis* non syphilitique. L'infiltrat syphilitique peut se développer tardivement dans le tissu fibreux des organes, et en particulier des centres nerveux; il détermine alors parfois des symptômes ataxiques très complets, mais son évolution s'accompagne de signes spéciaux et suit une marche caractéristique. C'est dans des cas analogues que le traitement spécifique, et surtout les injections de peptone mercurique pourront guérir l'ataxie.

M. *E. Labbé* est d'avis que l'évolution de la syphilis dans les centres nerveux n'a aucun caractère spécial et qu'il est impossible, la plupart du temps, de la différencier des autres affections qui produisent des troubles fonctionnels analogues.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

I. **Des communications accidentelles entre les cavités thoracique et intestinale**, par M. H. Tillmanns. — II. **Du pyopneumothorax sous-phrénique**, par M. Leyden. — III. **Des abcès périspléniques**, par M. C. Zuber.

I. — Tillmanns rapporte brièvement l'observation d'une fistule pleuro-intestinale, guérie par l'opération de l'empyème et les lavages salicylés. En voici le résumé :

« Copiste de quinze ans, de faible constitution, ressentit subitement des douleurs dans la région hépatique, après avoir été quelque peu malmené par ses collègues. Trois jours après on constatait chez lui des signes de péritonite localisée, ou du moins d'irritation intestinale, que l'on crut pouvoir attribuer à une stase stercorale dans l'angle droit du côlon; à la suite de l'administration d'une dose d'huile de ricin, suivie d'effet, l'état s'améliora sensiblement. Au bout d'une dizaine de jours, aggravation. Les douleurs et la tension du ventre en cet endroit étaient revenues : on constatait les signes d'un épanchement pleurétique droit. Le surlendemain, à la suite d'un repas copieux, douleurs extraordinaires dans la région thoracique droite et hépatique, dyspnée extrême, épanchement remontant jusqu'à la clavicule, collapsus.

» Une ponction aspiratrice amena un liquide verdâtre, très liquide, à odeur manifestement fécaloïde, dans lequel on put constater l'existence d'un grain d'amidon et de détritus alimentaires. L'ouverture du thorax fut agrandie par l'incision, et après avoir fait un lavage prolongé avec une solution salicylée, on appliqua une canule d'argent, puis un pansement antiseptique.

»l A partir de ce moment, l'état du malade s'améliora sensiblement, quoique avec une extrême lenteur. Au bout de six mois il pouvait reprendre ses occupations habituelles. »

Ce cas est probablement unique dans la science, à cause de son issue; car on ne peut nier que la guérison spontanée d'une fistule de ce genre, par occlusion de la solution de continuité des voies digestives, ne soit qu'un hasard heureux. Il n'en est pas moins intéressant et montre que les collections purulentes de l'étage supérieur de l'abdomen, avec ou sans communication avec les plèvres, perforées ou non dans l'intestin, ne sont pas au-dessus des ressources de la chirurgie. Tillmanns a, du reste, facilité dans la mesure de ses moyens l'étude de la question, en rassemblant avec le plus grand soin les observations du même genre publiées avant lui. Nous n'entrerons pas dans le détail de cette bibliographie, qui contient nombre de faits curieux; qu'il nous suffise de dire que l'auteur a trouvé 22 fois une communication accidentelle de l'intestin et de la cavité pleurale, et 26 fois de cette cavité avec l'estomac. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de formuler des conclusions précises

sur l'origine, la marche, le diagnostic, le traitement de pareils accidents, et il faudra se régler sur les accidents observés dans chaque cas particulier. (*Archiv für. klin. Chirurgie*, t. XXVII, p. 103.)

II. — La question du *pneumothorax subphrenicus*, ou du faux pneumothorax, comme l'appelle Cossy dans un bon mémoire publié en novembre 1879 dans les *Archives générales de la médecine*, est connexe de la précédente. En effet, il s'agit ici d'une collection n'ayant pas encore perforé la plèvre, et présentant, grâce à la voussure du diaphragme, au mélange du liquide purulent et des gaz provenant de l'estomac, les signes les plus éclatants du pneumothorax. Les faits relatés par Leyden sont au nombre de trois. Dans le premier, la collection sus-hépatique fut ouverte par Langenbeck; mais le malade succomba à l'épuisement.

Dans les deux autres cas, la maladie fut encore reconnue, mais ne donna lieu à aucune opération et se termina par la mort.

Voici les principaux éléments de ce diagnostic difficile :

1° L'affection est précédée de symptômes de péritonite (par perforation), ou d'apparition de pus dans les selles;

2° Formation d'un exsudat de nature inflammatoire, sans toux ni expectoration;

3° Apparition des signes classiques du pneumothorax en même temps que de symptômes qui démontrent que le poumon est *intact* et *fonctionne;*

4° Les limites de la matité varient très rapidement avec les changements d'attitude du corps : toujours à la base du thorax;

5° Les signes de l'augmentation de la pression intra-pleurale (voussure du thorax en totalité et des espaces intercostaux, déplacement du cœur) manquent ou sont peu marqués, et cependant le foie est fortement descendu dans l'abdomen;

6° Plus tard, la perforation dans les bronches pourra assurer le diagnostic;

7° Enfin, la manométrie de la plèvre, d'après Pfuhl, qui indiquerait une augmentation de pression à l'inspiration et une diminution à l'expiration, ce qui est le contraire de ce qui se passe dans le vrai pneumothorax.

Leyden aussi a réuni les observations publiées. Nos voisins d'outre-Rhin se piquent volontiers d'une érudition infaillible; nous nous permettrons cependant de signaler à l'attention de l'auteur une observation courte, mais intéressante, de Rigal, remontant à 1874, et intitulée : Note sur un cas de péri-hépatite suppurée primitive, avec formation d'un énorme abcès fétide, situé entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie, et ayant donné lieu à tous les signes d'un hydro-pneumothorax (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2e série, t. XI, p. 190 et *Union médicale*, 1874). (*Zeitschrift für klin. Medecin.*, t. I, p. 320.)

III. — Le travail de M. C. Zuber se rattache aux précédents. Il s'occupe de même des collections purulentes enkystées du péritoine, mais il se borne à étudier celles qui se font dans la région périsplénique. Après avoir cité les travaux de Besnier et de Foix sur ce sujet, l'auteur rapporte deux observations personnelles, remarquables surtout par l'exacte limitation de l'abcès et l'état normal de la rate. Des observations analogues, dispersées dans les journaux de médecine ou les comptes rendus des sociétés savantes, ont été résumées et réunies aux précédentes.

Ces curiosités cliniques et anatomo-pathologiques ne manquent pas d'intérêt; mais les observations sont tellement différentes qu'elles permettent difficilement une étude d'ensemble. L'auteur a essayé cependant de poser quelques conclusions, que nous rapportons textuellement :

« 1° On rencontre dans l'étage supérieur de l'abdomen des collections purulentes que l'on appelle *périspléniques*, quoiqu'elles ne touchent à la rate que par une partie de sa surface et ne soient nullement localisées dans une atmosphère celluleuse, sous-séreuse de la rate; elles occupent de préférence l'espace irrégulier limité par l'estomac, la rate, le côlon et le diaphragme. Ces collections sont le dernier terme de péritonites circonscrites, dues d'ordinaire à des *lésions de la rate* ou du *tube digestif*. Les splénites infectieuses (y compris les lésions de l'impaludisme) et l'ulcère rond de l'estomac paraissent jouer le rôle principal dans la production de ces abcès intra-abdominaux.

» 2° Les collections purulentes d'origine digestive contiennent des gaz, et ce mélange se traduit par un tableau symptomatique d'une constance remarquable, qui se résume en une ressemblance plus ou moins complète avec le pyopneumothorax, d'autant mieux qu'elles ne sont séparées de la plèvre que par le diaphragme fortement repoussé en haut. La nature de ces faux pneumothorax sera reconnue d'abord par l'existence de symptômes graves du côté des voies digestives, ensuite par la variabilité, l'exagération ou l'insuffisance des signes physiques observés.

» Les collections d'origine splénique ne se caractérisent guère que par la tuméfaction et la douleur de la région hépatique et les signes généraux des suppurations latentes, rarement par des tumeurs plus ou moins marquées et fluctuantes. Le diagnostic ne se fera guère que par exclusion.

» 3° Quelle que soit l'origine, la profondeur, l'étendue de ces collections périspléniques, elles ne sont pas au-dessus des ressources de la chirurgie moderne. C'est ce point de vue, essentiellement pratique, qui domine la question. Il ne faut donc épargner aucun effort pour arriver à déterminer l'existence, puis la nature de ces abcès, et ne pas craindre outre mesure même les ponctions exploratrices profondes et multipliées. Faites avec méthode et prudence, de pareilles explorations ne font courir au malade qu'un danger insignifiant (les travaux récents sur les abcès du foie le prouvent surabondamment); elles seules peuvent être, par contre, le point de départ d'une thérapeutique véritablement rationnelle et utile. »

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : KRISHABER.

Notre collaborateur et ami, M. le docteur Krishaber, vient de succomber. Il y a quinze jours nous annoncions la mort de Mme Krishaber, rapidement enlevée par un rhumatisme viscéral. Pendant la maladie de sa femme, Krishaber, en proie à un violent chagrin, s'était surmené. Aussitôt après, il fut pris de violents maux de tête et d'une lassitude extrême. La fièvre ne le quittait pas et la température était fort élevée. Cet état typhoïde persista pendant quelques jours sans autres symptômes. Le malade comprit toute la gravité de sa situation et annonça à ses amis que sa fin serait prochaine.

Vers le septième jour une pneumonie insidieuse, bâtarde, se déclara du côté droit. Le délire se déclara, les symptômes typhoïdes devinrent plus intenses; puis le poumon gauche fut envahi à son tour, et, après quatorze jours de maladie, notre ami succombait.

Nous reviendrons plus tard sur l'œuvre scientifique de Krishaber. Esprit méthodique et observateur, élève aimé de Trousseau et de Cl. Bernard, il se sentit entraîné dès le début de ses études vers l'observation clinique contrôlée par l'expérimentation. Les travaux de laboratoire lui étaient familiers, et tout récemment l'Institut lui décernait le prix Montyon pour un mémoire sur « *l'inoculabilité de la tuberculose chez le singe* ».

Au nombre de ses productions les plus originales, nous citerons la *Névropathie cérébro-cardiaque*, type morbide distinct qu'il a créé, névrose qu'il a dégagée du groupe confus des états nerveux.

Ses travaux sur les maladies du larynx sont universellement connus; ses recherches sur l'*aphonie nerveuse*, sur la *laryn-*

gotomie intercrico-thyroïdienne méritent d'être citées au premier rang.

Krishaber avait toutes les qualités du cœur ; généreux et désintéressé, sévère pour lui et d'une tolérance extrême pour les autres, ayant toutes les délicatesses, il suffirait pour juger l'homme de voir la profonde affliction que sa mort a jetée parmi ses nombreux amis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Trèves, membre honoraire de la Société médico-pratique et la mort de M. le docteur Boudier, médecin principal de 1re classe en retraite, décédé à Nogent-sur-Marne, à l'âge de soixante-quinze ans. M. Boudier était un praticien consciencieux et dévoué, qui a rendu de grands services pendant la dernière guerre.

Manifestation du corps médical belge. — Nous avons annoncé en 1882 que les divers corps institués en Belgique pour la protection des intérêts professionnels : Fédération, Caisse de secours, Assemblée pharmaceutique et vétérinaire, avait décidé d'organiser une manifestation du corps médical en faveur de M. le docteur *Festraerts*, directeur du *Scalpel*, pour reconnaître la grande part qu'il a prise aux progrès de l'union et de l'association professionnelles. Cette manifestation a eu lieu, le 1er mars, au palais de la Bourse de Bruxelles, dans lequel M. Festraerts a été reçu sur une estrade par le docteur Goffin, président de la Fédération; puis M. le docteur van den Schrieck a fait le récit des services rendus par le *Scalpel*. Après une réponse très émue du héros de la fête, quelques allocutions ont encore été prononcées par MM. les docteurs Hicguet, J. Worms (médecins en chef de la Compagnie du chemin de fer du Nord), Norbert Gill, etc. Une œuvre d'art a été offerte à M. Festraerts.

Une telle manifestation honore autant le corps médical belge que celui qui en a été l'objet.

Inspection générale des établissements de bienfaisance. — Un décret de M. le président de la République, en date du 31 mars 1883, vient de réorganiser l'inspection générale des services administratifs du ministère de l'intérieur. Cette inspection comprend entre autres : les établissements généraux de bienfaisance, les hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés publics ou privés, bureaux de bienfaisance, monts-de-piété, dépôts de mendicité et tous autres établissements publics de bienfaisance, les maisons de refuge, orphelinats, sociétés de charité maternelle, crèches, les institutions de bienfaisance reconnues d'utilité publique, les établissements départementaux et communaux de sourds-muets et de jeunes aveugles et l'enseignement donné dans ces établissements, les œuvres privées qui reçoivent des subventions de l'Etat, des départements et des communes, les services intéressant les enfants assistés, la protection des enfants du premier âge et la médecine gratuite en faveur des habitants des campagnes.

Aux termes de ce nouveau décret, les inspecteurs généraux adjoints sont supprimés et les inspecteurs généraux sont nommés par le ministre et choisis « parmi les membres des administrations publiques ou des conseils élus et parmi toutes personnes que signalera leur compétence spéciale ». Nous aimons à croire que parmi ces dernières se trouvent surtout des médecins dont le concours était autrefois sollicité pour ce service à la suite d'un concours sur titres et de garanties sérieuses.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté a décidé de donner, comme sujet du prix Corvisart pour l'année scolaire 1882-1883, la question de l'*ascite*. Les mémoires adressés au concours seront reçus jusqu'au samedi 1er décembre prochain, dernier délai.

Concours. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central a commencé le 29 mars 1883. Le jury se compose de : MM. Alphonse Guérin, président; Bouchard, Delens, Despres, Gillette, Monod et Nicaise, juges.

Association des médecins du département de la Seine — Dimanche 15 avril, à deux heures très précises, aura lieu l'Assemblée générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président.

Ordre du jour. — 1° Allocution du président; 2° la lecture du compte rendu de l'année 1882 par le Secrétaire général; 3° l'élection : d'un président; de deux vice-présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale : *président*, M. Béclard; *vice-présidents*, MM. Richet et Depaul; *vice-président honoraire*, M. Noël Gueneau de Mussy.

Société protectrice de l'enfance. — La Société met au concours, pour 1883, la question suivante : « Exposer, en se fondant » sur des observations personnelles et en indiquant les localités, » quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nour- » ricière. » Le prix sera de 500 francs. — Question de prix pour 1884 : « Des convulsions chez les enfants du premier âge, » de leurs causes et de leur traitement. » Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883 pour la première question, et avant le 1er novembre 1884 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Bureaux de bienfaisance. — Les fonctions des médecins des bureaux de bienfaisance doivent prendre fin le 15 avril. En raison des modifications probables et prochaines dans le mode de recrutement de cette catégorie de médecins, il ne sera pas procédé à de nouvelles élections. Les titulaires actuels sont prorogés dans leurs fonctions pour une année.

Services administratifs. — M. le docteur A. Regnard vient d'être nommé inspecteur des services administratifs du ministère de l'intérieur, en remplacement de M. le docteur Lunier. — Nous ne pouvons aujourd'hui qu'enregistrer cet acte administratif, inattendu à plus d'un titre.

Mortalité a Paris (14e semaine, du vendredi 30 mars au jeudi 5 avril 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1312, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 9. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 66.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 250. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchite aiguë, 57. — Pneumonie, 145. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43 ; au sein et mixte, 29; inconnu, 0. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103; de l'appareil circulatoire, 88; de l'appareil respiratoire, 110; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 14e semaine. — Il a été notifié, pendant la 14e semaine, au service de la statistique municipale, 1353 naissances et 1312 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1140, 1209, 1316, 1303. Le chiffre de 1312 est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les maladies épidémiques, fait ressortir : une aggravation pour la diphthérie (44 décès au lieu de 40); une atténuation pour la fièvre typhoïde (37 décès au lieu de 30), la variole (9 au lieu de 12), la rougeole (31 au lieu de 41) et la scarlatine (1 au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (51 admissions pendant la période du 26 mars au 1er avril, au lieu de 57 pendant la période précédente) et la variole (26 au lieu de 45), et supérieur pour la diphthérie (28 au lieu de 23).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la morphéomanie, par M. le docteur Zambaco. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

De l'asphyxie non toxique, par M. le docteur L. Dreyfus-Brisac. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

De la médication purgative, par M. le docteur E. Clément. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2. Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 19 avril 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE.

Académie de médecine.

La série d'articles que nous avons entrepris sur *la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine* (voyez ci-dessous) nous dispense de nous arrêter à la réponse faite, dans la dernière séance, par M. Pasteur aux critiques de M. Peter. Nous comptons, en effet, dire quelques mots de la *doctrine microbienne.* Aussi bien, M. Pasteur n'a pas engagé avec son contradicteur une véritable discussion. A part l'annonce de vingt-cinq mille vaccinations pratiquées du 1er au 10 avril par les agriculteurs sur des moutons, des vaches, des bœufs ou des chevaux, et la déclaration que, à sa connaissance, depuis le mois de novembre dernier, aucun animal n'a succombé aux suites de l'opération, l'orateur s'est borné à maintenir de haut, mais en termes modérés, l'autorité de ses expériences, à repousser le brevet d'incompétence qui lui avait été délivré à titre de *chimiste*, et à rétablir les principes sur lesquels doivent s'appuyer désormais les progrès des sciences biologiques.

Ce discours a été accueilli par une double salve d'applaudissements.

M. Peter a demandé la parole pour la prochaine séance.

La fièvre typhoïde devant l'Académie.

(Troisième article) (1).

L'HYPERTHERMIE.

§ 3. — *Nature des effets nuisibles subordonnés à l'hyperthermie.*

Nous avons cherché à justifier plus haut (§ 1) l'opinion qui subordonne l'élévation anormale de la température aux modifications nutritives produites par l'agent pyrétique quel qu'il soit, au lieu de considérer ces modifications comme la conséquence de l'hyperthermie; mais il ne s'ensuit pas, disions-nous, qu'on doive refuser à l'excès de température

(1) Voyez les numéros 14 et 15.

FEUILLETON

Fragments d'histoire et de bibliographie.

I

L'Ayurvéda de Suçruta; la connaissance que les Arabes eurent de ce traité médical; diffusion de ses doctrines au Tibet; Suçruta dans les inscriptions du Cambodge.

Le commencement des études orientales concernant la langue et la littérature de l'Inde fut, en France comme en Allemagne, une période d'immense enthousiasme et d'ardent entraînement; l'admiration, qui éclatait en expressions d'un lyrisme exalté, côtoyait souvent le mysticisme. Confinées d'abord dans la péninsule, et tout spécialement à Calcutta, d'où les guerres européennes ne leur permettaient pas d'avoir en Europe le retentissement qu'elles auraient dû y produire, ces études furent inaugurées en France par un membre de la Société asiatique de Calcutta qui, de passage à Paris, en 1802, s'y trouva déclaré prisonnier comme tous ses compatriotes, par un décret de l'Empereur. Un peu plus tard, avec deux hommes de génie, l'illustre Burnouf chez nous, et le célèbre philologue Bopp, en Allemagne, commença l'ère réellement scientifique de l'orientalisme en Europe. Tous deux mirent au service de la science nouvelle, qui leur dut d'admirables et de fécondes découvertes, les précieuses qualités qui font le parfait érudit, la plus rigoureuse pénétration, l'esprit d'analyse le plus fin et le plus délicat, la critique la plus calme et la plus énergique. A leur école se formèrent des élèves dignes de leurs maîtres, pendant que celle de Calcutta, où des hommes, comme l'infatigable J. Prinsep, étudiaient et recueillaient de tous côtés les documents les plus divers, fournissait à l'activité des travailleurs des matériaux nombreux.

Mais, dans l'Inde comme en Europe, il était une branche

toute influence fâcheuse; bien loin de là. Les expériences de Claude Bernard, dont la valeur reste entière malgré les critiques dont elles ont été l'objet (§ 2), celles de beaucoup d'autres auteurs, de Rosenthal, de Litten, de Vallin, etc., ne laissent guère subsister de doute sur ce point que *par elle-même* l'hyperthermie constitue un véritable danger. Les preuves cliniques ont été ajoutées aux démonstrations expérimentales: tout cet ensemble de documents se trouve méthodiquement groupé dans le discours prononcé le 23 janvier par M. G. Sée (*Bulletin*, p. 92). Si nous n'avons pu tomber d'accord avec le savant professeur quand il subordonne à l'état hyperthermique la production excessive d'urée et d'acide carbonique, nous devons reconnaître la justesse des vues qu'il a émises en rappelant les désordres anatomiques produits dans les muscles, le cœur, le foie, les reins, les vaisseaux, par la présence d'un sang surchauffé. Ces altérations, et en particulier celles que présentent les muscles, ne sont pas seulement le fait de l'hyperthermie produite d'emblée, comme dans les expériences de Claude Bernard; elles se retrouvent, dit M. G. Sée, « dans toutes les fièvres graves, c'est-à-dire dans toutes les hyperthermies » (*loc. cit.*, p. 92).

A côté des altérations musculaires, « effets d'une température fébrile très élevée, effets rapides, précis, faciles à interpréter » (Claude Bernard, *Chaleur animale*, p. 429), il en est d'autres sur lesquels l'illustre physiologiste, moins pressé de conclure qu'on ne l'a dit, hésitait encore à se prononcer d'une manière aussi catégorique: il s'agit « des dégénérescences générales que l'on observe dans la presque totalité des tissus des individus morts après une longue fièvre, dans le typhus, dans la scarlatine... Ces lésions peuvent aussi être attribuées à la température longtemps soutenue à un degré élevé...; par sa longue durée, elle a lentement et profondément altéré la nutrition, et par suite, la constitution des éléments anatomiques des tissus » (Claude Bernard, *loc. cit.*, p. 430). Senator précisait davantage: pour lui, les hydrocarbures, les graisses, ne subissant pas un mouvement de décomposition à beaucoup près aussi rapide que les albuminoïdes, il en résulte un excès relatif des matières grasses, d'où la lésion dite transformation graisseuse des éléments anatomiques dans le processus fébrile. — On peut remarquer, à propos de cette théorie, que l'amaigrissement rapide des fiévreux ne correspond guère à l'emmagasinage supposé de la graisse.

Quelque importantes que soient les notions précédentes, au sujet des altérations organiques rapides ou progressives qui sont liées à l'état hyperthermique, il n'en reste pas moins à considérer d'autres côtés de la question.

Certains désordres du système nerveux, par exemple, peuvent être, tout aussi bien que les altérations graisseuses ou autres des muscles ou des viscères, rapportés à l'action du sang surchauffé. Ces troubles si évidents dans les états fébriles à haute température, semblent intéresser tous les départements du système nerveux central: dans quelques affections fébriles, ils contribuent à produire les symptômes capitaux de l'ataxie et de l'adynamie, se montrant associés ou indépendants. M. G. Sée, après avoir manifesté quelque hésitation à attribuer à l'hyperthermie les troubles nerveux cérébraux ou cérébro-spinaux (*Bulletin*, p. 93), s'est plus loin rangé à l'opinion très répandue parmi les cliniciens que l'excès de température joue un rôle très important dans leur production (p. 133). Claude Bernard avait fait mention, quoique très sommairement, des effets nerveux de l'hyperthermie: « Il n'est pas douteux que cette élévation de température agisse également sur le système nerveux; nous vous avons parlé de l'anesthésie par la chaleur; on a observé sous l'influence de la température élevée, une diminution de l'irritabilité des nerfs » (*Chaleur animale*, p. 429).

Que les troubles fonctionnels du système nerveux soient en partie ou en totalité sous l'influence de l'excès de calorique formé et retenu dans l'économie, il n'en est pas moins certain que les méthodes réfrigérantes directes ou indirectes modifient très avantageusement les accidents ataxo-adynamiques; c'est peut-être même là l'un des principaux avantages du traitement par l'eau froide: comme l'a fort heureusement dit M. Peter, « cette merveilleuse médication par l'eau froide, produit des effets paradoxaux: elle calme les agités et relève les déprimés... L'hydrothérapie se trouve être ainsi, disons le mot, un équilibrateur du système nerveux » (*Bull.*, p. 267).

Il est vrai que M. Peter ne reconnaît pas à l'eau froide d'autre mode d'action que son influence « tonifiante » sur le système nerveux; il n'admet pas qu'elle agisse par soustraction directe de calorique: mais c'est là un point à examiner à part. Ce qui est bien certain, c'est que, par un procédé ou par l'autre, nerveux ou physique, le froid, appliqué sur la peau, modifie heureusement les troubles de l'innervation centrale qui paraissent liés, au moins partiellement, à l'hyperthermie elle-même.

Un autre danger attribué à l'excès de la température, est relatif à l'entretien dans les tissus du malade d'un milieu de

---

de la science orientale qui présentait, comme c'est encore le cas aujourd'hui, des difficultés énormes; nous voulons parler de l'histoire proprement dite. L'histoire, au sens où nous l'entendons, n'existe pas dans l'Inde. Les livres historiques y sont représentés uniquement par les épopées. La chronologie positive y est inconnue, tout aussi bien celle qui regarde l'ordre des faits de l'histoire générale que celle qui s'applique à ceux de la tradition littéraire et scientifique. L'histoire de la littérature indienne présente à cause de cela des difficultés tout à fait exceptionnelles.

Le début des études indiennes fut, avons-nous dit tout à l'heure, une ère d'enthousiasme presque mystique, c'est-à-dire que l'illusion et le mirage n'y furent pas étrangers. Le passé de l'Inde apparaissait aux yeux de ses laborieux admirateurs, avec les profondeurs d'une perspective sans fin, plongeant jusqu'aux limites de l'horizon le plus étendu. On ne lui ménageait ni les siècles, ni les séries de siècles.

L'histoire de la science médicale indoue n'échappa pas à ces exagérations; et comme, pendant de nombreuses années, le livre fameux intitulé l'*Ayurvéda*, attribué à Suçruta, fut le seul publié et pour ainsi dire le seul connu, c'est sur son nom que se concentrèrent tout d'abord les efforts de la critique; c'est à son sujet que furent lancées les assertions hasardeuses sur lesquelles il a fallu revenir. Comme conséquence naturelle de ces prémices, c'est à lui qu'on s'attaqua de préférence, lorsque l'opinion mieux éclairée voulut réagir; c'est lui qui tout récemment a eu à souffrir des exagérations d'une réaction outrée, comme nous le verrons dans un instant.

Il faut convenir que, tout d'abord, les circonstances semblèrent des plus favorables aux partisans de la haute antiquité de la science médicale de l'Inde, et que ceux-ci avaient pour eux au moins les apparences, car ils pouvaient invoquer de bonne heure, en faveur de leur thèse, des preuves certaines de l'ancienneté dans l'Inde, je ne dirai pas de la médecine, mais d'institutions médicales publiques.

culture favorable au développement des agents infectieux qui seraient l'origine de toute la série des accidents pyrétiques : on a émis cette hypothèse que les éléments du contage typhoïdique provoquent dans l'économie des phénomènes de fermentation avec développement de chaleur; et que cette chaleur, une fois produite, constitue une condition nécessaire à la vitalité des éléments infectieux. C'est en comparant les actes qui sont supposés se passer chez le typhoïde à ceux qu'on voit se produire dans la fermentation en vase clos, que Brand a présenté l'un des arguments théoriques les plus acceptés en faveur du traitement par les bains froids. Il a fait ressortir l'action suspensive du froid extérieur sur la fermentation de la levure de bière et assimilé à ce phénomène les effets bienfaisants produits par l'eau froide chez le malade hyperthermique.

M. Peter a taxé cette conception « d'enfantine » (*Bull.*, p. 362). M. Bouley s'en est déclaré le chaud partisan, et a prononcé en sa faveur un long et éloquent plaidoyer (*Ibid.*, p. 336 et suiv.). Nous n'avons pas à discuter ici, à propos d'hyperthermie, les conditions étiologiques et la nature parasitaire de la fièvre typhoïde ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'assimilation indiquée tout à l'heure entre le développement de chaleur par la fermentation *in vitro* et l'hyperthermie fébrile, tout en comportant de nombreuses réserves, présente cependant un véritable intérêt : elle repose sur ce fait que l'introduction accidentelle ou expérimentale dans l'économie d'agents infectieux déterminés, des éléments septiques par exemple, provoque l'apparition de phénomènes fébriles accentués, accompagnés d'accidents généraux à caractère adynamique : ici la subordination des symptômes, de l'hyperthermie en particulier, à l'évolution des germes ne paraît pas douteuse. Que l'hyperthermie soit intimement associée au développement des germes infectieux et constitue l'une des conditions de leur vitalité, c'est dès lors une hypothèse parfaitement logique; tout comme paraît légitime l'espoir d'atténuer l'évolution des éléments septiques en modifiant par le froid ou autrement l'élévation excessive de la température.

En résumé, l'hyperthermie, *conséquence* des actes chimiques de dénutrition fébrile, et d'une déperdition insuffisante du calorique produit, peut devenir à son tour *cause* d'accidents multiples en produisant des altérations anatomiques variées, surtout dans les muscles et les principaux viscères, en contribuant aux désordres fonctionnels du système nerveux et en entretenant la vitalité des agents infectieux. Si ce n'est pas l'ennemi, c'est à coup sûr « un ennemi » qu'on doit combattre.

II. — Régulation de la température.

La production de la chaleur est incessante chez les animaux à sang chaud, et cependant leur température profonde reste sensiblement fixe à un certain niveau, variable suivant l'espèce considérée, mais à peu près constant pour chaque espèce.

Cette constance implique des moyens régulateurs agissant à la fois *sur la production et sur la dépense* de calorique. Les premiers, moins bien connus, interviennent en modifiant dans un sens ou dans l'autre, l'activité des phénomènes nutritifs, source de la chaleur; les autres déterminent, par une série de procédés variés, la perte ou l'utilisation du calorique et proportionnent la dépense à la production.

Le système nerveux apparaît comme l'agent essentiel de ces fonctions régulatrices, comme le moyen d'harmonisation entre les puissances productrices et les mécanismes préposés à la déperdition de la chaleur.

Telles sont les propositions familières à tous, qui résument les notions fondamentales relatives à la régulation physiologique de la chaleur.

Pour être en mesure d'examiner fructueusement les procédés qu'on emploie en thérapeutique dans le but d'abaisser à un degré voisin de la moyenne physiologique la température anormalement élevée, il est nécessaire d'insister sur les propositions ci-dessus énoncées, en développant particulièrement les points relatifs au rôle du système nerveux.

§ 1. — *Production normale de la chaleur; rôle du système nerveux.*

La chaleur normale, ainsi que nous l'avons rappelé à propos de l'hyperthermie, a son point de départ dans les phénomènes dits de combustion et de dédoublement, peut-être de fermentation, qui accompagnent les actes nutritifs. Ce n'est point ici le lieu d'insister sur ces questions; il suffit d'indiquer les faits pour mémoire.

Les actes intimes de la nutrition, dont la production de chaleur est la compagne obligée, sont sous la dépendance directrice du système nerveux, point au-dessus de toute contestation, mais dont l'interprétation rigoureuse est actuellement impossible : nous saisissons le rapport de dépendance sans être en mesure d'en indiquer le mécanisme.

On comprend combien, dans un pays dépourvu d'annales historiques présentant un degré d'authenticité suffisant, est précieuse toute notion certaine appartenant aux relations avec les peuples étrangers. Elle peut servir à préciser la date d'un fait particulier, et cette date suffira elle-même pour fixer, au moins approximativement, celle de séries entières d'événements antérieurs ou postérieurs, lesquels jusque-là restaient flottants et incertains. Cette bonne fortune échut, dans l'Inde, précisément à un texte épigraphique médical, demeuré célèbre. Depuis quelques années, l'identification d'un nom de souverain du nord-ouest de l'Inde, Candragupta (*pron.* tchandragoupta), avec le nom du Sandrocottus des Grecs, avait permis de planter un jalon utile dans le champ illimité de l'histoire de l'Inde, lorsque furent découvertes les nombreuses et importantes inscriptions d'un roi bouddhiste du nom d'Açoka ou Piyadasi, car ce n'est qu'un seul et même personnage, petit-fils de Sandrocottus, souverain puissant dont la domination s'étendait, paraît-il, d'une extrémité à l'autre de l'Inde. Or l'une de ces inscriptions, qui a trait à la création d'institutions pour l'assistance médicale, non seulement en faveur des hommes, mais aussi en faveur des animaux, avec dépôts de médicaments de toutes sortes, jardins de culture pour les plantes médicinales, etc., fait en même temps mention, de la manière la plus évidente, du roi Antiochus de Syrie, qualifié dans le texte de *yona*, c'est-à-dire le Grec (sanscrit : *yavana*), qui avait continué avec Açoka les relations ouvertes auparavant par Séleucus avec Candragupta (Sandrocottus). La communication de cette découverte importante fut faite par l'illustre James Prinsep, le fondateur de l'épigraphie indienne, à la Société asiatique du Bengale, le 17 mars 1838, par un mémoire intitulé : *Discovery of the name of Antiochus the great in two edicts of Asoka, king of India.* (Voy. *Journ. of the asiat. society of the Bengal*, t. VII, p. 156-167.)

A cette époque avaient déjà paru, depuis quinze ans, les premiers travaux de Wilson sur la médecine et la chirurgie

Claude Bernard a souvent formulé sa pensée à cet égard, parlant toujours de l'influence directrice du système nerveux, mais toujours arrêté par l'explication du phénomène.

Aujourd'hui, les idées d'actions nerveuses dynamiques, d'influences suspensives (inhibitoires) et dynamogéniques (Brown-Séquard) nous sont devenues plus familières par les nombreux exemples qui en ont été mis sous nos yeux; nous concevons comme plus acceptables, moins hypothétiques, les tendances qu'a toujours manifestées Claude Bernard, depuis ses premières études sur le sympathique, à rapporter à une influence primitive du système nerveux sur les actes nutritifs, son influence sur la production de chaleur. On verra sans doute se formuler peu à peu ces notions maintenant encore entourées d'obscurité, mal accueillies même par quelques-uns, et qui sont toutes du même ordre. Ce que Brown-Séquard appelle l' « arrêt des échanges entre les tissus et le sang » correspond à un phénomène parfaitement exact qu'il n'explique pas plus que Claude Bernard n'interprétait les « actions calorifiques »; pas plus qu'on n'explique les « actions trophiques » tout aussi évidentes, et dont la pathologie fournit de si nombreux exemples. Nulle part peut-être mieux que dans l'étude des influences du système nerveux sur la production normale, excessive ou diminuée de la chaleur, on ne peut saisir la manifestation de ces influences nerveuses dynamiques.

On rencontre cependant si souvent associées les variations circulatoires et les variations thermiques (non seulement à la surface du corps, mais dans l'intimité des tissus), que l'idée d'interpréter par une action circulatoire primitive l'influence du système nerveux sur les actes nutritifs, et par suite sur la production de chaleur, se présente naturellement à l'esprit. Mais il ne faut pas oublier que la dissociation des phénomènes circulatoires et des phénomènes thermiques, leur indépendance réciproque se présente aussi bien souvent : elle se réalise dans un grand nombre de conditions expérimentales ou physiologiques. Claude Bernard a exprimé plus nettement que nous ne saurions le faire, l'idée de cette dissociation ; le passage suivant nous paraît assez explicite à cet égard et mérite d'être cité en entier :

« Quoique la création de la chaleur dans les organes s'accompagne ordinairement d'une suractivité de leur circulation locale, on ne saurait cependant voir entre ces deux ordres de phénomènes une relation absolue de cause à effet... La production de la chaleur n'est pas la conséquence nécessaire d'un afflux de sang plus considérable, d'une suractivité plus grande de la circulation locale. En effet, nous verrons plus loin que nous pouvons déterminer, soit une *augmentation de température dans les parties avec une diminution ou une suspension de la circulation locale*, soit un *abaissement de la température avec une congestion sanguine plus grande* » (Claude Bernard, *Chaleur animale*, p. 282-283).

De tout ceci résulte la notion d'une influence du système nerveux qui, tout en agissant d'une façon indirecte sur la production de chaleur, se montre dégagée de l'intervention nécessaire de la circulation.

§ 2. — *Question des centres thermogènes.*

La production de chaleur et sa régulation nous apparaissent dès lors comme fonction du système nerveux. De là à rechercher dans les centres nerveux des organes spéciaux à cette fonction, il n'y avait qu'un pas : on n'a point hésité à le franchir et les tentatives faites par les physiologistes ont introduit dans la science la notion un peu hâtive des *centres* de température.

On a même divisé ces centres hypothétiques en foyers producteurs et en centres modérateurs de la chaleur (Tcheschichin, Naunyn et Quincke, Schreïber, etc.).

Sans aborder ici une discussion qui nous entraînerait trop loin, nous pouvons dire qu'on arrive à concevoir comme simple locution abréviative l'expression devenue courante de « centres de température ». Il est probable qu'au fond chacun reste bien convaincu que, s'il y a des actions directrices, régulatrices exercées par le système nerveux sur les actes de nutrition et par suite sur la production de calorique, il n'existe pas, en un point déterminé des centres nerveux, un ou plusieurs noyaux de substance grise ayant pour fonction spéciale de provoquer la fabrication directe de la chaleur, en un mot de véritables *Centres*. En réalité, l'influence du système nerveux sur la production du calorique émane des différentes parties de l'axe encéphalo-médullaire qui commandent, par l'intermédiaire des nerfs organiques, aux phénomènes nutritifs se produisant dans l'intimité des tissus. Quand on parle des « Centres thermogènes », on doit faire allusion à ces régions étendues, encore indéterminées anatomiquement, où s'élaborent les influences transmises au loin par le grand sympathique, et non à des parties circonscrites, délimitées soit par l'histologie, soit par des expériences localisatrices, et qui jouiraient d'un pouvoir thermogénique indépendant.

Il faut tenir compte de ces réserves et n'accepter l'expres-

---

des Indous; le texte de l'*Ayurvéda* de Suçruta venait d'être imprimé à Calcutta et les premiers exemplaires commençaient à se répandre en Europe. Une étude d'ensemble sur la médecine de l'Inde, par Royle, avait été publiée quelques mois auparavant sous le titre : *An essay on the antiquity of hindoo medicine;* Wallach en donna une traduction allemande en 1839, enrichie de notes et précédée par une introduction de Heusinger. Les Védas eux-mêmes n'avaient pas jusque-là été l'objet de travaux critiques importants; une faible partie de la vaste littérature de l'Inde était alors connue, même des orientalistes. L'imagination pouvait donc encore se donner libre carrière sans avoir trop à compter avec les salutaires avis et l'action modératrice d'une critique suffisamment armée.

Parmi les partisans les plus ardents et les moins réfléchis de la haute antiquité de la médecine indienne, et tout particulièrement de l'*Ayurvéda* de Suçruta, qui devait en rester, pendant bien des années encore, la personnification presque exclusive, il faut citer le docteur Hessler, auteur d'une traduction latine, malheureusement tout à fait insuffisante, du livre de Suçruta, et dont il fit paraître la première partie dès 1844, après avoir préalablement publié plusieurs opuscules et une thèse sur le même sujet.

Considérant à tort l'*Ayurvéda* comme une production d'un seul jet et sans se demander même s'il ne se trouvait pas en présence d'un livre complexe dans ses origines, formé de la fusion et de l'amalgame d'œuvres diverses dues à des mains et nées à des époques différentes, il n'hésite pas à reculer jusqu'au dixième siècle avant notre ère la rédaction du livre dans sa récension actuelle. Avec une parfaite bonne foi et une naïve sincérité, qui eussent pu rendre jaloux le brahmane le plus étroitement orthodoxe, il accepte toutes les indications fantaisistes fournies par le texte, même celles qui se rapportent à des données mythologiques, ou qui se relient aux légendes de la poésie héroïque.

Cependant, avec un peu plus d'esprit critique et un peu

sion que pour ce qu'elle vaut, comme une simple formule de langage commode dans le discours, sans se laisser entraîner à la conception illusoire de foyers nerveux thermiques. Les physiologistes qui ont parlé de ces centres comme s'ils les avaient vus et isolés, sont arrivés à ce résultat que des médecins, acceptant les yeux fermés leurs conclusions, comparent l'hyperthermie à « une sorte de délire des centres thermogènes » (Peter, *Bulletin*, p. 242).

Il faut être en garde contre ces interprétations hâtives et ne pas prendre ces expressions imagées au pied de la lettre : M. Vulpian nous paraît avoir donné la note juste à ce propos, sans faire du reste allusion directe à l'opinion rappelée plus haut :

« C'est une faute à la fois, dit-il (p. 306, *Bulletin*), contre la clinique et contre la physiologie pathologique que de considérer (l'hyperthermie) comme tenant à une perturbation du fonctionnement des points des centres nerveux qui ont reçu le nom des centres thermiques ou centres de régulation thermique. »

§ 3. — *Influence du système nerveux sur la dépense de la chaleur.*

L'influence du système nerveux sur la déperdition du calorique est tout aussi évidente et plus facile à saisir dans son mécanisme que son influence sur la production. Là encore apparaît son action dominatrice : pour déterminer la perte de chaleur et la régler, les centres nerveux provoquent une série d'actes différents sur lesquels nous aurons à insister bientôt et que nous ne faisons qu'indiquer ici. Les uns sont purement organiques, comme les variations circulatoires superficielles, les divers degrés d'activité et la sécrétion sudorale ; d'autres sont en partie organiques, inconscients, en partie subordonnés à la volonté comme les changements que subit la fonction respiratoire ; l'influence nerveuse se traduit encore par la provocation de besoins nouveaux auxquels le sujet, animal ou homme, obéit instinctivement, et dont la satisfaction concourt à assurer la régulation de la dépense thermique : la sensation de chaleur qui pousse à exposer au contact de l'air la plus grande surface du corps possible pour faciliter la perte par rayonnement et par évaporation, qui fait rechercher les boissons abondantes et fraîches, la sensation de froid qui nous impose la recherche d'un abri, d'un lieu chaud, de vêtements mauvais conducteurs du calorique ; qui force les animaux à se pelotonner sur eux-mêmes au lieu de s'étaler paresseusement comme ils le font en été, tous ces actes exécutés d'une manière plus ou moins instinctive ont leur point de départ dans des impulsions nerveuses directement liées aux nécessités variables de dépense du calorique.

La régulation de la température profonde résulte précisément de l'harmonie qui s'établit entre l'activité de la production et celle de la dépense ; une pareille relation ne saurait résulter que de l'intervention du système nerveux central. Tantôt sollicité à activer la déperdition, par l'excès momentané de fabrication de chaleur qui résulte de l'exercice musculaire par exemple ; tantôt au contraire, stimulé en sens inverse par l'action excessive des causes extérieures capables de soustraire de la chaleur à l'organisme, le système nerveux imprime à tout instant, soit aux processus chimiques formateurs de la chaleur, soit et surtout aux actes périphériques réglant la déperdition, des variations subordonnées aux besoins du moment.

En un mot, qu'on considère la production ou l'élimination de la chaleur, on arrive toujours à concevoir une influence indirecte, mais prépondérante du système nerveux central sur la régulation thermique.

Atteint d'emblée par le poison typhique ou altéré secondairement dans ses fonctions par le fait même du développement anormal de calorique, le système nerveux devient, dans la fièvre typhoïde comme dans beaucoup d'autres états septiques ou hyperpyrétiques, incapable de ramener à sa valeur physiologique la température surélevée. Il n'a plus de prise sur les actes profondément troublés de la nutrition ; en vain se produit encore la dilatation vasculaire périphérique avec ou sans sécrétion sudorale : la lutte est devenue trop inégale et les puissances régulatrices vaincues abandonnent le patient à l'action éminemment nocive de l'hyperthermie.

Celle-ci accomplit plus ou moins rapidement son œuvre et ses dangers spéciaux sont tels qu'on a pu s'attacher logiquement à combattre par des moyens artificiels cette élévation excessive de température que les forces seules de la nature étaient devenues impuissantes à enrayer.

De ce besoin évident sont nées les méthodes réfrigérantes, directes ou indirectes, à action complexe, visant l'hyperthermie seule et atteignant en réalité les autres phénomènes pyrétiques, faisant « coup double » selon l'heureuse expression de M. Peter.

Pour chercher à se rendre compte des principaux effets physiologiques de ces médications, il est utile de les rap-

---

d'attention donnée aux avis exprimés par des voix plus autorisées que la sienne, le docteur Hessler eût pu facilement éviter de tomber dans de telles exagérations. L'illustre Wilson, en effet, avait depuis longtemps soutenu une opinion bien différente. Tout en reconnaissant d'ailleurs la finesse d'intelligence des Indous, tout en rendant suffisamment justice à ce patient esprit d'observation qui leur avait permis de créer de très bonne heure une science médicale systématique, à laquelle il ne contestait pas une véritable originalité, il ne reconnaissait pas qu'il y eût de sérieux motifs de reporter au delà du début de l'ère actuelle, la rédaction de ces *Samhitâ* médicales, de ces ouvrages considérables, à caractère encyclopédique, comme ceux qui sont attribués à Suçruta et à Caraka (Tcharaka). Il pensait que tout cela appartient à notre ère, sans qu'on puisse indiquer pour la période de leur rédaction, en la forme classique, une date initiale ; et il estimait que la fixation des textes, tels que nous les connaissons, ne pouvait en tous cas être postérieure au huitième ou au neuvième siècle. Après Wilson, Stenzler (*Janus*, 1846, t. I, p. 441-454), qui devait plus tard reprendre l'étude de la même question, Wullers, qui traduisit quelques fragments de l'*Ayurvéda* concernant les accouchements, Allan Webb, dans son opuscule intitulé : *The historical relations of ancient hindu with greek medicine*, traitèrent le même sujet, mais, il est vrai, sans y introduire de nouveaux ou d'importants moyens d'appréciation. L'attention des orientalistes, faute d'éléments suffisants pour alimenter la discussion, se détourna de ce problème qui attendait toujours une solution.

Néanmoins, il est un point qui, au milieu des divergences, et en dépit des difficultés d'appréciation, semblait être admis par tous les hommes compétents. Ils considéraient tous que la rédaction en corps de doctrine de l'*Ayurvéda* de Suçruta, son adoption comme œuvre classique faisant autorité, l'extension de sa réputation dans le monde lettré de l'Inde entière, devaient être sensiblement antérieures au commencement du

procher des procédés qu'emploie la nature pour maintenir ou ramener à son niveau normal la température profonde. Cette étude sommaire fera l'objet du prochain article.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Rachitisme et syphilis héréditaire.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher Président,

Le remarquable article de M. Paul Reclus dans le numéro du 22 mars de la *Gazette*, a exposé devant vos lecteurs, avec toute la lucidité possible et toute l'impartialité désirable, l'état actuel d'un problème pathologique qui, à plusieurs reprises, a été présenté déjà devant le congrès de Reims en 1880, de Londres en 1881, et plus récemment à la Société de chirurgie de Paris; il s'agit de l'origine syphilitique du rachitisme.

Le travail de M. Reclus nous a valu dans le numéro suivant une très intéressante lettre de M. Parrot, dans laquelle l'éminent promoteur de la doctrine reproduit la plupart des raisons qu'il a rassemblées en faveur de sa thèse, insistant avec une attention visible sur les preuves qu'il croit trouver dans les lésions trophiques des dents, sillons, échancrures, etc., connus sous le nom d'*érosions* et dont je m'efforce de contester la nature syphilitique. Ces signes, que M. Parrot désigne par le terme d'*atrophie*, ont dans sa théorie une telle importance que leur seule présence sur un sujet quelconque suffit à affirmer la syphilis héréditaire.

Malgré la vigueur d'argumentation et l'autorité considérable de mon savant contradicteur, je suis contraint de déclarer, à mon grand regret, que mes convictions ne sauraient aucunement fléchir. Je dis à mon grand regret, car parmi les maîtres qu'on aime et qu'on vénère, il n'en est pas avec qui je souhaiterais plus vivement de tomber d'accord; mais vous le savez : *amicus Plato.....*

Donc, veuillez me permettre à mon tour d'essayer de réfuter, aussi brièvement que possible, les arguments que M. Parrot oppose à ma manière de voir, arguments qu'il déclare pourtant *irréfutables*.

L'un d'eux est relatif aux Kabyles chez lesquels la syphilis est endémique, ainsi que cela résulte des travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, etc. (1), tandis que je n'y ai pas rencontré l'érosion malgré une enquête minutieuse au milieu des tribus les plus fréquemment atteintes de la *lèpre kabyle*, c'est-à-dire de syphilis. Ajoutons que le rachitisme y est à peu près aussi rare que l'érosion.

Et puisque nous parlons des Kabyles considérés comme groupe ethnique, disons qu'il est bien d'autres populations chez lesquelles se constate une sorte d'exclusion entre le rachitisme et la syphilis : ainsi M. Remy, pendant son récent voyage au Japon, écrivait que la syphilis y était extrêmement commune et le rachitisme *inconnu*. Si l'on trouve cette assertion un peu trop absolue, je me contenterai de celle d'un autre observateur, le docteur Ernest Martin, qui fut pendant plusieurs années médecin de la légation de France à Pékin, et qui affirme que la syphilis est connue en Chine et au Japon depuis la plus haute antiquité, tandis que le rachitisme y est à l'état d'exception (1).

Ce n'est pas tout : qu'on lise les travaux des médecins qui ont traité de la pathologie des pays intertropicaux, MM. Saint-Vel, Rufz de Lavison, etc. (2), et l'on y trouvera ce fait qui n'avait point échappé à Humboldt dès 1810, c'est qu'aux Antilles, au Mexique, au Pérou, la syphilis exerce les plus grands ravages et le rachitisme ne s'y observe pas.

Ainsi, voilà des peuples, des races chez lesquels la syphilis est très répandue et le rachitisme extrêmement rare. Tirez vous-même la conclusion.

Arrivons maintenant à cette mâchoire de bœuf dont les dents présentent l'érosion caractéristique et à propos de laquelle M. Parrot me reproche de mener si grand bruit. C'est qu'en effet je trouve cet argument péremptoire, et sans rechercher ici si ce bœuf a été ou non dans son premier âge atteint de ces affections convulsives assez communes chez certains herbivores, je poserai simplement à M. Parrot le dilemme suivant : ou l'érosion des dents est, ou elle n'est pas signe caractéristique et indéniable de syphilis héréditaire. Si oui, le bœuf en question était syphilitique. Or le veau ne peut contracter la syphilis, donc.....

Ce fait n'est plus isolé d'ailleurs, car M. Capitan vient de découvrir une mâchoire de chien qui sera présentée dans la prochaine séance de la Société d'anthropologie et qui offre une érosion tout aussi caractéristique. Alors, même dilemme que pour le veau.

Mais voici un autre argument assez grave en apparence : les dents temporaires, qui se forment chez l'homme pendant la période fœtale, sont, nous dit M. Parrot, fréquemment atteintes d'érosions, ce qui est conforme à la théorie de la syphilis infantile. Ici la divergence d'opinion qui nous sépare

(1) Arnould, *la Lèpre kabyle*. Paris, 1882. — Leclerc, *Mission médicale en Kabylie*. — Rollet, *Maladies de la peau qu'il convient de rattacher à la syphilis* (*Arch. de méd.*, 1841).

(1) *De la prostitution en Chine et au Japon*, étude historique et médicale. Paris, 1871.

(2) O. Saint-Vel, *Traité des maladies des régions intertropicales*. Paris, 1868. — Rufz de Lavison, *Chronologie des maladies de la Martinique*. Paris, 1869.

---

neuvième siècle de notre ère, puisque, déjà à ce moment, il avait pénétré jusqu'à Bagdad à la faveur d'une traduction persane, qui fut elle-même reproduite en arabe sous le calife Mamoun-al-Raschid, par ordre du Barmécide, qui mourut l'an 190 de l'hégire, c'est-à-dire en 805.

Tel était l'état de la question lorsqu'elle a été assez récemment reprise par un orientaliste éminent, Haas, qui a entrepris de démontrer que l'unique et précieux renseignement fourni par la connaissance que les Arabes eurent de Suçruta, est lui-même un leurre, dû à une interprétation forcée des textes et ne fournit aucune preuve réelle. Les deux mémoires de Haas, dont la science déplore malheureusement la perte récente, parurent dans le savant recueil *Zeitschrift der deutschen morgenland. Gesellschaft*, en 1876 et 1877, le premier sous le titre suivant : *Des origines de la médecine indienne avec des considérations particulières sur Suçruta*, et le second, qui contient les conclusions tout à fait radicales de l'auteur, sous le titre plus significatif: *Hippocrate et la médecine indienne au moyen âge*. L'étude de ce difficile problème, que les sanscritistes, en l'absence de toute donnée chronologique, étaient impuissants à résoudre, passait ainsi aux mains des arabisants, auxquels deux d'entre eux, Steinschneider et Flügel, par de savants mémoires sur les traductions arabes des livres de médecine persans et indiens, ainsi que sur les sciences toxicologiques chez les Arabes, insérés les uns dans le journal de la Société orientale allemande, les autres dans les Archives de Wirchow, avaient fourni déjà une importante enquête historique et bibliographique. Les mémoires de Haas provoquèrent une très remarquable réponse de A. Müller, sous la forme d'une dissertation des plus érudites sur les *Sources arabes pour l'histoire de la médecine indienne* (*arabische Quellen zur geschichte der indischen medicin*, in *Zeitschr. d. deut. morg. Gesell.*, 1880, p. 465-556).

Résumons en quelques mots cet important débat : Il existe dans la littérature arabe un très curieux livre, de toute pre-

est bien plus grande encore que ne le suppose M. Parrot. Loin d'admettre en effet que l'érosion des dents temporaires soit commune, je la crois au contraire extrêmement rare si même elle existe réellement : les pièces que M. Parrot a mises sous nos yeux ne portaient pas d'érosions; c'étaient d'abord des chapeaux de dentine extraits de leur follicule embryonnaire et dont l'exposition à l'air libre avait détaché l'émail par places, de manière à simuler les sillons ou les échancrures de l'érosion. Il y avait là une simple altération cadavérique. D'autres pièces consistaient dans des moulages de mâchoires d'enfants chez lesquels je n'ai réussi à reconnaître que certaines cavités pathologiques, des caries, toutes lésions dépourvues de la disposition spéciale et de la *symétrie* qui caractérisent l'érosion.

Mais il faut m'arrêter et cependant que de choses j'aurais encore à dire!

Je voudrais chercher querelle à M. Parrot à propos du terme d'*atrophie* qu'il a substitué à celui d'*érosion*, non pas que ce dernier ait un sens bien exact, mais du moins il ne préjuge rien, et il a, en tout cas, une petite valeur historique, car il a été employé par les auteurs du siècle dernier et adopté aujourd'hui par Tomes, Broca, Rattier, Quinet, etc. M. Paul Reclus estime que les deux nomenclatures se complètent. Je ne le pense pas et je demande s'il est admissible, au point de vue de la physiologie pathologique, de donner le nom d'*atrophie* à un état dans lequel les dents, *ayant conservé leur volume normal*, ont subi un trouble partiel, une suspension momentanée dans la formation des tissus en voie d'évolution embryonnaire. C'est là au premier chef un arrêt de développement, une anomalie de nutrition, la *dystrophie* si l'on veut, mais non l'*atrophie*.

Je voudrais aussi répondre à M. Parrot qu'en affirmant l'origine éclamptique de l'érosion des dents en opposition à la théorie de la syphilis dentaire, ce n'est point l'attaque convulsive elle-même que j'ai incriminée, mais bien l'état profondément troublé de la nutrition générale dont la convulsion n'est qu'une manifestation extérieure. J'aurais rappelé que des séries d'attaques ont pu durer plusieurs heures, plusieurs semaines, plusieurs mois même, causant parfois la mort et laissant si souvent à leur suite les plus graves désordres : le strabisme, le bégaiement, la surdi-mutité, l'idiotie. Quoi d'étonnant dès lors que de telles perturbations du système nerveux puissent altérer ou suspendre la formation de l'émail et de l'ivoire? Des troubles comparables ne se produisent-ils pas dans d'autres tissus sous des influences analogues? Le cristallin dans la cataracte zonulaire, les épithéliums dans la chute des cheveux, la chute des ongles, le sillon de Beau, etc. Or cristallin, épithéliums, émail, dentine ne sont-ils pas des éléments de même ordre, *phanères* ou *produits?*

Je pourrais encore soulever le problème de la syphilis préhistorique que M. Parrot n'hésite pas à affirmer sur la seule existence de l'érosion retrouvée sur les dents de l'époque néolithique et cela malgré l'opinion de Broca, qui, acceptant mon interprétation, invoquait précisément les convulsions du premier âge comme raison déterminante de la trépanation du crâne.

Enfin, je montrerais quelles sont les réelles et incontestables lésions dentaires dues à la syphilis héréditaire et à toutes les diathèses en général, lésions qui n'ont rien de commun avec l'érosion et qui pourraient se caractériser par l'un ou l'autre de ces deux termes : *nanisme* ou *amorphisme*.

Mais tout cela nous entraînerait trop loin. Aussi bien, je veux me réserver pour l'occasion prochaine où la question reparaîtra devant la Société de chirurgie au sujet d'un important travail de M. Cazin (de Boulogne).

Tout à vous,

E. Magitot.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur la vaccination charbonneuse, par M. *Pasteur*. — On sait en quoi consiste l'expérience de Pouilly-le-Fort. Un lot de moutons est partagé en deux moitiés : l'une est vaccinée, c'est-à-dire inoculée par le virus charbonneux mortel, préalablement atténué par un artifice de culture. Quelque temps après, lorsque toute trace de la maladie bénigne a disparu, le troupeau entier, — la moitié non vaccinée comme la moitié vaccinée, — est inoculé par du virus mortel, virus de culture ou sang charbonneux pris sur un animal qui vient de mourir. Le plus grand nombre des expériences de contrôle obtinrent un succès de même ordre que celui de l'expérience de Pouilly-le-Fort. Quelques autres échouèrent plus ou moins, c'est-à-dire que l'épreuve de l'inoculation virulente fit périr non seulement tous les sujets témoins, mais un nombre variable des animaux vaccinés. Ailleurs des échecs furent annoncés; le plus retentissant fut celui de l'Ecole vétérinaire de Turin. Tous les moutons vaccinés, aussi bien que les moutons non vaccinés témoins, périrent à la suite de l'inoculation du sang virulent. Ces faits devinrent le sujet d'une polémique que MM. Peter et H. Bouley ont rappelée récemment à l'Académie de médecine. M. Pasteur a émis l'opinion que le mouton qui a fourni, à Turin, le virus charbonneux étant mort depuis vingt-quatre heures, son sang devait être à la

---

mière importance, qui n'a jamais jusqu'ici été traduit que par fragments, et qui consiste en un recueil de biographies des médecins illustres. L'auteur est Osaïbiah, et le livre a pour titre : *Sources d'informations concernant les classes des médecins*. Le douzième chapitre traite spécialement *des classes des médecins originaires de l'Inde*. Successivement étudié, analysé ou traduit, par Dietz (*Analecta medica*, 1838), par Gildemeister (*Script. arab. de reb. indicis loci et opusc.*, 1838), par Cureton (*Journ. of the R. as. soc. of Gr. Brit. a. Ireland*, 1841), il a été examiné à fond de nouveau par A. Müller dans son dernier travail. C'est cet Osaïbiah qui fait mention de la réputation de Suçruta et de la traduction arabe de son livre. Voici, d'après A. Müller, le passage qui a donné lieu à tant de contestations :

« Je trouve aussi que El-Râzi (Rhazès), dans son livre *le Continent* et dans plusieurs autres, a fait maints emprunts aux ouvrages d'un certain nombre d'Indiens, par exemple au livre de Sîrek l'Indien (nommé ailleurs Shanak), il en a fait aussi au livre de Susrud; dans ce livre (sont consignés) les symptômes des maladies et des médicaments à leur opposer; il comprend dix sections; la traduction en a été faite sur l'ordre de Jahjâ-ibn-châlid, etc. » Les deux noms de Sîrek, ou Shanak et Susrud avaient toujours été jusqu'ici identifiés avec ceux de Caraka (Tcharaka) et de Suçruta; cette identification est absolument rejetée par Haas. Ni ces deux noms, ni les autres, cités dans le même chapitre d'Osaïbiah ne peuvent, à son avis, se rapporter à des médecins de l'Inde antique; les rapprochements poursuivis dans ce sens sont une œuvre stérile, et les Arabes n'eurent, à cette époque, rien à connaître de la science médicale du bassin du Gange, en supposant que cette science ait existé. L'argumentation de Haas repose surtout sur des considérations philologiques qui ne peuvent trouver place ici. Pour rencontrer des preuves réelles de la diffusion directe des connaissances médicales de l'*Ayurvéda* de Suçruta, le savant auteur s'adresse à un ouvrage manuscrit important du quinzième siècle, ap-

fois *septique et charbonneux*. L'affirmation étant contestée, M. Pasteur vient d'envoyer la lettre suivante à MM. les professeurs de l'Ecole de Turin :

Messieurs, une contestation s'étant élevée entre vous et moi au sujet de l'interprétation à donner de l'échec absolu de votre expérience de contrôle du 23 mars 1882, j'ai l'honneur de vous informer que, si vous voulez bien l'accepter, je me rendrai à Turin le jour que vous me désignerez; vous inoculerez, en ma présence, le charbon virulent à tel nombre de moutons qu'il vous plaira. Pour chacun d'eux, l'instant de la mort sera déterminé, et je démontrerai que, chez tous, le sang du cadavre, d'abord uniquement charbonneux, sera, le lendemain, tout à la fois septique et charbonneux.

Il sera dès lors établi, avec une entière exactitude, que l'assertion formulée par moi le 8 juin 1882, et contre laquelle vous avez protesté à deux reprises, correspondait, non à une opinion arbitraire, comme vous le dites, mais à un principe scientifique immuable, et que j'ai pu légitimement affirmer de Paris la septicémie, sans qu'il fût le moins du monde nécessaire que j'eusse vu le cadavre du mouton qui a servi à vos expériences.

Un procès-verbal sera dressé, jour par jour, des faits qui se produiront; il sera signé des professeurs de l'Ecole vétérinaire de Turin et des autres personnes, médecins ou vétérinaires, qui auront été présents aux expériences.

Enfin ce procès-verbal sera rendu public par la voie des Académies de Turin et de Paris.

J'ai l'honneur d'être...

L. Pasteur.

La perception des couleurs et la perception des différences de clarté. Note de M. *A. Charpentier*. — Nous savons qu'un objet composé de points colorés multiples, et auquel on donne un éclairement progressif dans l'obscurité, commence par faire l'impression d'une surface lumineuse incolore, uniforme et un peu plus étendue que l'objet. Ce fait tient à une propriété de la rétine et non à la dispersion dioptrique des rayons lumineux, car il a encore lieu quand on regarde à travers un diaphragme percé d'un trou très fin ayant moins de 1 millimètre de diamètre. Il semble que la sensation chromatique se produise au moment même où débute l'excitation de l'appareil percepteur des formes. On sait, d'après la Note précédente de l'auteur, que ce dernier appareil présente, pour les divers rayons du spectre, une excitabilité très différente de celle que possède l'appareil percepteur de la lumière brute. La sensation de couleur pourrait donc n'être qu'une sensation *différentielle*. Ses nouvelles expériences l'ont conduit, en effet, à la conclusion suivante : La perception de couleur n'est que l'appréciation de la différence d'excitation que produisent des rayons déterminés, d'une part sur l'appareil de la sensibilité lumineuse, d'autre part sur l'appareil de la sensibilité visuelle proprement dite ou de la distinction des formes. Que deviennent, dans cette théorie, la notion du blanc et la perception des couleurs complexes? C'est ce que M. Charpentier se propose d'exposer dans une Note ultérieure.

Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de la cinchonidine. Note de MM. *G. Sée* et *Bochefontaine*. — Les expériences ont été faites avec un produit dont la pureté a été vérifiée par M. Œschner de Coninck.

Pouvoir toxique. — Les grenouilles succombent à l'influence de 15 milligrammes de sulfate de cinchonidine introduits sous la peau. Le cobaye ne survit pas à 15 centigrammes, ni le chien à 2gr,50 de ce sel introduits de la même manière dans l'économie. Le pigeon et le lapin résistent davantage : ainsi, on a dû injecter 25 centigrammes de sulfate de cinchonidine sur le premier, et 2 grammes sur le second de ces animaux pour amener la mort.

Effets physiologiques. — Les effets observés se rapprochent de ceux qui ont été consignés par MM. Ralfertie (1876), Weddel (1877) et Cerna (1879). Ils rappellent les effets de la quinine et de la cinchonine, les convulsions et la salivation provoquées par ce dernier agent étant plus accusées chez le chien, tandis que les vomissements dus à la cinchonidine sont plus répétés chez cet animal. Aucune de ces trois substances ne détermine des convulsions chez la grenouille; cet accident manque fréquemment chez le cobaye, le lapin, le chien, et on ne l'obtient qu'au moyen de doses toxiques. Par conséquent, aucune d'elles ne peut être classée sans restriction parmi les agents convulsivants, comme la strychnine : leur place est plutôt au milieu des substances qui dépriment le système nerveux central après avoir un moment activé la circulation. Il convient de remarquer que, sur l'homme à l'état normal (l'expérience a été faite sur l'un des auteurs du mémoire), le sulfate de cinchonidine a produit l'accélération du pouls, la chaleur de la peau, etc.; c'est-à-dire un syndrome fébrile qu'il est, ainsi que la quinine, ordinairement appelé à combattre en thérapeutique.

Sur les effets du séjour prolongé dans une atmosphère chargée de vapeurs de créosote. Note de M. *Poincaré*. — Chez des *animaux* (on ne dit pas lesquels) laissés de huit mois à deux ans dans des caisses dont l'air se chargeait incessamment de vapeurs de créosote, le cerveau a toujours présenté une augmentation de consistance incontestable, et l'on a observé une sclérose du foie, des reins. Mais la lésion la plus remarquable a consisté dans l'effacement des cavités pulmonaires, qui étaient réduites à l'état d'anfractuosités linéaires et sinueuses. Cet effacement provenait à la fois de l'épaississement des trabécules conjonctives et d'un haut degré d'hyperplasie épithéliale.

Recherches sur le système vasculaire. De la circulation des doigts et de la circulation dérivative des extré-

partenant au *British museum*, intitulé *Tibb-i-Sikandâri*, et ayant pour auteur Bhavah-Ibn-Kawâss-Khan. Ce livre renferme des chapitres entiers de l'*Ayurvéda* de Suçruta. Haas, fort de cette considération que le *Fihrist*, célèbre compilation bibliographique arabe du dixième siècle, ne semble pas connaître Suçruta, fixe la rédaction de son livre entre ces deux dates, le dixième et le quinzième siècle, et ne cache pas sa tendance à la rapprocher de la seconde. Il lui est permis dès lors de supposer que la science médicale de l'Inde est une tardive importation du dehors. Les connaissances médicales des Indous n'ayant jamais, prétend-il, dépassé le niveau de ce que les Arabes avaient pu emprunter aux Grecs, et tout spécialement aux doctrines de Galien, il n'hésite pas à considérer comme de provenance grecque, toutes les connaissances des Indous, et l'*Ayurvéda* comme un pâle reflet des œuvres et des doctrines d'Hippocrate et de Galien. Non seulement il nie l'existence de Suçruta, comme personnalité réelle, mais il refuse même d'admettre son nom, en tant que relevant d'une étymologie sanscrite. Il veut y voir une corruption du nom de Socrate, qui, dans la transcription arabe, diffère à peine du nom d'Hippocrate avec lequel il a été souvent confondu. D'ingénieux rapprochements de textes donnent à cette hypothèse un certain degré de vraisemblance.

Néanmoins, toute la richesse et toute la puissance d'argumentation dont Haas a su faire preuve dans cette circonstance ne suffirent pas pour convaincre les orientalistes capables de le suivre sur le terrain où il s'était placé. A. Müller, reprenant la question à son tour, mit à son service toutes les ressources d'une érudition consommée et d'un vaste savoir. Il reprit, avons-nous dit déjà, l'étude du fameux douzième chapitre d'Osaïbiah, sur les biographies des médecins indiens, dont il donna une nouvelle traduction complète. Parmi les livres attribués dans ce chapitre aux médecins de l'Inde, se trouve un traité *des poisons* attribué à Shanak l'Indien, le même que Sirek, dont le nom rappelle immédiatement celui

mités. Note de M. *P. Bourceret.* — Voici les conclusions du mémoire :

A. Il existe dans la dernière phalange des doigts une circulation spéciale permettant un retour rapide du sang. Cette disposition particulière consiste en gros capillaires, très courts, formant des pelotons vasculaires caractéristiques qui permettent une communication facile entre les artères et les veines.

B. Cette circulation spéciale n'est qu'une modification du type général; elle paraît avoir pour but d'entretenir la chaleur du doigt en permettant au sang de passer en abondance. Ce n'est pas, à proprement parler, une circulation dérivative.

Sur l'atténuation de la virulence de la bactéridie charbonneuse sous l'influence des substances antiseptiques. Note de MM. *Ch. Chamberland* et *E. Roux.* — Dans les recherches qu'ils ont faites sous la direction de M. Pasteur, sur la bactéridie charbonneuse et ses germes, les auteurs ont été conduits à examiner l'action exercée par un grand nombre de substances antiseptiques, et ils ont rencontré dans cette étude de nouvelles conditions d'atténuation de la virulence. L'addition de 1/400 d'*acide phénique* à du bouillon de veau empêche toute pullulation de la bactéridie. Bien plus, après un séjour de quarante-huit heures dans un semblable milieu, la bactéridie a cessé de vivre; elle ne donne aucun développement si on la sème dans du bouillon de veau neutralisé. Si la proportion d'acide phénique n'est que de 1/600, 1/800, 1/1200, la bactéridie vit et pullule, et même, après qu'elle est restée un temps très long en contact avec l'antiseptique, elle se reproduit facilement quand on la porte dans un liquide nutritif convenable. Ainsi, après plus de six mois, les bactéridies étaient demeurées vivantes dans des liquides à 1/800 et 1/1200 d'acide phénique. Si la dose d'antiseptique est plus forte, la bactéridie meurt plus rapidement; dans un flacon au 1/500, toute vie avait cessé au bout de cinq mois. De plus, il suffit de 1/800 d'acide phénique dans le liquide de culture pour empêcher la formation des germes. La bactéridie finit par mourir dans ce milieu sans avoir produit de spores. Lorsque la dose d'acide phénique est plus faible (1/1200 par exemple), les filaments bactéridiens forment des germes.

Voilà donc que, par le fait de l'addition d'acide phénique au liquide de culture, les bactéridies restent sans donner de germes.

Dans une note communiquée par M. Pasteur (Pasteur, Chamberland et Roux, *Comptes rendus*, 28 février 1881) à l'Académie, il est établi que la bactéridie cultivée à la température de 42-43 degrés ne donne pas de spores, et que les filaments bactéridiens ainsi exposés à l'action prolongée de l'air et de la chaleur perdent progressivement leur virulence. En est-il de même pour la bactéridie-filament développée sans faire de germes au contact de l'acide phénique? Pour le savoir, on a inoculé à divers animaux les cultures filles des flacons à antiseptique. La culture, issue d'une bactéridie qui a vécu pendant douze jours dans du bouillon phéniqué au 1/600, est virulente pour les cobayes et les lapins. La culture issue de la même bactéridie après vingt-neuf jours ne tue plus ni cobayes ni lapins. L'action de l'antiseptique a eu pour résultat de diminuer la virulence de la bactéridie. Des résultats analogues ont été obtenus avec le *bichromate de potasse.*

La diminution de la virulence des bactéridies ainsi modifiées par les antiseptiques n'est pas passagère; la culture ne ramène pas la virulence.

Bacillus de la tuberculose. — M. *S. Kanellis* adresse à l'Académie de nouvelles recherches expérimentales sur l'inoculation et le mode de propagation du bacillus de la tuberculose.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Millot-Carpentier*, un ouvrage ayant pour titre *Nates chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique;* 2° de la part de M. le docteur Durieux (de Bordeaux), une *Étude comparative du muguet et de la digitale.*

M. *Béchamp* fait hommage d'un livre intitulé : *Les microzymas dans leurs rapports avec l'hétérogénie, l'histogénie, la physiologie et la pathologie.*

M. *Chatin* dépose la relation d'une *épidémie de trichinose* récemment observée à Malaga par M. le docteur *Don Antonio de Linares Henriquez.*

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Fonssagrives* la 5e édition d'une brochure intitulée : *Le rôle des mères dans les maladies des enfants.*

M. *Panas* offre un *Rapport* de M. le docteur *Gelly* sur une *épidémie de variole* à Villotte (Meuse) en 1882.

M. *Léon Labbé* présente un livre de M. le docteur *de Saint-Germain* ayant pour titre : *Chirurgie orthopédique.*

M. *Lancereaux* fait hommage de son *Traité de l'herpétisme.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un *photophore électrique frontal* imaginé par M. le docteur *Helot* (de Rouen) et construit par M. *Trouvé.*

Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. — M. *Bouley* a pu s'assurer, dans un récent voyage à Lyon, des résultats donnés par la méthode de Brand et des indications qu'il convient de remplir dans son application. Le traitement des bains froids doit être appliqué, dit-il, se trouve effectivement appliqué, quand cela est possible, à une période de la maladie où parfois le diagnostic est seulement probable; où il reste place pour une confusion, avec la fièvre gastrique notamment. Mais, dès le cinquième jour, la distinction entre ces deux maladies doit être faite, car il est rare qu'au cinquième jour d'une fièvre typhoïde légitime, on ne puisse affirmer le diagnostic. Cependant, on ne doit pas attendre le cinquième jour pour instituer le trai-

---

de Caraka (Tcharaka). A. Müller, qui avait à sa disposition un manuscrit de ce livre, le seul peut-être qui existe en Europe, en donne une traduction. Puis de l'étude critique de ce livre, ainsi que de l'examen raisonné de toutes les principales citations d'auteurs indiens que l'on rencontre dans les traités arabes, il tire la preuve certaine que le livre de Shanak n'a pas pu être composé dans l'Inde, et que les assertions des Arabes sur ce point sont erronées; mais il montre en même temps que l'auteur a utilisé au moins un des chapitres de l'*Ayurvéda* de Suçruta, et que de plus, des concordances décisives et nombreuses existent entre les textes médicaux sanscrits, tels que nous les possédons actuellement, et plusieurs passages du *Continent* de Rhazès.

Nous nous trouvons ainsi ramenés presque au point de départ. Le livre de Suçruta, non pas dans sa forme actuelle sans doute, qui porte les traces de remaniements nombreux, mais sous une forme plus ou moins différente, était déjà au huitième siècle aux mains des Arabes; c'était pour eux une source à laquelle ils puisaient largement et sans scrupules. Parmi les compilations auxquelles donnèrent naissance les livres indiens, plusieurs étaient rédigées en persan et furent ensuite traduites en arabe; tel fut le livre de Susrud, ou Sasrad, cité par Osaïbiah.

En dehors de ces témoignages, il en est d'autres d'une provenance différente, et dont l'un, tout récemment découvert, et n'ayant pas encore pu être signalé, vient corroborer les conclusions du savant A. Müller. Nous en devons la connaissance à la bienveillante obligeance d'un des sanscritistes les plus autorisés de l'Ecole française, M. A. Bergaigne, professeur de langue sanscrite à la Sorbonne, et auteur du travail le plus important et le plus profond dont le Rig-Véda ait été l'objet jusqu'ici. Ce document va nous montrer le nom de Suçruta connu et vulgarisé dès le neuvième siècle, au milieu de populations dont les relations avec la civilisation de l'Inde sont un des plus intéressants problèmes historiques dont l'étude se poursuive aujourd'hui. Il s'agit du Cambodge.

tement des bains froids. Tous les auteurs qui ont l'expérience de ce traitement sont d'accord pour reconnaître qu'il est d'autant plus efficace qu'on l'emploie plus près du début; que son application prématurée n'a jamais causé d'accidents; et il n'a pas encore été signalé de cas de morts chez les malades qu'on a pu traiter dès les deux ou trois premiers jours. Le quatrième jour est donc la limite extrême au delà de laquelle un malade n'est plus traité dès le début. La période du début ne peut pas s'étendre au huitième jour quand il s'agit d'une maladie qui tue parfois le quatrième, le cinquième jour. Le stade prodromique de la fièvre typhoïde prenant date du premier malaise observé, le début sera fixé par le frisson ou premier frissonnement; ou, s'il fait défaut, par l'alitement. Mais il faut tenir compte, pour montrer que ce quatrième jour n'est qu'une date approximative, des cas exceptionnellement infectieux où les symptômes sont graves d'emblée; et, pour mentionner les exceptions, des cas où rien ne signale le passage du stade prodromique à la deuxième période; des cas où, comme dans le *typhus ambulatorius*, les malades se mettent au lit trois ou quatre jours avant d'avoir une hémorrhagie intestinale ou de mourir d'une perforation. L'extrême rareté de la mort, dans les cas traités dès le quatrième jour, fait supposer, lorsque la mort survient, ou que la date réelle du début a été méconnue, ou qu'il y a eu de grandes négligences dans le traitement, ou bien enfin qu'il y a eu une erreur de diagnostic, — ce qui a pu être maintes fois vérifié par l'autopsie.

Quant à l'application systématique de la réfrigération à toute fièvre typhoïde, c'est un principe aujourd'hui incontesté en Allemagne et à Lyon; à cet égard, M. Bouley reproduit, d'après plusieurs passages extraits de l'ouvrage du docteur Brand, les règles qui président à l'application de sa méthode et rappelle les résultats consignés par celui-ci, résultats ainsi résumés : pratique privée, 2,5 pour 100; hôpitaux d'enfants, 2,5; hôpitaux civils, 6,7; hôpitaux militaires, 9,4, en temps de guerre, 11,4; soit une mortalité de 7,4 pour 100 à la suite de ce traitement.

M. Bouley termine en relevant l'accusation d'incompétence à l'égard de la médecine humaine que lui a adressée M. Peter dans la dernière séance; après avoir seulement indiqué les bénéfices que l'Académie peut retirer de la réunion de toutes les compétences qu'elle renferme et en particulier des travaux des médecins vétérinaires, il fait remarquer que la compétence est en chacun des membres de l'Académie sur des points spéciaux; et je pourrais, dit-il, répliquer à M. Peter qu'il ne me trouve incompétent que parce qu'il n'a pas la compétence suffisante pour juger ma compétence.

M. *Blot* remercie M. Bouley de lui avoir montré que les résultats publiés sur l'emploi de la méthode de Brand n'ont fourni aucun argument péremptoire en sa faveur.

Les doctrines microbiennes et la vaccination charbonneuse. — M. *Pasteur* s'exprime en ces termes (1) : L'Académie de médecine a entendu, dans sa séance du 27 mars, une communication de l'un de ses membres, M. Peter, au sujet de ce qu'il appelle les *doctrines microbiennes*.

Je lis dans cette communication la page suivante : « Les doctrines *pastoriennes*, dans ce qu'elles ont de fondamental, sont-elles d'une certitude absolue?

» Ce qui s'est passé pour la rage démontre que M. Pasteur peut se tromper...

» Dans la séance de l'Académie du 22 mars 1881, M. Pasteur a reconnu que ce qu'il avait appelé maladie nouvelle de la rage n'avait aucune relation avec la rage...

» Or, M. Pasteur, quelque temps avant, n'avait pas hésité à croire qu'il avait trouvé une nouvelle maladie rabique...

» Donc M. Pasteur s'est beaucoup trop pressé et il n'a pas examiné en médecin les résultats de l'expérience de la salive de l'enfant enragé... »

Que je puisse me tromper, ce n'est pas moi, certes, qui y contredirai; mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'on m'attribue des erreurs que je n'ai pas commises. Eh bien, dans les extraits que je viens de citer, je ne vois qu'inexactitudes, et je porte à M. Peter le défi d'établir une seule des assertions précédentes.

. . . .

Si j'osais porter un jugement personnel sur un travail sorti de mon laboratoire, je dirais que dans aucune recherche peut-être, je n'ai appliqué avec plus de respect les principes de la méthode expérimentale, et mes collaborateurs, MM. Chamberland, Roux, Thuillier, n'ont pas été moins circonspects.

Quant à la prophylaxie du charbon par l'inoculation du virus mortel atténué, il paraît que les cultivateurs ne tiennent pas grand compte d'oppositions plus ou moins systématiques.

Je constate, en effet, que, du 1er au 10 avril seulement, c'est-à-dire dans les dix jours écoulés depuis que la lecture du 27 mars de M. Peter a été répandue, plus de vingt-cinq mille moutons, vaches, bœufs ou chevaux ont été vaccinés. Il est plus que probable que, dans le seul mois que nous traversons, les vaccinations dépasseront le nombre de cent mille. On n'accusera pas, je pense, les fermiers de faire, au détriment de leur intérêt matériel, du fétichisme scientifique. J'ajoute que, par les perfectionnement apportés dans la qualité des vaccins et par une application mieux entendue de la méthode, consistant principalement à ne pas attendre, pour vacciner, que les troupeaux soient en puissance du mal charbonneux, il n'y a pas eu, à ma connaissance, depuis le

(1) Nos lecteurs, qui, pour la plupart, reçoivent le *Bulletin de l'Académie*, y trouveront les courts passages supprimés ici faute de place.

Les monuments du Cambodge, dont l'exploration, jusqu'ici, est restée presque exclusivement l'apanage des savants et des voyageurs français, nous apprennent qu'il y eut là jadis une civilisation d'origine indoue, sans qu'on puisse trop dire encore ni par quelle voie, ni à quelle époque cette expansion aryenne, comme dit le savant M. J. Darmestiter dans ses *Essais orientaux*, a porté les idées brahmaniques et le culte de Bouddha sur les rives du Mékhong, où ces deux mondes, rivaux ailleurs et destinés à se supplanter l'un ou l'autre partout où ils furent en concurrence, vécurent pendant quelque temps en paix. Les monuments en ruines, nombreux au Cambodge, sont couverts d'inscriptions, dont beaucoup sont en langue sanscrite, bien que gravées en caractères cambodgiens. L'une d'entre elles, dite l'*inscription de Léley*, près de la fameuse Angkor, contient, dans une stance, une allusion évidente à Suçruta et à son habileté comme médecin. Cette inscription, dont le texte sera publié prochainement dans un recueil spécial, a été analysée sommairement dans le *Journal asiatique* (août-septembre 1881, p. 176). Grâce à l'obligeance de M. Bergaigne, nous pouvons donner au lecteur la traduction de cette stance inédite et quelques renseignements qui en font ressortir l'importance. L'inscription, qui met en relief un roi du Cambodge du vivant duquel elle fut rédigée, nous apprend que l'avènement de ce roi, nommé Yaçovarman, eut lieu en l'an 811 de l'ère indienne, dite Çaka, ce qui correspond à 889 de notre ère. D'après une autre inscription (voy. *Journ. asiat.*, même article, p. 154), ce roi était mort en 832, ère Çaka, c'est-à-dire en 910. C'est donc certainement entre ces deux dates que l'inscription a été rédigée. Le roi, par un de ces jeux de mots très familiers aux panégyristes lapidaires de l'époque, y est comparé à Suçruta comme à un habile médecin; le traitement moral qu'il applique à ses sujets, par la parole sacrée, les guérit, même pour la vie future. Voici, d'après M. Bergaigne, la traduction de la quarante-neuvième stance de l'inscription : « Avec la parole prononcée par

mois de novembre dernier, un seul animal qui ait succombé aux suites de la vaccination.

Cependant les expériences de contrôle, faites dans ces cinq derniers mois, la dernière toute récente, ont prouvé que ces animaux étaient vaccinés contre une inoculation très virulente directe.

. . . .

Je ne suis ni médecin, ni vétérinaire; souvent je l'ai regretté. Plus jeune, ou seulement plus valide, à l'âge même où je suis, vous me verriez sur les bancs de vos auditeurs. Quand j'eus l'honneur d'être appelé à faire partie de cette Académie, ma joie était de penser que j'allais m'instruire au milieu de vous des choses que j'ignorais.

Parfois, cependant, je me suis consolé de mon insuffisance en me souvenant qu'un jour, comme j'hésitais à céder aux pressantes instances de M. Dumas qui me sollicitait de m'occuper de la maladie des vers à soie, cause de ruine pour son pays natal, et que je lui disais de considérer que je n'avais jamais vu un ver à soie: « Tant mieux, me répondit-il, que vous ne sachiez rien sur la question, vous n'aurez d'autres idées que celles qui vous viendront de vos propres observations. »

Je ne tardai pas à apprécier la profonde justesse de ces paroles d'un maître illustre. Si j'eusse été alors instruit des travaux nombreux des naturalistes et médecins italiens sur cette maladie, travaux mêlés d'erreurs graves, ce qu'on ignorait, comme eux j'aurais fait fausse route. Oui, il peut être utile de s'écarter des voies tracées pour se frayer des sentiers nouveaux, car on y découvre souvent de nouveaux horizons. Le travail est dur, mais plus marqué d'empreinte personnelle et originale.

Si M. Peter avait porté en arrière un regard judicieux sur l'histoire des sciences et de la médecine en particulier, il aurait reconnu quels pas elles ont faits chaque fois qu'il leur est arrivé de sortir des routes battues. Il aurait reconnu que les sciences gagnent toutes à se faire des emprunts mutuels et que chaque nouveau point de contact est marqué, pour elles, par de nouveaux progrès. Il est vrai qu'au moment où surgissent ces progrès venus de sciences voisines, apparaissent toujours des esprits inconsciemment rétrogrades, qui iraient volontiers jusqu'à demander que leur science particulière fût mise en régie. Tout en affirmant bien haut, comme M. Peter vient de le faire, qu'ils ne cherchent qu'à aller en avant, ils se raidissent contre le mouvement qui les emporte. Qu'ai-je à faire, dit M. Peter, de l'esprit du chimiste, du physicien et du physiologiste, en médecine! « Rien n'est plus éloigné, ajoute-t-il encore, de l'esprit médical et de nos méthodes que les doctrines et les méthodes des sciences d'analyse », sciences qu'il oppose à la médecine, appelée par lui une science de synthèse. Il ne s'aperçoit pas qu'une science, qui serait toujours en présence de synthèses, ne pourrait être qu'une science inférieure; il ne s'aperçoit pas que chaque fois que la médecine a grandi, elle s'est rapprochée par son esprit et ses méthodes des sciences d'analyse.

A l'entendre parler avec tant de dédain des chimistes et des physiologistes qui touchent aux questions de maladies, on dirait, en vérité, qu'il parle au nom d'une science dont les principes sont assis sur le roc. Lui faut-il donc des preuves du peu d'avancement de la thérapeutique?

Voilà six mois que, dans cette assemblée des plus grands médecins, on discute le point de savoir s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par des lotions froides, que par de la quinine, de l'alcool ou de l'acide salicylique, ou même ne pas la traiter du tout. Et quand on est à la veille peut-être de résoudre la question de l'étiologie de cette maladie par la *microbie*, M. Peter commet ce blasphème médical de dire: « Eh! que m'importent les microbes? Ce ne sera qu'un microbe de plus. »

Vous voulez, monsieur — j'emprunte vos propres paroles — que la tournure d'esprit qui m'a fait choisir la chimie, la physique et la physiologie comme études de prédilection, m'éloigne des choses de la médecine. J'ai l'honneur de vous répondre que, sans m'inquiéter de quelle science relèvent mes études, je parle au nom d'un labeur de quarante ans qui me permet de vous porter le défi, comme je l'ai fait tout à l'heure, de prouver une seule de vos assertions; qui me permet de vous dire que le docteur Maurice Raynaud, qui tenait dans cette assemblée une place si méritée, étudiant en même temps que moi la salive de l'enfant enragé, mais ne l'observant qu'en médecin, a passé, comme vous l'auriez fait sans doute vous-même, à côté de la vérité; qui me permet de vous dire que le grand intérêt médical de l'expérience de la poule rendue charbonneuse par un abaissement de la température ambiante, vous échappe entièrement. Devant cette remarquable expérience, vous ne donnez d'attention qu'à deux interprétations contradictoires, celle du physiologiste et celle du médecin. L'interprétation médicale, la vôtre du moins, est sans fondement dans l'observation, car on peut maintenir une poule, les ailes liées, à l'inanition pendant plusieurs jours, malade par conséquent, sans qu'elle acquière l'aptitude à contracter le charbon.

L'interprétation du physiologiste est pour ainsi dire adéquate au fait lui-même. Que font, d'ailleurs, ces diverses hypothèses? L'immense intérêt médical que vous, monsieur, qui êtes médecin, avez le tort de méconnaître, se résume en ceci, qu'à la volonté de l'expérimentateur, par un simple artifice physique, le refroidissement, on crée une réceptivité pour la maladie et la mort, et, quand la poule est près de mourir, on crée, en la réchauffant, une réceptivité inverse pour le retour à la vie. Le développement du microbe s'ar-

---

Suçruta (ou sans le jeux de mots: « avec la parole bien prononcée par le Véda) et qui a pour essence la vertu, médecin unique, il (le roi) a guéri ses sujets, même pour l'autre monde. »

Ainsi, à la fin du neuvième siècle, dans un pays éloigné de l'Inde, qui lui avait fourni ou imposé peut-être sa civilisation, le nom de Suçruta était assez connu, sa réputation médicale assez répandue pour que, dans un document public, une proclamation adressée à tous, il pût y être fait allusion, même par un jeu de mots, sans crainte de rester incompris. Est-il téméraire d'en conclure que ce nom, qui n'arrivait certes pas là pour la première fois à la connaissance du vulgaire, devait, au contraire, y avoir été prononcé depuis longtemps, et souvent invoqué, et que très probablement, au Cambodge comme dans l'Inde, il était réputé comme le médecin par excellence, l'autorité scientifique incontestée, comme le fut Hippocrate chez les Grecs.

La science nous dira bientôt, sans doute, si c'est plutôt au bouddhisme qu'au brahmanisme que ce pays dut la connaissance de l'art et de la science de l'Inde. Elle nous a déjà appris que le bouddhisme du Cambodge, qui aujourd'hui se rattache aux Ecoles du Sud, de Ceylan et de Siam, et a pour langue sacrée le pali, était jadis une dépendance du bouddhisme du Nord, de celui du Nepal et du Tibet. Or nous savons depuis longtemps que celui-ci avait favorisé l'exportation, dans les régions transhymalaiennes, des connaissances médicales de l'Inde. Dès 1835, un savant danois, Csoma de Körös, donnait dans le *Journal of the asiat. society* (janv. 1835, n° 37, p. 1-20), le sommaire analytique d'un ouvrage considérable de médecine, en langue tibétaine, lequel jusqu'ici n'est pas autrement connu que par le mémoire de Csoma de Körös. Il résulte de l'examen du sommaire des chapitres, que bien que les noms de Caraka ou de Suçruta n'y soient pas cités, ce livre est tout à fait analogue à ceux qui leur sont attribués; le texte lui-même apprend qu'il est tout entier le résultat d'une compilation des livres sanscrits.

rête, et le microbe déjà existant se résorbe entièrement.

Pourriez-vous citer, en médecine, un autre fait de cet ordre?

Je vous parle, enfin, au nom d'un savoir qui me permet d'écrire aux professeurs de l'Ecole vérinaire de Turin, qu'ils ont eu le tort, dans leur expérience de contrôle, au sujet de l'immunité acquise par la vaccination, d'inoculer du sang charbonneux pris sur un cadavre de vingt-quatre heures de mort, parce que ce sang était à la fois septique et charbonneux; qui me permet de vous dire, à vous, monsieur, qu'en apportant triomphalement, devant cette assemblée, la protestation de l'Ecole de Turin, bien loin de *m'égorger*, suivant une de vos expressions, vous n'avez fait que vous associer à une erreur; qui me permet de vous dire qu'il est étrange qu'un professeur de la première Ecole médicale du monde assimile à une simple « curiosité d'histoire naturelle » des faits comme celui de la merveilleuse expérience de Pouilly-le-Fort; qui me permet de dénoncer la légèreté avec laquelle vous avez parlé des vaccinations par des virus atténués.

. . . .

C'est en face de la prophylaxie de la maladie la plus mortelle, le charbon, effroi de l'agriculture depuis tant de siècles; prophylaxie qui, dans sa première année d'application, a supprimé dans les troupeaux les 9/10es de la mortalité; c'est en présence de pareils faits que vous exercez votre ironie.

Un mot encore, et j'ai fini.

Vous avez exalté, monsieur, votre patriotisme. Vous avez été sincère et de bonne foi. Vous avez fait vos preuves.

Vous me permettrez, cependant, de vous faire remarquer que, pour tenter vainement de combattre la découverte de l'atténuation des virus et les travaux de mon laboratoire, vous avez été chercher des armes étrangères; mais, ainsi que vous l'a fait comprendre déjà l'éminent docteur Fauvel, vous aviez omis d'en vérifier la trempe.

Mon patriotisme à moi, monsieur, est de telle nature que je ne me consolerais pas que la grande découverte de l'atténuation des virus vaccins ne fût pas une découverte française. (*Applaudissements nombreux et répétés.*)

M. *Peter* demande à répondre à M. Pasteur dans la prochaine séance.

Conjonctivite purulente rhumatismale. — M. *Maurice Perrin* donne lecture d'une deuxième Note sur la conjonctivite rhumatismale. Dans la séance du 17 janvier 1882, il avait déjà communiqué un certain nombre de faits propres à faire admettre une forme de conjonctivite purulente qui serait due à l'évolution du rhumatisme, et se confondrait dans ses traits principaux, surtout au point de vue de la rapidité et de la gravité des accidents, avec celle que l'on désigne sous le nom de conjonctivite purulente blennorrhagique. Depuis sa communication, M. Maurice Perrin a reçu de divers côtés des observations dont il donne lecture, et qui viennent confirmer sa manière de voir; ces observations mettent, suivant lui, hors de doute l'existence d'une variété de conjonctivite purulente ou catarrhale, se développant sans contagion et sous l'action du rhumatisme, se montrant soit pendant ou peu de temps après d'autres manifestations rhumatismales et ressemblant à l'ophthalmie blennorrhagique par la violence de l'attaque, par la rapidité de l'évolution, par les dangers qu'elle fait courir à la cornée, malgré le traitement local le mieux dirigé, si bien qu'elle a dû, le plus souvent, être confondue avec elle. D'ailleurs, la conjonctivite rhumatismale n'est pas toujours purulente; elle affecte quelquefois la forme catarrhale, et c'est elle qui, vraisemblablement, sert de point de départ à ces épidémies de catarrhes conjonctivaux qui s'observent dans les prisons, dans les écoles, dans les casernes, sur les navires, etc. En résumé, dans toute conjonctivite purulente chez les rhumatisants ou dans toute conjonctivite purulente qui ne résulte pas d'une contagion reconnue, il est indiqué d'ajouter au traitement local l'usage des médicaments antirhumatismaux et spécialement le salicylate de soude. Au traitement local par le nitrate d'argent sous la forme de crayon mitigé ou de solution, il convient d'ajouter des lotions ou des pulvérisations très fréquentes avec de l'eau alcoolisée à 25 pour 100.

Physiologie de la sensibilité chromatique. — M. *Giraud-Teulon* lit sur la *théorie d'Yung en présence des nouvelles découvertes en astronomie physique*, un important mémoire qu'il résume ainsi qu'il suit:

1° Le spectre solaire n'est pas un phénomène constamment fixe et identique à lui-même; formé par la superposition de deux spectres composant, obéissant chacun à un mode différent de dispersion, il varie, en chaque région, d'éclat relatif avec l'angle de cette dispersion. Deux spectres ne peuvent donc devenir des objets d'étude comparative que sous la condition expresse de l'identité de l'angle de dispersion, condition que les observations passées n'indiquent pas avoir été constamment remplie.

2° D'autre part, contrairement à l'hypothèse implicite qui a présidé jusqu'ici aux études physiologiques sur la lumière, la composition et l'éclat des radiations solaires sont tout autre chose que constants. L'une et l'autre varient au contraire avec une grande fréquence, et souvent même dans le cours d'une seule séance expérimentale. Ces faits expliquent suffisamment les incertitudes et les divergences qui caractérisent les observations produites jusqu'à ce jour par la détermination de la valeur soit lumineuse, soit chromatique d'une région quelconque du spectre.

3° L'astronomie physique nous apprend encore que la lu-

Importé dans le pays au huitième ou au neuvième siècle, au temps de Khrisrong-Dehustan, puis traduit par Bairotsana ou Vairocana, avec l'aide d'un *pandit*, c'est-à-dire d'un lettré, connaissant la science médicale, ce livre est le traité classique par excellence, en usage dans les Ecoles de médecine qui existent, ou du moins qui existaient en 1835, aux environs de Lhassa, dans quelques couvents bouddhistes. Le début, consacré à l'exposition sommaire de la doctrine, rappelle tout à fait les premières lignes de l'*Ayurvéda* de Suçruta et l'invocation des disciples au médecin divin Dhanvantari, dont le nom se trouve remplacé ici par celui du Bouddha Cakya-Mouni.

Ainsi, à défaut de chronologie intérieure, on arrive à l'aide d'arguments puisés aux traditions mieux datées des peuples voisins de l'Inde, et de ses tributaires au point de vue de la civilisation, comme l'Indo-Chine, le Tibet, la Perse, etc., à établir solidement quelques jalons fixes qui, dans cette vaste étendue sans bornes, peuvent servir de guide et de repères, en attendant que des données nouvelles permettent d'ouvrir des voies plus larges à l'activité des historiens de la science.

Dr G. Liétard.

Femmes-médecins. — Le nombre des femmes qui ont suivi les cours de la Faculté de médecine en qualité d'étudiants régulièrement inscrits, c'est-à-dire après avoir produit les deux diplômes obligatoires du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, ou tout au moins, lorsqu'elles appartiennent à une nationalité étrangère, sont munies de certificats d'études reconnus équivalents, a été, pendant l'année scolaire 1881-1882, de 39, savoir: Françaises, 10; Anglaises, 11; Américaines, 5; Russes, 9; Hongroise, 1; Polonaise, 1; Roumaine, 1; Indienne, 1.

mière cosmique offre un éclat d'autant plus vif, est d'autant plus blanche que son spectre contient un moindre nombre d'éléments chromatiques. Ce fait confirme pleinement la proposition de M. le docteur Charpentier, quant au rôle réel des complémentaires : Lors de la production de la sensation blanche, les éléments chromatiques, loin de se combiner par addition, s'annulent ou se compensent réciproquement. Ces enseignements nouveaux, d'ordre exclusivement physique, ajoutent leur poids aux considérations purement physiologiques qui s'opposent à la conservation de la théorie d'Yung; ils démontrent, comme les précédents, la nécessité de ramener l'étude physiologique des sensations chromatiques sur le terrain commun à tous les autres départements sensoriels.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Du rétrécissement primitif de l'œsophage : M. Debove. — De la réfrigération dans le traitement de la fièvre typhoïde : M. Dumontpallier.

M. *Debove* donne lecture d'une note sur une forme de *rétrécissement primitif de l'œsophage.* Il rappelle que les causes les plus communes du rétrécissement œsophagien sont le cancer et les cicatrices produites par les caustiques; il a eu l'occasion d'observer un cas de rétrécissement de l'œsophage paraissant avoir succédé à un ulcère simple de cet organe, affection passée sous silence par la plupart des auteurs classiques. Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, entré à Bicêtre le 18 novembre 1882. On ne relevait dans ses antécédents héréditaires aucune affection carcinomateuse ; lui-même n'avait eu antérieurement que des chancres mous, accompagnés de bubons suppurés, en 1848, et plusieurs accès de *delirium tremens*, résultat de ses habitudes alcooliques invétérées. En décembre 1870, il éprouva derrière le sternum, vers la fourchette et au niveau de l'appendice xyphoïde, d'assez vives douleurs déterminées par le passage des aliments dans l'œsophage : il ne souffrait pas d'ailleurs entre les repas. En mars 1871, il eut trois hématémèses et rejeta une grande quantité de sang noir; épuisé, il entra le 11 mars à l'hôpital de Provins, où il fut cathétérisé avec la sonde œsophagienne à olive, ce qui lui permit de déglutir plus facilement ses aliments. Pendant les années 1871 et 1872, il eut encore des vomissements fréquents, parfois composés de sang altéré, analogue à du marc de café; les mêmes phénomènes se reproduisirent en 1878, mais le malade ne peut dire s'il rendit du sang dans ses selles. Depuis lors, les douleurs au passage des aliments dans l'œsophage ont persisté, et il dut être cathétérisé plusieurs fois à Provins, à Nantes et à l'hôpital Necker, mais les vomissements de sang ont disparu.

Lorsqu'il fut examiné à Bicêtre, on constata deux rétrécissements œsophagiens : l'un au niveau du cardia, l'autre, plus étroit, difficile à franchir avec une olive de huit millimètres de diamètre, vers la fourchette sternale. Il s'agissait donc d'un cas de rétrécissement de l'œsophage, remontant à dix ans, et ayant présenté deux périodes distinctes : la première, jusqu'en 1878, caractérisée par une douleur vive au passage du bol alimentaire, déterminant la dysphagie; à la même époque se montraient les hématémèses; la seconde, marquée seulement par la difficulté de l'ingestion des aliments solides, la nutrition restant facile et indolore avec les liquides et le lait en particulier. — On ne peut songer, dans un cas semblable, à une affection cancéreuse, le début de la maladie remontant à dix années; le malade n'est pas syphilitique, il n'a jamais dégluti aucun caustique solide ou liquide, il n'a subi aucun traumatisme; donc, si l'hésitation était possible lors des premiers accidents, elle n'est plus permise aujourd'hui et l'on peut diagnostiquer un rétrécissement consécutif à un ulcère simple de l'œsophage; la première période symptomatique correspond à l'évolution de l'ulcère, et la deuxième à la rétraction cicatricielle; ainsi s'explique la disparition des crises douloureuses à la déglutition, et des vomissements sanglants. Quincke, qui a cité trois exemples analogue, admet l'action du suc gastrique pénétrant dans l'œsophage comme cause de l'affection; chez son malade, M. Debove pense que l'alcoolisme doit être incriminé. Le diagnostic du rétrécissement primitif de l'œsophage offre une grande importance au point de vue de l'intervention thérapeutique; en effet, on admet d'ordinaire, en l'absence de syphilis ou d'ingestion de caustiques, la nature cancéreuse du rétrécissement de l'œsophage, et l'on s'abstient de tout cathétérisme, tandis que, dans les cas analogues à celui qu'il décrit, M. Debove préconise la dilatation et en a obtenu d'excellents résultats chez son malade. Cet homme, à son entrée à Bicêtre, se nourrissait exclusivement de lait et de potages, aujourd'hui il peut manger comme tout le monde. — M. Debove a fait construire une sonde nouvelle pour pratiquer sans danger la dilatation. Elle se compose d'une tige de baleine flexible, terminée par une petite boule métallique, et que l'on introduit jusque dans l'estomac; sur cette tige, on peut enfiler des olives biconiques de diamètre gradué, depuis 11 millimètres jusqu'à 20 millimètres. Un tube flexible de métal, composé d'une spirale roulée, est glissé sur la tige de baleine qui lui sert de conducteur, et permet de pousser l'olive choisie au delà du rétrécissement. On peut, en retirant ce propulseur, enfiler une nouvelle olive d'un diamètre plus considérable et répéter la même manœuvre sans crainte de fausse route, puisque la sonde de baleine, toujours maintenue en place, guide le corps dilatateur à travers le rétrécissement. Lorsque, en terminant, on retire la tige de baleine, les olives, maintenues inférieurement par la boule métallique qui termine l'instrument, franchissent et dilatent de nouveau le rétrécissement de bas en haut. Le 12 novembre, M. Debove commençait la dilatation avec l'olive n° 14, et, le 25 novembre, il pouvait franchir l'obstacle avec le n° 20. Jusqu'au 5 décembre, il passa chaque jour les n°s 19 et 20, et à partir de ce moment, il apprit au malade à introduire lui-même tous les jours le gros modèle de la sonde en caoutchouc qu'il emploie pour l'alimentation artificielle. Grâce à ce traitement, la dilatation s'est maintenue et la déglutition est normale et facile.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si l'on pourrait employer cet instrument sans danger dans le cas de rétrécissement cancéreux.

M. *Debove* n'a pas essayé ce traitement dans des cas semblables, mais il craindrait de déterminer des accidents sérieux.

— M. *Dumontpallier* complète sa communication sur la *réfrigération dans le traitement de la fièvre typhoïde* (voy. le n° du 9 mars). Il apporte les preuves à l'appui de cette proposition, que le refroidissement *lent et progressif* chez l'homme et les animaux ne produit pas les congestions viscérales, mais peut, au contraire, lorsqu'elles existent antérieurement, les modifier d'une façon heureuse. Pour les animaux, M. Lafont a recueilli des tracés graphiques qui montrent que chez un chien soumis au refroidissement lent et progressif, la température initiale de 38 degrés s'abaisse, en une heure et quart, à 22°,5; dans le même temps, le pouls tombe de 115 à 55, et la respiration de 18 à 5. Il ne se produit aucune congestion ni hémorrhagie viscérale, ainsi qu'on peut le constater en sacrifiant l'animal. Si l'on soumet un chien à un *refroidissement brusque*, dans l'eau à 2 degrés, la température et le pouls s'élèvent pendant dix minutes d'une façon notable, la respiration s'accélère et monte de 18 à 60; puis une chute rapide se produit; le pouls tombe à 55, la respiration à 15, et la mort survient au bout d'une demi-heure. On trouve, en ouvrant l'animal, les viscères noirs,

congestionnés; il n'y a pas d'hémorrhagies intra-parenchymateuses et les poumons sont encore dilatables par insufflation. P. Bert a également observé des résultats analogues. Chez l'homme, M. Dumontpallier rappelle les expériences qu'il a entreprises à l'aide de son appareil réfrigérateur, et affirme de nouveau n'avoir jamais observé de congestions viscérales déterminées par un refroidissement lent et progressif.

Quant à l'influence heureuse de la réfrigération sur les congestions pulmonaire et rénale préexistantes, elle est démontrée par deux observations de M. Dumontpallier, dans lesquelles une congestion pulmonaire au cours d'une fièvre synoque pneumonique, et une albuminurie congestive, chez un malade atteint de fièvre typhoïde abortive, ont été rapidement améliorées et guéries par l'application méthodique du froid. M. Dumontpallier rappelle en outre que, d'après M. Boudet, adversaire apparent de la méthode de Brand, les bains froids seraient indiqués dans tous les cas d'hyperthermie, d'ataxie, de sueurs profuses et de *catarrhe bronchique généralisé*, qui sont rapidement améliorés par ce traitement. — On aurait pu se demander si, en soustrayant au malade une certaine quantité de calorique, on ne le mettait pas dans la nécessité d'en produire encore davantage; la diminution des déchets provenant des combustions prouve bien que la réfrigération n'a pas un effet semblable et qu'elle diminue réellement les combustions organiques en agissant sur la régulation thermique.

M. Dumontpallier reconnaît, avec M. Peter, que le froid est une arme à deux tranchants, et qu'elle doit être maniée avec habileté et prudence; car « avec le froid, on fait le froid ou le chaud ». Ainsi M. Dumontpallier a obtenu les meilleurs effets de l'eau glacée chez une jeune malade cyanosée et offrant une température de 41°,6, et aussi chez un enfant algide, comateux, à la suite de symptômes accentués de choléra sporadique; chez ce dernier malade le froid avait été employé sous la forme d'enveloppements dans le drap mouillé.

— A cinq heures la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Hémorrhagie par irritation vaso-motrice : M. Brown-Séquard. — Atténuation des dangers du chloroforme par l'atropine associée à la morphine : M. Dastre. — Cuivre dans le chocolat : M. Galippe. — Mort par les doses élevées de chloroforme : M. P. Bert. — Action des cyanures d'or, de mercure, etc., dans l'atrophie papillaire : M. Galezowski. — Monstre otocéphalien : MM. Duval et Hervé. — Nouvelles recherches pneumographiques : M. Bloch.

M. *Brown-Séquard* a observé des hémorrhagies sous la membrane occipito-atloïdienne et dans la cavité du quatrième ventricule chez des oiseaux dont le cou avait été coupé vers la cinquième ou sixième vertèbre cervicale. Ces hémorrhagies ne résultent pas de l'effusion du sang partant de la section et remontant vers la région occipitale : l'espace intermédiaire n'est le siège d'aucun épanchement sanguin. L'auteur est porté à assimiler ces hémorrhagies à celles qu'il a observées dans différents organes à la suite de la lésion de la partie supérieure de la moelle; il les rapporte toutes à l'irritation vaso-motrice produite par la lésion du centre nerveux et expose le mécanisme qu'il leur attribue : l'irritation vaso-motrice produisant à la fois la constriction énergique des artères et des veines déterminerait ainsi une forte projection du sang dans les capillaires dont les parois céderaient à cet excès de pression intérieure.

Il en serait de même encore pour un certain nombre d'hémorrhagies cérébrales indépendantes des ruptures toutes mécaniques des petits vaisseaux primitivement altérés (anévrysmes miliaires, etc.).

— M. *Dastre* indique sommairement les résultats de ses expériences sur l'atténuation des dangers du chloroforme (accidents cardiaques réflexes) par l'association préalable de l'atropine à la morphine.

— M. *Galippe* a constaté dans le cacao la présence de cuivre qui se retrouve en quantité notable dans le chocolat.

— M. *P. Bert.* 1° Avec des doses très faibles on peut faire circuler dans les poumons une quantité énorme de chloroforme sans obtenir d'autre effet objectif que l'abaissement de la température.

2° Avec des doses un peu plus fortes on amène une mort lente et un grand abaissement de la température, la sensibilité persistant. Il semble que les actes nutritifs aient été atteints avant les fonctions nerveuses.

3° Au-dessus de ces doses, alors que l'insensibilité se manifeste nettement, la mort est toujours la conséquence de la respiration continue des mélanges chloroformés. Plus ces mélanges sont riches en chloroforme, plus la mort est rapide.

4° Que la mort soit survenue lentement ou vite, toujours le cœur a continué à battre après la cessation des mouvements respiratoires.

5° Même après une anesthésie de plusieurs heures, il ne passe pas de chloroforme dans l'urine.

— M. *Galezowski* cite des observations d'atrophie papillaire dans lesquelles il a vu survenir une amélioration notable à la suite des injections hypodermiques de cyanures doubles de platine et de sodium, d'argent et de potassium, d'or et de potassium.

— MM. *Mathias Duval* et *Hervé* présentent un nouveau monstre otocéphalien qui diffère de celui qu'ils ont précédemment montré à la Société en ce que sa première fente branchiale s'est fermée, tandis que comme chez le précédent la mâchoire inférieure est absente. Leur but, en faisant cette présentation, est d'attirer l'attention sur ce fait qu'il n'y a en réalité, pas plus chez les monstres que dans beaucoup d'autres formes organiques, des espèces absolument tranchées; il y a des individus qui, par leur organisation, offrent tous les intermédiaires entre les types les plus extrêmes.

— M. *Bloch*, répondant à quelques objections qui lui avaient été adressées par M. Bert à propos des indications fournies par son aérographe (pneumographe buccal), montre que les indications sont identiques à celles des pneumographes ordinaires et n'en diffèrent que par le plus grand détail des courbes. Il insiste ensuite sur ce point que des recherches récentes de M. Ward avaient remis en discussion, à savoir que dans la respiration nasale avec la bouche fermée, *lorsqu'on n'appuie pas la langue sur le palais*, la cavité buccale reste en large communication avec l'appareil respiratoire; cette cavité subit et transmet aux appareils enregistreurs les changements de pression de la colonne d'air.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi du sozygium jambolanum contre le diabète sucré, par M. le docteur Banatvala.

Cet agent médicamenteux est le fruit d'une plante de la famille des myrtacées, communément employée dans certaines provinces des Indes pour combattre la glycosurie. M. Banatvala en a fait usage dans trois cas et a constaté : 1° la diminution de la sécrétion quotidienne de l'urine; 2° la disparition du sucre. Ces phénomènes se manifestaient dans l'espace de quarante-huit heures, et pendant aussi longtemps que les malades étaient soumis à l'influence de ce médicament, ils pouvaient impunément faire usage d'une alimentation amylacée. L'enveloppe astringente de ce fruit paraît en être la portion active. (*The London med. Record*, 15 février 1883, p. 47.)

Des indications thérapeutiques du salicylate de soude dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur Bareggi.

Ayant remarqué que l'emploi du salicylate de soude contre le rhumatisme articulaire aigu, produisait après deux ou trois jours une opiniâtre constipation, le docteur Bareggi résolut d'en faire usage contre les diarrhées profuses de la fièvre typhoïde. D'après cet auteur, l'action serait rapide; la diarrhée cesserait après deux ou trois jours et la maladie prendrait une marche favorable. Les doses pourraient être aussi élevées que dans le rhumatisme sans produire de troubles nerveux ou digestifs. (*Gazz. degli Ospitali*, 3 décembre 1882.)

Les micro-organismes de la fièvre typhoïde, par le docteur Maragliano.

Ce mémoire a été publié par M. Marigliano (de Gênes) et a pour objet de démontrer la présence de micro-organismes dans le sang des typhiques. Le sang était extrait de la rate ou de la circulation au moyen d'une seringue hypodermique. Pour extraire le premier, on faisait usage de la méthode du docteur Scramano (de Rome) et pour obtenir le second, d'une piqûre du doigt, en prenant toutes les précautions pour éviter la présence accidentelle de micro-organismes. Pendant le cours de la maladie, le sang contient des corps sphériques à contours délicats, à contenu homogène et possédant toutes les apparences des micrococcus. Quelques-uns sont mobiles. Leur nombre diminue pendant la convalescence et pendant l'administration de la quinine. Par la méthode des cultures, on a pu obtenir la multiplication de corps semblables et leur reproduction. Soholoff et Irskel avaient observé dans le parenchyme de la rate des corpuscules semblables sur des individus qui succombèrent à la fièvre typhoïde. (*The Lancet*, 28 octobre 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire, par le docteur E. Quinquaud, médecin des hôpitaux. Thèse pour le concours de l'agrégation (Pathologie interne et médecine légale). Paris, 1883. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le titre même de cette thèse, tel qu'il a été posé par le jury du concours, pourrait prêter à quelques divergences d'interprétation; s'agit-il seulement de l'influence étiologique de la scrofule dans le développement de la phthisie pulmonaire, et peut-on confondre entièrement la phthisie avec la tuberculose du poumon? La question d'ailleurs, par suite des termes mêmes de l'énoncé, nous paraît être surtout une question de clinique, et peut-être l'auteur s'est-il un peu longuement appesanti sur la discussion théorique, ne réservant à l'étude clinique qu'une place relativement restreinte.

On sait que, d'après les idées anciennes, la scrofule, manifestée par ses lésions multiples muqueuses, ganglionnaires, articulaires, etc., était une cause fréquente et puissante de tuberculose pulmonaire et conduisait presque fatalement à la phthisie : le scrofuleux devenait tuberculeux et mourait phthisique. Mais les recherches anatomo-pathologiques modernes, la méthode expérimentale ont dépossédé la scrofule d'une grande partie de son domaine et sont venues modifier profondément les notions acquises sur les rapports de cette affection diathésique avec l'évolution de la tuberculose pulmonaire. La connaissance du follicule tuberculeux de Friedlander, dont l'histologie a révélé l'existence dans la matière dite caséeuse, a permis de ranger au nombre des manifestations de la tuberculose, sous le nom de tuberculoses localisées, un grand nombre des accidents primitivement attribués à tort à la scrofule : tels sont les ganglions caséeux, les arthrites fongueuses, etc. Dès lors, on n'a plus affaire, en clinique, à un scrofuleux devenant tuberculeux, mais bien à une tuberculose locale se généralisant dans les viscères; le sujet atteint de tuberculose articulaire devient phthisique et meurt par le poumon.

Il faut reconnaître cependant que le criterium anatomo-pathologique de la tuberculose ne met pas encore à l'abri de toute erreur, et la syphilis par exemple, dont les lésions tertiaires renferment le follicule de Friedlander, ne peut à coup sûr être confondue avec la tuberculose. D'ailleurs si la constatation du tubercule élémentaire et surtout la transmissibilité expérimentale de la tuberculose tendent à identifier la scrofule et la tuberculose, les uns font l'identification au profit de la scrofule, les autres à l'avantage de la tuberculose qui absorberait les principales manifestations scrofuleuses. Peut-être la vérité se trouve-t-elle encore ici dans une opinion moyenne, et faut-il, avec Villemin, considérer la scrofule comme ne constituant pas une espèce nosologique; pour lui, il n'y a que des maladies scrofuleuses qui empruntent certains caractères au *scrofulisme*, celui-ci n'étant que la traduction morbide du tempérament lymphatique. Quoi qu'il en soit, personne jusqu'alors n'a osé confondre d'une façon absolue la scrofule et la tuberculose, et l'on peut regarder comme exacte, au point de vue clinique, la conclusion formulée en ces termes par l'auteur : la coïncidence de la scrofule et de la phthisie est fréquente; ce rapport s'explique par ce fait que la scrofule est un état général, un terrain favorable à la germination, au développement de la tuberculose, maladie ayant toutes les apparences des maladies virulentes.

Est-il possible d'admettre, avec un certain nombre d'auteurs, que la phthisie qui se rencontre chez les scrofuleux diffère de la tuberculose ordinaire? en un mot, doit-on établir l'existence d'une phthisie scrofuleuse, d'une scrofule du poumon? M. Quinquaud ne peut se ranger à cette opinion, et pense que la phthisie scrofuleuse n'existe pas en tant qu'espèce morbide; il signale seulement un certain nombre de particularités cliniques qui, chez les scrofuleux phthisiques, caractérisent l'évolution des lésions tuberculeuses développées dans le poumon.

Il reconnaît d'ailleurs que, si la question des rapports de la scrofule et de la phthisie pulmonaire, presque née avec la médecine, a de tout temps passionné les esprits et a fait à notre époque d'importants progrès, elle renferme encore bien des points obscurs et de nombreux problèmes à résoudre.

André Petit.

VARIÉTÉS

Les accoucheurs des hôpitaux. — Les accoucheurs des hôpitaux réclament auprès de l'administration de l'Assistance publique leur entrée comme juges, non seulement dans les jurys pour la nomination de leurs collègues accoucheurs, mais dans les jurys du bureau central de chirurgie, du prosectorat de Clamart, de l'externat, de l'internat, des médailles et du bureau central de médecine.

La Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie, et voici à peu près les termes de l'ordre du jour qui a été voté à l'unanimité des membres présents : « Les chirurgiens des hôpitaux déclarent que les accoucheurs, par leurs études antérieures, leurs fonctions particulières et leur concours spécial, ne sont pas qualifiés pour être juges dans les concours de chirurgie. »

La Société médicale des hôpitaux a pris une décision plus radicale encore, et a demandé leur exclusion du jury de tous les concours, sauf de celui des accoucheurs.

Association des médecins du département de la Seine. — *Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice* 1882. — Recettes : rentes 3 pour 100 et 5 pour 100, 26864 fr. 25; cotisations, 16763 fr.; admissions, 576 fr.; dons et legs, 15475 fr.; reliquat de l'année 1881, 291 fr. — Total, 50969 fr. 25.

Dépenses et emploi : secours à six sociétaires et à trente-six veuves ou enfants de sociétaires, 26900 fr.; secours à vingt-trois personnes étrangères à l'Association, 3100 fr.; recouvrement des cotisations, 600 fr.; frais d'impression, 878 fr. 50; ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses, 324 fr. 05; droits de succession pour le legs Woillez, 3123 fr. 25; achats de rentes, 23982 fr. 95. — Total, 58908 fr. 75.

Balance : recettes, 59969 fr. 25; dépenses, 58908 fr. 75. — Reste, 1060 fr. 50.

Caisse des pensions viagères. — Recettes : report de l'année 1881, 611 fr. 5; dons, 1000 fr.; intérêt des sommes placées, 380 fr. 80. — Total, 1992 fr. 75.

Dépenses et emploi : une pension viagère, 600 fr.; achat de rentes, 1286 fr. 30. — Total, 1886 fr. 30.

Balance : recettes, 1992 fr. 75; dépenses et emploi, 1886 fr. 30. — Reste, 106 fr. 45.

Société française de tempérance. — La Société a tenu sa séance solennelle le 8 avril, sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le docteur Jules Bergeron, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, et celui de M. le docteur Motet, sur les récompenses, la Société a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Chancerel, premier adjoint au maire de Caen; des médailles d'argent à MM. les docteurs Barthélemy et Joseph Girou, à M. Paul Bussière et à M. le marquis Jacques Turgot; 229 diplômes de membre associé honoraire, 12 médailles d'argent, 200 médailles de bronze et 530 diplômes de témoignage de satisfaction ; 4 livrets de caisse d'épargne et 48 livrets de caisse d'épargne postale (620 francs) ; 87 comptes rendus du Congrès international de 1878, 116 manuels Picard, 403 volumes de ses bulletins, 1014 exemplaires des années 1880 et 1882 du *Bon Conseiller* et 352 abonnements 1883 et 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

Aliénés. — M. le préfet de police vient de réorganiser le service médical de l'infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la préfecture. A l'avenir, deux visites seront faites chaque jour : l'une à onze heures et demie du matin, par le médecin en chef; l'autre entre quatre et cinq heures du soir, par le premier médecin-adjoint.

M. le docteur *Legrand du Saulle* est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur Lasègue, décédé.

M. le docteur *P. Garnier* est nommé premier médecin-adjoint, et M. le docteur *Ch. Féré*, deuxième médecin-adjoint.

D'un autre côté, M. le ministre de l'Intérieur a fait adresser à tous les commissaires de police de Paris, au sujet des aliénés, des instructions qui peuvent se résumer ainsi :

Tout en obéissant aux termes de la loi du 30 juin 1838, ces fonctionnaires seront obligés de voir eux-mêmes les malades dont on demande la séquestration et qui, à leur requête, seront visités par un docteur en médecine qui prêtera le serment exigé par la loi ; des témoins pris non seulement dans la famille et parmi les amis, mais dans le voisinage, seront entendus et leur déclaration sera consignée sur un procès-verbal.

En règle générale, d'ailleurs, aucun aliéné, ou supposé tel, ne sera conduit directement dans un asile public ou particulier. Il sera nécessaire qu'il passe par l'infirmerie spéciale de la préfecture de police pour y être soumis à la visite des médecins aliénistes. En outre, tous les établissements où sont reçus les aliénés devant être visités au moins une fois par mois par le procureur de la République, une visite du même genre devra être faite, tous les huit jours, par un commissaire de police désigné à cet effet.

Enfin, les directeurs d'asiles d'aliénés ne doivent plus, désormais, recevoir dans leurs établissements des personnes atteintes d'aliénation mentale, sans un ordre du préfet de police, qui ne le donnera, d'ailleurs, que sur le vu d'un procès-verbal d'enquête dressé par le commissaire de police.

Distinctions honorifiques. — Est nommé officier d'Académie : M. Viau (Jules), membre de la Société de zoologie de France.

Service de santé de la marine. — A été promu *au grade de médecin principal :* 1er tour (ancienneté). M. Deschiens (Henri), médecin de 1re classe.

École de médecine de Nantes. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 15 octobre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. Jousset de Bellesme, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes, vient de donner sa démission.

Nécrologie. — M. le médecin-major de 1re classe Courtin, du 101e de ligne, est décédé au Val-de-Grâce le samedi 7 courant; ses obsèques ont eu lieu en présence du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris et d'un grand nombre de médecins militaires de la garnison.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Domerc, décédé à l'âge de soixante et un ans, président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

— Un jeune interne des hôpitaux, M. Belin, neveu du professeur Peter, vient de succomber à une affection cardiaque. Deux couronnes ont été placées sur sa tombe, l'une par les internes des hôpitaux, et l'autre par les internes de l'hôpital Lariboisière, les collègues immédiats de Belin.

Mortalité a Paris (15e semaine, du vendredi 6 au jeudi 12 avril 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1270, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 9. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 35. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 83. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 147. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 31 ; au sein et mixte, 31 ; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 107; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 43. — Causes non classées, 12.

Conclusions de la 15e *semaine.* — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 6 au 12 avril, 1302 naissances et 1270 décès. Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, laquelle est de 1285. La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une atténuation générale pour les maladies épidémiques (25 décès pour la fièvre typhoïde, au lieu de 27; 24 pour la rougeole, au lieu de 31; 35 pour la diphthérie, au lieu de 44), — et pour les affections qui, comme la phthisie pulmonaire, ont un contingent mortuaire habituellement élevé.

La situation hebdomadaire des hôpitaux ne constate une aggravation sensible que pour la variole (34 admissions pendant la période du 2 au 8 avril, au lieu de 26 pendant la période précédente). Toutefois, plusieurs médecins traitants ont signalé les quartiers de La Roquette et Sainte-Marguerite au point de vue de cas de rougeole assez nombreux qui s'y seraient déclarés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 28 avril 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Peter a lu une réponse à M. Pasteur qui était absent. M. H. Bouley s'est chargé de la réplique qui a eu lieu immédiatement. C'est un genre de tournoi qui, pour le moment, ne peut avoir de résultat pratique et dont l'intérêt est tout académique. Nous le faisons connaître, avec des détails suffisants, au compte rendu de la séance.

M. Cornil a fait ensuite, sur le microbe de la syphilis, une très intéressante et très instructive communication où l'on a remarqué la sagesse des conclusions qu'il a tirées de ce microbe dans la production et l'évolution de la maladie.

La fièvre typhoïde devant l'Académie.

(Quatrième article) (1).

III. — PROCÉDÉS NATURELS ET ARTIFICIELS CONTRE L'HYPERTHERMIE.

Les méthodes de réfrigération dites directes s'adressent à la surface du corps et sont, jusqu'à un certain point, assimilables aux procédés naturels de la régulation thermique par la périphérie; on doit donc avoir ici spécialement en vue l'examen comparatif de ces moyens physiologiques et thérapeutiques.

Mais pour ne pas séparer leur étude, nous dirons, avant de nous en occuper, quelques mots sur la question à peine touchée dans la discussion académique, de la réfrigération dite pulmonaire et de la réfrigération par l'introduction de liquides froids dans le tube digestif.

§ 1. — *Réfrigération du sang par la respiration.*

Le sang qui arrive au poumon est plus chaud que le sang qui en sort, tel est le fait qui justifie théoriquement l'espoir d'obtenir, dans les cas d'hyperthermie, une réfrigération efficace en exagérant par un moyen quelconque la déperdition de chaleur dans l'appareil respiratoire.

(1) Voyez les numéros 14, 15 et 16.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Projets de réforme de l'enseignement de la médecine en Prusse. — Opinion de M. Henssen sur les études préliminaires. — Pétition des médecins de Münich réclamant une prolongation de la durée des études. — Les chameaux pour le transport des blessés en temps de guerre. — Conférence de M. Franz Vonig sur la médecine égyptienne. — Jurisprudence des tribunaux allemands en matière de préjudices causés par des praticiens irréguliers. — Suicide d'une femme en couches. — Charlatanisme en Saxe.

Notre dernière chronique mensuelle nous a valu une réplique de trois pages de la bonne vieille *Revue médicale*, nous n'espérions pas cet excès d'honneur.

L'exquise courtoisie de la forme est au-dessus de tout éloge; deux mots seulement sur le fond.

Le 10 février 1883, M. Martel écrivait : « Il est temps de faire connaissance avec des confrères qui nous recevront en 1884 au Congrès international de Copenhague, et de ne pas se faire la même idée du Danemark que M. L. Thomas, qui, dans la *Gazette hebdomadaire*, nous fait un bien triste tableau de ce pays et de ses habitants; il est probable qu'il aura confondu le Danemark avec l'Islande ou le Groenland... »

Ainsi, en cinq lignes, mon confrère met à mon actif une inexactitude et une confusion ridicule. J'ai eu le tort, je l'avoue, de ne pas être sincèrement touché d'une pareille générosité. Mais, si M. Martel a pour les comparaisons anodines une aversion insurmontable, il me pardonnera de n'avoir pour les rectifications imméritées qu'une médiocre sympathie. Le passage de la *Gazette* cité dans la *Revue* est une traduction très abrégée, très atténuée d'un travail de M. Hans Kaarsberg, intitulé : *Om Sundhedsforholdene i Landsbyskolerne* (Ugeskr. for Laeger, 4de R. V., n° 6, 4 feb. 1882, p. 77). Mon contradicteur pourra voir par lui-même s'il est relatif au Groenland ou à l'Islande.

Il ne faudrait pas toutefois accorder une trop grande importance à la réfrigération par le poumon, au moins dans les conditions physiologiques; on sait, en effet, que les différences de température constatées par Cl. Bernard entre le sang du ventricule droit et celui de l'aorte sont très minimes; d'autre part, des changements même très considérables dans la température de l'air inspiré ne modifient que d'une façon insignifiante la différence des températures veineuse et artérielle (Heidenhain et Korner). Cette modification existe cependant; elle se montre chez des animaux à température normale. Jusqu'ici l'expérience comparative n'a pas été faite, à notre connaissance, sur des animaux fébricitants. Il y aurait pourtant intérêt à savoir si les grandes modifications qu'entraîne dans la fonction respiratoire l'état d'hyperthermie, n'exagèrent pas notablement la déperdition de chaleur dans le poumon : le phénomène si remarquable de la « *dyspnée thermique* », tant étudié depuis quelque dix ans, doit attirer l'attention sur ce point : il manifeste une tendance de l'organisme à augmenter par la fréquence et l'amplitude plus grandes des mouvements respiratoires, et par l'accélération de la circulation pulmonaire, l'aération du poumon et l'évaporation d'eau à son intérieur; on peut voir là une modification fonctionnelle tout à fait comparable à celle qui se produit dans le tégument externe : exagération circulatoire de part et d'autre et sudation cutanée assimilable à cette espèce de sudation pulmonaire exagérée que constitue l'élimination plus abondante de vapeur d'eau.

En tout cas, l'idée de rafraîchir le sang par des inhalations d'air frais n'a rien que de très logique, mais, pour une raison ou pour une autre, surtout sans doute à cause des craintes qu'a pu éveiller chez les cliniciens l'introduction d'un air froid dans le poumon surchauffé d'un fiévreux, les tentatives de ce genre ont été à peu près négligées : il n'en a été dit qu'un mot au cours de la discussion. M. Barthez, dans la séance du 5 décembre 1882, s'est contenté de la simple mention que voici : « Quand on n'a pas à redouter de complication pulmonaire, l'inhalation de l'air frais présente encore un moyen inoffensif de produire l'abaissement de la température. Mais, pour juger de l'opportunité de ce médicament, une vigilance intelligente est indispensable » (*Bulletin*, p. 1428).

Laissons donc de côté cette question qui n'a pas préoccupé l'Académie, tout en appelant l'attention sur l'intérêt que pourrait présenter une étude nouvelle des conditions de la réfrigération pulmonaire chez les fébricitants.

§ 2. — *Réfrigération par l'introduction de liquides froids dans le tube digestif.*

« Il n'y a aucun cas, même les rhumes, les pneumonies et les fièvres éruptives, où il soit défendu aux fébricitants de boire frais. » Cette formule de Hirtz (art. Fièvre, *Diction. de méd. et de chirurg. prat.*, t. XIV, p. 557), si contraire aux préjugés de l'ancienne médecine, pourrait amener à considérer comme licites les tentatives de réfrigération par l'ingestion de quantités suffisantes de boissons froides ou par l'introduction répétée de fragments de glace dans l'estomac. Néanmoins on n'a guère eu recours à ce procédé de réfrigération, malgré sa puissance démontrée par des expériences telles que celles de Cl. Bernard sur des chevaux (*Chal. anim.*, p. 106), et celles plus anciennes de Wanner (*Comptes rendus*, 1849). On a craint, sans doute, l'aggravation des troubles digestifs chez des malades dont l'appareil intestinal est déjà fortement compromis.

Le souvenir des accidents de syncope cardiaque produits par l'ingestion de boissons glacées a pu encore contribuer à éloigner des tentatives de réfrigération par l'estomac. Cependant on peut s'assurer que dans l'état de fièvre les troubles cardiaques réflexes sont beaucoup plus difficiles à produire, et peut-être n'y aurait-il pas lieu de les tant redouter chez le typhoïde, malgré l'état pathologique du muscle cardiaque.

Quant aux lavements froids, bien qu'ils ne nécessitent pas, pour produire un abaissement de température important et durable, une irrigation longtemps maintenue, et que leur efficacité antithermique ait été maintes fois établie depuis les expériences de Weber (1849), on ne les a guère employés non plus : il est de fait que le contact immédiat et répété de l'eau avec la muqueuse pourrait l'altérer par une sorte de macération, et aggraver, notamment chez les typhoïdes, les désordres intestinaux. S'il n'y avait que cette objection à leur faire, l'inconvénient des lavements froids serait facile à éviter en pratiquant l'irrigation avec une sonde à double courant dans une sorte de sac en baudruche; mais le véritable obstacle paraît être tout pratique et cette considération empêchera probablement qu'on n'ait recours à ce procédé autrement que d'une manière tout à fait fortuite.

§ 3. — *Réfrigération par la peau.*

Le mécanisme de la perte de chaleur qui résulte à la surface du corps d'une circulation périphérique plus active et de

---

Il s'efforce de me prouver par la grammaire suédoise qu'il était parfaitement renseigné sur l'identité de *Vratch. Wratsch* est le nom d'un journal; M. Martel en faisait un nom d'homme. Il le nie; le lecteur appréciera. Voici le texte :

« Dans le *Centralblatt für Chirurgie*, octobre 1881, Wratsch signale deux cas d'empoisonnement par l'acide borique observés par Molodenkow, qui présentèrent les mêmes symptômes, mais se terminèrent par la mort. »

J'ai de sérieuses raisons de penser qu'en écrivant son deuxième article, M. Martel n'avait pas le premier sous les yeux. « Dans ses fantaisies géographiques, dit-il, M. L. Thomas me fait voyager dans les îles de Limfjord : il existe un golfe, une lagune de ce nom, mais je n'ai *jamais parlé d'îles de Limfjord.* » Or, le 12 février, M. Martel écrivait : « Même dans les landes les plus sauvages de la partie nord du Jutland ou *dans les îles de Limfjord* (sic), je n'ai rien vu qui puisse ressembler à la description qu'a faite notre honorable confrère » (*Revue médicale*, 1883, p. 197 et 198, ligne 1) ! . . . .

. . . .

— Au Ministère de l'Instruction publique de Prusse on s'occupe de nouvelles réformes dans l'enseignement de la médecine et surtout la collation des grades. Jusqu'aujourd'hui, il fallait pour l'immatriculation un certificat d'études correspondant à peu près à notre baccalauréat ès lettres. M. Henssen, professeur de physiologie à Kiel, revendique énergiquement pour les *Realschulabiturantes*, c'est-à-dire les jeunes gens pourvus de diplômes de l'enseignement secondaire spécial comme on dirait chez nous, le droit de s'inscrire dans les Facultés de médecine. M. Henssen est sévère pour ses confrères; d'après lui, on trouverait au moins 10 pour 100 de candidats qui passent péniblement l'examen d'état sans avoir la somme de connaissances néces-

l'évaporation de la sueur, a été trop bien étudié par nos physiologistes, par Marey dès ses premières publications (1860) et depuis dans ses ouvrages classiques sur la circulation du sang (1863-1881), par Vulpian dans ses leçons sur les vaso-moteurs (1874-1875), par Cl. Bernard (*Chaleur animale*, 1876), ce mécanisme est trop connu aujourd'hui pour qu'il y ait lieu d'y insister une fois de plus.

Ce qu'il importe de rappeler, c'est le fait même de l'utilisation naturelle des fonctions cutanées pour régler à l'état normal, par une déperdition incessante et appropriée, le chiffre de la température profonde.

Quand la production de chaleur est poussée au degré excessif qu'elle atteint dans la fièvre, la régulation périphérique devient insuffisante, malgré l'exagération des phénomènes circulatoires et sudoraux, malgré le concours apporté à l'élimination cutanée du calorique par des moyens adjuvants, comme la réfrigération pulmonaire : l'hyperthermie se constitue par la prédominance de la production sur la dépense.

Cette accumulation du calorique en excès dans l'économie est beaucoup plus marquée encore quand, par le fait de la nature de la maladie fébrile, la peau cesse d'accomplir avec une énergie suffisante ses fonctions sécrétoires : tel est le cas de la fièvre typhoïde arrivée à une certaine période. La peau devient sèche et reste brûlante, le malade ne perd plus de chaleur que par simple rayonnement; l'élimination du calorique par la sueur ne lui vient plus en aide; il reste privé de son plus puissant moyen de régulation thermique.

C'est dans ces conditions qu'interviennent les médications antithermiques directes, tendant à exagérer la déperdition cutanée de la chaleur en imitant, dans une certaine mesure, le procédé naturel insuffisant (1).

Avant d'aborder l'examen des résultats des méthodes dites réfrigérantes, rappelons d'abord sommairement quels sont leurs procédés; nous serons ensuite mieux en mesure d'étudier les effets avantageux ou nuisibles qui leur sont attribués.

§ 4. — *Procédés agissant sur la peau et employés pour produire la réfrigération.*

L'application externe du froid comporte une foule de procédés, longuement étudiés dans les ouvrages spéciaux. Sans entrer dans le détail, contentons-nous de diviser ces procédés de réfrigération en procédés *immédiats* (bains froids par simple immersion ou prolongés, lotions froides à l'éponge, enveloppement avec le drap mouillé) et en procédés *médiats* (ceinture abdomino-pelvienne de Clément (de Lyon), d'où dérivent les enveloppes à double paroi et à courant d'eau employées par Franck, tubes de caoutchouc enroulés de Petitgand qui ont fourni le principe de la couverture réfrigérante de Dumontpallier, tubes métalliques en serpentin de Richet et Rondeau). La description de ces derniers appareils a été donnée dans ce journal (voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1880 : *Procédés de réfrigération*); nous n'y reviendrons pas ici; le seul point que nous désirions mettre en relief est relatif à la différence d'action des procédés, suivant que la peau est ou non mouillée, conditions différentes qui présentent une grande importance si l'on veut comparer les effets réfrigérants des bains aux lotions, par exemple, et ceux de l'application médiate du froid avec les appareils tubulés ou autres. Dans le premier cas l'excitation beaucoup plus violente des nerfs sensibles, l'évaporation très active des couches de liquide déposées à la surface de la peau; les modifications apportées aux couches épidermiques par le contact de l'eau, l'entraînement des dépôts variés qui obstruent les orifices des glandes sudoripares, le fait même de la friction produite quand on essuie le malade, toutes ces conditions doivent entrer en ligne de compte : les unes font des lotions froides plutôt un procédé hydrothérapique qu'un véritable moyen de réfrigération directe, les autres interviennent pour réveiller les fonctions cutanées et favoriser l'action régulatrice qui doit s'opérer par la peau.

La distinction entre les lotions froides et les bains est, du reste, dans l'esprit de tous les cliniciens. M. Dujardin-Beaumetz l'exprimait nettement au début de la discussion académique en disant : « Encore à l'heure actuelle on fait, il est vrai, des lotions froides, et moi-même je les ordonne souvent; mais il ne faut évidemment pas comparer cette pratique avec celle des bains froids, cette dernière s'adressant exclusivement à la température, l'autre, au contraire, agissant plutôt sur la manifestation des phénomènes nerveux » (7 novembre 1882, p. 1295 du *Bulletin*).

M. G. Sée lui-même, adversaire déclaré du bain, accepte les douches et lotions froides; elles n'ont rien de commun avec les bains froids et leur usage peut être utilisé contre les accidents cérébro-spinaux (*Bull.*, p. 98, 1883).

(1) Nous signalerons aux lecteurs désireux d'être renseignés sur le véritable point de départ des méthodes réfrigérantes, l'admirable ouvrage de Currie : *Sur l'action de l'eau froide et chaude*, etc. Lorain en a donné de longs extraits dans son livre sur la température (I, 1877). Voy. aussi Huchard (*Union médicale*, 1874) pour l'évolution de cette méthode en France.

saires pour exercer honorablement leur art. On pourra sans doute obvier à cet inconvénient par une modification des examens scolaires, mais le meilleur moyen selon lui est d'écarter le plus tôt possible de l'étude de la médecine ceux qui n'ont aucune aptitude pour elle. La sélection serait plus facile dans les gymnases réels que dans les gymnases classiques, d'autant mieux qu'aux examens subis par les élèves de ces derniers les langues anciennes priment le reste. On aurait tort de déprécier l'enseignement des collèges spéciaux, de considérer comme une culture d'ordre inférieur celle qu'ils confèrent. Les officiers ne font pas d'études classiques; les fabricants, les ingénieurs, les commerçants allemands jouissent d'une considération sérieuse même à l'étranger et tous sortent du *Realgymnasium*.

Il y a lieu de croire d'ailleurs que les institutions médicales allemandes sont loin de satisfaire tout le monde. La durée minima du temps d'étude est aujourd'hui comme en France de quatre ans et demi (neuf semestres), ce temps a été fixé par un décret en 1879. Diverses Universités ont présenté des observations, l'administration a répondu que la prolongation des études ne pourrait que favoriser les empiriques. Ces considérations ont peu touché les médecins bavarois, qui réclament avec insistance près du Bundesrath un minimum de dix semestres d'études.

— De curieuses expériences ont eu lieu récemment en présence d'officiers et de médecins militaires nombreux dans le parc zoologique de Hagenbuk à Hambourg. Il s'agissait de rechercher si l'on ne pourrait pas utiliser dans l'armée allemande les chameaux pour le transport des blessés en temps de guerre. On avait construit dans ce but une sorte de brancard en bois pourvu de toile, également facile à appliquer au chameau et au dromadaire. En cas d'urgence l'appareil pourrait être construit avec des fusils et des manteaux de soldats; ces expériences ont, paraît-il, donné d'excellents résultats. Chaque animal peut porter 2 à 4 hommes; au

Il nous est impossible d'entrer dans tous les détails que comporterait une analyse comparative des moyens multiples employés dans le but de produire la réfrigération; bornons-nous donc à examiner rapidement les résultats fournis par les véritables procédés de réfrigération, les bains suffisamment prolongés ou les applications d'enveloppes à courant d'eau froide. Ces moyens agissent surtout par soustraction de calorique et s'ils ont aussi, comme cela est bien évident, une influence sur le système nerveux sensitif de la peau, du moins ont-ils pour caractère principal de refroidir la surface du corps et d'entraîner secondairement, par un mécanisme plus ou moins direct, l'abaissement de la température profonde.

§ 5. — *Effets des bains froids sur la température profonde.*

L'immersion prolongée un quart d'heure environ dans l'eau à une température notablement inférieure à celle du corps, produit deux effets successifs et de sens inverse sur la température centrale (1): tout d'abord une élévation de quelques dixièmes de degré, durant quelques minutes, puis une dépression thermique progressive qui persiste bien au delà du temps de l'immersion, de une à trois heures, par exemple, pour un bain de vingt minutes; la température regagne ensuite son point de départ avec une rapidité variable. M. Aubert, qui vient de publier une très sérieuse étude sur l'action du bain froid (*Lyon médical*, mars-avril 1883), a bien formulé ces effets successifs : « Le bain d'un quart d'heure, dit-il, est suivi d'un abaissement modéré, mais persistant, puisque ce n'est qu'entre la deuxième et la troisième heure que la réascension ramène la température au voisinage ou au niveau du point de départ (Aubert, *loc. cit.*, p. 403).

La chute de température est beaucoup plus notable et persistante quand, au lieu d'opérer sur un sujet normal au repos, qui ne fabrique de chaleur que ce qui lui est nécessaire, on agit sur un sujet normal dont la production de chaleur a été momentanément exagérée par l'exercice musculaire; dans cette sorte de fièvre artificielle l'abaissement peut approcher de deux degrés.

Mais il ne faudrait pas assimiler cet effet antithermique à celui qu'on peut produire chez le véritable fébricitant. « Dans la fièvre réelle, en effet, dit M. Aubert (qui adopte la théorie de la régulation thermique fébrile de Liebermeister), l'organisme est réglé pour une température plus élevée que la normale, et tend toujours, si une cause perturbatrice l'en écarte, à revenir à cette température élevée. Au contraire, dans la chaleur passagère provoquée par l'exercice, l'organisme reste réglé pour la température normale de 37°,5 environ, et tend à y revenir. La fièvre constitue un état d'équilibre anormal, mais stable; l'exercice, un équilibre anormal mais instable » (Aubert, *loc. cit.*, p. 408).

En tout cas, si les effets antithermiques sont moins prononcés dans la fièvre (ce dont on pourrait douter d'après de nombreuses recherches, celles de Botkin, par exemple), ces effets sont de même sens qu'à l'état physiologique; leur durée relativement courte (une à trois heures) conduit nécessairement, si l'on veut poursuivre avec rigueur l'hyperthermie, à accepter la pratique de Brand, formulée par M. Glénard, et qui consiste à renouveler le bain toutes les trois heures pour obtenir une dépression thermique persistante.

Si l'on tient compte des phases successives indiquées tout à l'heure dans les effets du bain sur la température profonde, sans s'arrêter aux élévations passagères du début, il semble qu'on doit arriver à s'entendre au sujet des véritables modifications thermiques produites par la réfrigération extérieure.

Quelques médecins, M. G. Sée notamment (*Bulletin*, p. 95, 1883), ont paru surtout préoccupés de l'ascension initiale que subit la température centrale.

De nombreuses recherches, celles des médecins lyonnais en particulier, et d'autre part celles de Wahl et Botkin (1867), de Murri (1873), de Wintermitz (1875), ont cependant montré, contrairement à l'opinion émise par Liebermeister, que cette élévation n'est que peu marquée, transitoire, durant à peine quelques minutes (voy. les courbes de Aubert, *Lyon médical*, avril 1883).

M. G. Sée a également insisté sur les inconvénients de l'immersion prolongée qui serait nécessaire pour obtenir une réfrigération véritable; celle-ci « ne pourrait être obtenue qu'à la longue, c'est-à-dire en laissant le malade vingt à trente minutes dans l'eau », mais un quart d'heure suffit; et d'ailleurs, qu'aurait de si redoutable un bain de vingt à trente minutes dans de l'eau à 25 ou 30 degrés? « Sans doute, dans ces conditions, dit encore M. Sée, vous vous refroidirez, mais je doute fort que vous puissiez jamais vous réchauffer. » On peut se rassurer, l'expérience montre qu'un animal refroidi à un degré bien inférieur se réchauffe rapidement; le typhoïde qui tend à fabriquer un excès de calorique ne se

(1) Nous n'acceptons ici comme expression de la température *centrale* que les mesures rectale, vaginale ou buccale, et cette dernière avec réserve. Les mensurations axillaires ne correspondent pas à de véritables températures profondes, comme on le sait aujourd'hui (voy. Lurain, *Tempér.*, 1877).

---

besoin on peut encore utiliser un autre brancard que l'on place entre deux chameaux.

— A Leipzig, M. Franz Vönig a fait, le 31 octobre dernier, au Club cosmophile, une conférence sur la médecine égyptienne. Les maladies et la mort étaient regardées en Egypte comme partout des manifestations du courroux des dieux; il fallait pour les apaiser des prières ou des sacrifices. Isis envoyait des maladies et les guérissait; elle ressuscita son fils Horos et l'instruisit dans son art; de très bonne heure on portait les malades dans son temple, elle leur enseignait pendant le sommeil ce qui devait les guérir. Troth, l'Hermès égyptien, était aussi un dieu médecin. Il devait son nom (qui signifie colonne) à ce qu'il avait écrit ses préceptes sur des colonnes de pierre; les prêtres l'avaient copié, disaient-ils, après la découverte du papyrus, telle fut l'origine des livres hermétiques.

Les médecins formaient une corporation sacrée rétribuée par l'Etat; ils avaient leurs écoles dont la plus célèbre était à Héliopolis. Comme c'étaient surtout des spécialistes, on ne s'adressait pas directement à eux, mais au prêtre; celui-ci, après avoir entendu le récit du malade, faisait une sorte de diagnostic préliminaire et l'adressait au médecin qu'il jugeait le plus apte à le traiter. Les soins étaient gratuits, mais les riches clients guéris manifestaient souvent leur reconnaissance par l'envoi de somptueux souvenirs.

La doctrine formait un tout immuable saint par excellence; il était défendu sous peine de mort d'essayer d'y rien changer. A côté des médecins proprement dits il y avait une véritable légion de devins, d'empiriques, de sorciers analogues à ceux dont parle Moïse. Le papyrus d'Ebers, le monument le plus considérable qui nous reste de la médecine égyptienne, la montre sous un jour assez favorable; il contient bien des recettes puériles sans doute, mais il parle aussi des médicaments rationnels restés jusqu'à notre époque dans la pharmacologie.

réchauffe même que trop vite, après avoir perdu 1 ou 2 degrés, puisque les partisans de la méthode réfrigérante se voient obligés de renouveler fréquemment les bains.

La remontée consécutive ne s'observerait pas avec le procédé indirect employé par M. Dumontpallier : les courbes thermométriques qu'a obtenues ce dernier montrent une décroissance graduelle de la température; mais cet effet résulte de ce qu'on n'attend pas pour soumettre les malades à une réfrigération nouvelle que la température ait regagné son point de départ : « Aussitôt, dit M. Dumontpallier, que la température du malade a de la tendance à franchir le degré initial, les robinets de l'appareil sont de nouveau ouverts » (*Gaz. Hôpit.*, 13 mars 1883).

En nous bornant à ce simple exposé des faits, nous voyons que le bain (ou la réfrigération médiate) produit bien l'effet antithermique attendu, malgré la légère ascension du début (laquelle ne semble pas, du reste, se produire avec les appareils à réfrigération médiate graduelle). Cet effet s'obtient sans qu'il soit nécessaire d'employer une eau trop froide, ou une immersion trop prolongée, sans qu'il y ait à redouter, dans les cas où les contre-indications sont observées, de collapsus consécutif par réfrigération progressive.

§ 6. — *Mode d'action du froid extérieur sur la température profonde.*

Par quel mécanisme le bain froid produit-il les variations de la température profonde qui viennent d'être indiquées, c'est-à-dire l'ascension thermique initiale et la chute secondaire suivie d'une reprise graduelle ?

Pour répondre complètement à cette question complexe, il faudrait, comme chacun le comprendra, beaucoup plus d'espace que celui dont nous pouvons disposer ici : nous devons dès lors nous contenter de simples indications en renvoyant pour les détails aux ouvrages détaillés, notamment à celui de Lorain (1877) et à l'étude remarquable de Labadie-Lagrave (1878), pour citer seulement deux ouvrages français qu'on peut facilement consulter.

1° *Ascension thermique initiale.* — L'élévation de la température profonde ne s'observe qu'au début du bain prolongé ou, ce qui revient au même, sous l'influence de la simple immersion. C'est un phénomène passager qui, par suite, doit résulter d'une influence passagère elle-même. Quelle est cette influence ? S'agit-il ici d'un acte purement mécanique, comme on l'a dit, d'un refoulement du sang de la périphérie vers le centre, ou d'une incitation nouvelle à la production plus énergique de chaleur, ainsi qu'on l'a pensé encore ? Sans aborder autrement la discussion de ces hypothèses, nous pensons qu'on peut s'expliquer le fait de la manière suivante : le premier effet de l'application externe du froid est de provoquer, comme on sait, en même temps que l'excitation des fibres lisses du derme qui produisent la « chair de poule », le resserrement énergique des vaisseaux cutanés. M. G. Sée a fort bien indiqué la conséquence de cette contraction vasculaire périphérique en disant qu'elle « diminue... dans une proportion notable les chances de refroidissement de l'organisme » (*Bulletin*, p. 95). En effet, sous cette influence, la déperdition extérieure du calorique est considérablement restreinte, et, pour s'expliquer l'élévation de la température profonde, il n'est pas nécessaire d'imaginer d'incitation à une production plus active ; il suffit de considérer que, la fabrication continuant, la dépense est diminuée : d'où l'emmagasinage des quantités de calorique qui auraient dû être éliminées et l'élévation de la température profonde.

Si tout l'effet de l'application externe de l'eau froide se bornait là, il est bien clair qu'on n'aurait rien gagné au point de vue antithermique, tout au contraire.

Mais il faut considérer surtout les effets consécutifs, soit que le sujet reste exposé à l'action du bain froid au delà de la période initiale, soit qu'après avoir été immergé, ou lotionné, il éprouve la réaction cutanée qui se caractérise par la dilatation secondaire des vaisseaux superficiels et par l'exagération de la perte de chaleur aux surfaces.

Dans le premier cas que nous devons seul envisager ici, celui du bain prolongé, la réfrigération profonde apparaît à la suite de l'élévation du début : cherchons à saisir ses principales conditions productrices.

2° *Dépression thermique secondaire et persistante.* — S'il est parfaitement exact que l'individu plongé dans un bain froid ne se refroidit pas par un procédé purement physique, comme le ferait un corps inerte, il n'en est pas moins certain que les parties superficielles du corps éprouvent une soustraction considérable de calorique cédé au milieu liquide qui les entoure.

Ces parties refroidies, tout en devenant le siège d'une circulation moins active, sont cependant encore parcourues elles-mêmes par du sang qui leur abandonne la chaleur dont il était le véhicule et se trouve ramené ensuite vers les parties profondes ; il va ainsi diminuer la température élevée de ces régions centrales en se mélangeant au sang chaud qu'elles

— Les tribunaux allemands ne sont pas toujours d'accord en ce qui touche à la médecine; il n'existe point de loi prohibitive comme chez nous ; le Code ne connaît pas le délit d'exercice illégal. Comment doit-on apprécier un préjudice causé par un praticien irrégulier ? La question a été posée dernièrement au Landsgericht de Leipzig à propos d'un cas d'obstétrique. La jurisprudence est si peu fixée, qu'un premier jugement renvoyant l'inculpée des fins de la poursuite, a été cassé en appel ; nous ne savons quelle sera la décision des juges devant lesquels reviendra l'affaire :

Une sage-femme non diplômée a été poursuivie sous la prévention d'avoir causé par négligence la mort d'une personne qu'elle avait accouchée. L'accusation s'appuyait sur ce qu'elle avait, après la sortie de l'enfant, tiré si énergiquement sur le cordon qu'elle l'avait rompu. Par suite de l'impossibilité de faire la délivrance à laquelle avait donné lieu cette manœuvre maladroite, la femme était morte au bout de quelques jours d'une complication utérine. Le tribunal acquitta. Sans doute, disaient les considérants, il est impossible de nier que Elise N... ait été la cause de la mort de l'accouchée ; mais la loi ne punit que la négligence et on ne peut dire qu'il y ait eu négligence de la part d'une femme qui, sans avoir appris l'obstétrique, donne officieusement des soins à une autre femme même lorsque, par suite de son ignorance, elle lui rend un mauvais service.

Le tribunal d'appel a cassé, tout en admettant la légitimité de l'intervention d'une personne non diplômée dans les accouchements. Il faut que cette intervention, faite dans un but d'humanité pure, soit désintéressée. Celle qui se présente au public comme sage-femme, en remplit le rôle, en touche les honoraires, déclare implicitement par là qu'elle possède la capacité et l'instruction suffisante pour exercer cette profession. Par conséquent, toute infraction aux règles de l'obstétrique imputable à son ignorance est une négligence et doit être punie comme telle.

contiennent. Par sa répétition même, l'action réfrigératrice subie d'abord à la périphérie, provoquée ensuite dans la profondeur, par le sang qui revient des couches superficielles du corps, constitue une cause importante d'abaissement de la température centrale.

Il y a dans ce mécanisme des conditions analogues à celles de la régulation thermique normale par déperdition périphérique : la différence consiste surtout en ce que ce n'est plus l'évaporation de la sueur et le simple rayonnement à l'air libre qui interviennent, mais bien l'action réfrigérante, s'étendant plus ou moins en profondeur, d'un milieu à basse température, bon conducteur du calorique, et dans lequel le corps chaud est immergé. L'emprunt de chaleur fait au corps par l'eau du bain qui s'échauffe à ses dépens serait même moins rapide et considérable que la réfrigération produite par l'évaporation de couches d'eau appliquées sur la peau : Cl. Bernard a fait à ce sujet et incidemment, dans ses leçons sur la thérapeutique réfrigérante, des réflexions très judicieuses qu'il serait trop long de rapporter ici (*Chal. animale*, p. 451).

Nous rappelons le fait en passant parce qu'on n'accorde en général pas assez d'importance à la vaporisation des minces couches d'eau étalées à la surface de la peau quand on pratique des lotions froides répétées, surtout quand le corps reste quelque temps mouillé.

Toujours est-il que l'un des procédés par lesquels l'eau froide appliquée sur la peau entraîne la diminution de la température profonde, peut être rapproché du procédé de déperdition périphérique normal et s'interpréter sans grande difficulté.

Mais est-ce bien tout? Doit-on se tenir pour satisfait quand on a envisagé de cette façon toute physique l'effet du bain ou de l'affusion froide? Un fait important prouve bien qu'il y a d'autres conditions à déterminer. C'est la *persistance* même de l'abaissement de la température profonde, alors que l'action réfrigérante extérieure a depuis longtemps cessé. Les observations, celles de M. Glénard comme de tant d'autres, montrent qu'il faut trois heures environ pour que la température abaissée de 1°,2 à 3 dixièmes, par le bain remonte à son niveau premier. Par conséquent l'action de ce bain ne s'est pas bornée à une action exclusivement physique; elle a provoqué une modification fonctionnelle durable ; elle a agi par un procédé quelconque *sur la production même du calorique*.

Quelle que soit l'hypothèse qu'on émette sur le mécanisme de ce résultat, le fait est là qui s'impose et domine toutes les tentatives d'explication. Qu'on admette une action purement nerveuse ayant son point de départ dans l'excitation périphérique produite par le froid et se traduisant par une restitution passagère des influences directrices du système nerveux central sur la nutrition ; qu'on invoque l'action régulatrice d'une circulation de sang moins chaud dans les centres nerveux ; qu'on aille même jusqu'à supposer un ralentissement, par le milieu sanguin rafraîchi, dans l'évolution de germes, de ferments capables de provoquer la production de chaleur, quelque idée qu'on adopte, il n'en faut pas moins accepter le résultat par cette seule raison que c'est un fait ; les explications n'ont ici qu'une valeur tout à fait secondaire.

§ 7. — *Rapports des effets thermiques du bain et des variations de l'acide carbonique et de l'urée.*

Il paraîtra difficile de concilier le fait de la diminution de la température profonde, subordonné lui-même à une atténuation des actes de dénutrition, avec l'excrétion augmentée d'acide carbonique et d'urée.

On a accordé une assez grande importance à cette objection contre l'emploi des bains froids pour que nous ne nous arrêtions pas à son examen.

M. G. Sée, qui s'est appuyé sur elle dans sa critique des effets physiologiques du bain, a dit (*Bulletin*, p. 96, 1883) que « tous les physiologistes sont d'accord, aussi bien en Allemagne qu'en France, qu'à l'état physiologique, le bain augmente l'excrétion d'acide carbonique et d'urée ». Cela est vrai, à la condition toutefois qu'on ne considère que la période pendant laquelle le bain est administré *et non les périodes suivantes*. C'est ainsi que les auteurs qui, comme L. Schröder (Dorpat, 1869), ont dosé l'acide carbonique et l'urée *à la suite du bain*, constatent la diminution parallèle de la température, du chiffre de l'urée et de l'acide carbonique qui tombe de 24 pour 100 en moyenne; ces effets du bain froid se maintiennent pendant deux ou trois heures. De même, plus récemment, M. Dumontpallier, qui a obtenu avec son appareil réfrigérant des dépressions thermiques tout aussi profondes qu'avec le bain froid, a montré, par des dosages répétés, que le chiffre de l'urée s'abaisse considérablement à la suite de la réfrigération, parallèlement à celui de la température (*Gaz. Hôp.*, 13 mars 1883).

Ceux mêmes qui ont insisté sur l'excrétion exagérée d'acide carbonique ne sont nullement d'accord au sujet de la signification à donner au fait qu'ils constatent.

— Puisque nous parlons d'accouchements, notons, en passant, un suicide accompli le 8 janvier dernier, à Insterburg, dans des conditions assez singulières. Une femme mariée de la localité, ayant senti vers six heuresdu matin, les premières douleurs, envoya chercher la sage-femme. A huit heures, celle-ci, prévoyant quelque difficulté, réclama l'assistance d'un médecin. Le mari était à peine sorti, que la parturiente saisit un revolver caché sous ses couvertures et se tira une balle en pleine poitrine. Tout cela fut fait si rapidement que la sage-femme n'eut même pas le temps d'essayer de la désarmer.

— Nous avons vu le charlatan américain, haut en couleur, ventripotent, hardi et tapageur ; le charlatan espagnol, mystique, sombre, la croix à la main et l'évocation à la bouche ; le charlatan hollandais paterne, écrivant ses consultations dans son cabinet, tenant à la main un flacon d'urine comme le médecin de la femme hydropique de Gérard Dow. Le personnage prend en Allemagne une autre allure : il a des piles, des bobines ; c'est un physicien occulte qui guérit avec la même étincelle la tuberculose pulmonaire ou la débilité cérébrale ; c'est un professeur, un conférencier, l'apôtre d'un art nouveau. La Société des médecins du cercle de Dresde a nommé récemment une commission chargée de rechercher les mesures les plus efficaces pour la répression du charlatanisme. Cette délibération a pour cause les hauts faits d'un certain Leibscher, ancien garçon tapissier, aujourd'hui directeur d'un établissement électrothérapique; il a découvert entre autres choses un procédé pour guérir les affections du poumon et se met généreusement à la disposition des malades pauvres ; Hindorf, le professeur de médecine naturelle, auquel ses conférences à Leipzig sur le traitement de la diphthérie avaient rapporté de beaux et bons deniers, a transporté son centre d'action à Radebeul, près de Dresde. En présence de cette exubérance de *Curpfuscherthum*, les médecins se sont émus et ils ont l'intention, comme nous venons de le voir, de se servir

Pour Liebermeister et ceux qui l'ont suivi, l'excrétion plus grande d'acide carbonique correspond à une usure plus rapide des matériaux de combustion et à une production de chaleur plus grande sous l'influence du bain. Or on sait que cette dernière proposition de Liebermeister a été formellement contredite depuis longtemps par Senator, Rosenthal, Horwath, etc., au point de vue physiologique; elle n'est pas admise davantage au point de vue clinique par ceux qui ont exploré la véritable température centrale au lieu de la température axillaire, comme le faisait Liebermeister (voy. § 6).

Pour d'autres qui, comme Winternitz, Ackermann, Zuntz, etc., ont aussi constaté l'exhalation plus abondante d'acide carbonique, il n'y a pas de rapport nécessaire entre cette excrétion augmentée et une fabrication plus grande de calorique. On sait du reste que la formation de l'acide carbonique par dédoublement peut tout aussi bien répondre à une absorption qu'à un dégagement de chaleur (voy. Berthelot, *Journal de Robin*, 1865). Enfin, rien n'est plus inconstant que la quantité d'acide carbonique exhalé : Un homme bien portant peut augmenter d'un tiers cette exhalation en doublant le nombre de ses respirations : Vierordt a montré ce fait depuis longtemps.

Par conséquent, quoique rigoureux dans la forme, le syllogisme présenté par M. Sée dans sa critique (p. 95-96) nous semble attaquable dans les deux propositions qui lui servent de base : *s'il y a augmentation de chaleur sous l'influence du bain*, rien ne prouve que cet effet résulte d'une production exagérée; il peut être la conséquence d'une simple rétention de calorique, et, en tout cas, ce n'est qu'un phénomène *transitoire*, cédant, pendant le bain lui-même, s'il est assez prolongé et à coup sûr après le bain, à une chute de température qui se maintient souvent plusieurs heures; l'*exhalation d'acide carbonique* suit, comme l'excrétion de l'urée, les mêmes phases et du reste l'augmentation de l'excrétion d'acide carbonique peut avoir une signification tout autre que celle qu'on lui attribue avec Liebermeister.

Nous ne pouvons donc admettre le raisonnement suivant qui résume tout le réquisitoire de M. Sée contre les bains froids (effets physiologiques) : « Puisque les bains ont pour conséquences d'augmenter la température du malade (voy. § 5) et ses combustions organiques (voy. § 7), ils doivent avoir pour résultat d'augmenter son état de consomption (*Bulletin*, p. 96). »

Nous avons encore à examiner à propos de cette question de la température un certain nombre de points relatifs à des phénomènes d'un autre ordre. Il s'agit du pouls et de ses modifications sous l'influence de la quinine, que quelques cliniciens, M. G. Sée par exemple, emploient comme agent antithermique de préférence au traitement par le froid.

L'intérêt de cette étude réside surtout dans l'examen des rapports du dicrotisme et de la tension artérielle, d'une part, et dans la discussion des effets indépendants de la quinine sur la température et sur le pouls.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

TEINTURE DE MARS TARTARISÉE — TARTRATE DE FER AMMONIACAL.

C'en est fait, cette ancienne préparation va disparaître du Codex! Elle est tombée devant la commission officielle sous les coups que M. Baudrimont et moi avons cru devoir lui porter. Elle avait cependant trouvé dans la commission un savant défenseur, qui voyait avec regret cette *recette* (c'est sa propre expression) disparaître pour toujours. Mais la majorité s'est rangée de notre côté et a voté sa suppression complète, absolue, sans aucun remplacement. Un mot simplement à l'article *tartrate de fer et de potasse*, indiquant qu'on peut en faire des solutions *ad libitum*, et ce sera tout. Nous avions d'abord songé à rendre cette teinture uniforme et rationnelle en la remplaçant par l'une ou l'autre des solutions suivantes.

Tartrate ferrico-potassique en paillettes. 20 grammes.
Eau distillée........................ 80 —

C'est-à-dire 0gr,25 de sel ferrique par cuillerée à café ou 5 grammes. Ou bien :

Tartrate ferrico-potassique. 8 grammes.
Eau distillée............. 250 —

Ce qui fait 0gr,50 par cuillerée à bouche ou 16 grammes; mais la section de thérapeutique s'y est opposée et a jugé préférable de laisser aux médecins l'initiative de la prescription. Ce qui signifie :

1° Qu'ils formuleront la quantité de tartrate de fer qui devra entrer dans la solution, suivant que celle-ci devra être prise par cuillerée à bouche ou par cuillerée à café;

2° Que lorsqu'ils ordonneront la teinture de Mars tartarisée, les pharmaciens devront délivrer ce produit fabriqué suivant l'antique formule; et cela jusqu'à ce que l'habitude

des mesures que la loi met à leur disposition. Ils réussiront peut-être à faire condamner à l'amende les deux personnages; ce sera un mince résultat. Dans tous les pays, les Sociétés médicales tombent dans la même erreur; le charlatanisme a des racines trop profondes pour qu'un jugement, si bien motivé qu'il soit, les atteigne. Que faire en pareil cas? Peu de chose. Naguère, dans une petite bourgade, un industriel ambulant vantait à une centaine d'auditeurs, une poudre capable de donner, au métal le plus oxydé, l'éclat de l'or. « Dites-moi, l'ami, dit un vieux paysan qui passait par là avec une canardière rouillée sur l'épaule, j'achète votre provision si je réussis, comme vous le promettez, à nettoyer devant vous en un clin d'œil le chien de ce fusil. » Le saltimbanque se garda bien de soumettre sa poudre à l'expérience. Pour cette fois l'argument du bon sens porta et il en fut pour ses frais d'éloquence. Si tous les commerçants de la localité eussent voulu procéder régulièrement contre lui, ils n'eussent certainement pas obtenu ce résultat. Contre tout ce qui s'adresse à la crédulité enfantine de l'homme, le scepticisme railleur est encore la meilleure arme.

Dr L. Thomas.

Service de santé. — MM. le médecin inspecteur général et les médecins et pharmaciens inspecteurs indiqués ci-après ont été désignés pour procéder cette année à l'inspection générale du service de santé militaire, savoir : 1er arrondissement, M. Legouest, président du comité consultatif de santé. — 2e arrondissement, M. Champenois. — 3e arrondissement, M. Colin. — 4e arrondissement, M. Daga. — 5e arrondissement, M. Baudoin. — 6e arrondissement, M. Gaujot. — 7e arrondissement, M. Vedrenes. — Inspection pharmaceutique, M. Coulier.

École de médecine de Tours. — Un concours pour un emploi suppléant des chaires de médecine, hygiène et thérapeutique s'ouvrira le 1er novembre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

de l'employer s'en soit perdue; moment du reste peu éloigné; car une préparation qui n'est pas inscrite au Codex, et par suite dans les principaux formulaires, ne tarde pas à tomber en désuétude.

De prime abord, cette décision ne sera pas du goût de tout le monde; mais après mûre réflexion, les praticiens seront de notre avis. En effet, je ne vois pas trop ce que l'on peut regretter dans cette liqueur. Serait-ce son nom sonore alchimico-barbare? Qui sait? Il a peut-être été pour quelque chose dans son succès. Serait-ce son activité médicamenteuse? Mais le tartrate ferrico-potassique en a eu une semblable et il a sur elle l'avantage de pouvoir être exactement dosé.

Non, rien dans cette pseudo-teinture ne soutient, à mon avis, l'examen. Si, dans sa préparation, on laisse plus ou moins longtemps la crème de tartre mouillée en contact avec la limaille de fer, on obtient une plus ou moins grande quantité de tartrate peroxydé soluble; et comme le Codex ne réclame que vingt-quatre heures de contact, une forte proportion de tartrate neutre de fer et de bitartrate de potasse se trouve inutile et rejetée, ce qui est toujours un crève-cœur pour le pharmacien, tandis qu'il ne perd rien quand il fait son tartrate ferrico-potassique au moyen du peroxyde de fer et de la crème de tartre. Ce sentiment est si vrai que les teintures de Mars des pharmacies sont toutes différentes les unes des autres. Chacun essaye de lutter contre cette déperdition de matières; on augmente la proportion de limaille de fer, on prolonge le contact ou l'ébullition, on recommence une nouvelle opération avec le précipité, on lave ce précipité, etc.; bref on n'obtient rien de sensé. J'ai fait acheter à plusieurs reprises de la teinture de Mars dans toutes les drogueries et principales pharmacies de Paris et j'ai eu la collection la plus étrange qu'il soit possible de voir. Pas une ne ressemblait aux autres. Elles variaient non seulement de couleur, mais surtout de densité. Au lieu de 32 degrés B., elles marquaient 18, 20, 25, 28, 30 degrés, c'est-à-dire quelquefois du simple au double.

Aujourd'hui où nous cherchons la précision en tout, où nous ne voulons que des corps cristallisés, des solutions titrées, des gouttes régulières et à poids connu, accorderons-nous un regret à cette recette surannée, à cette solution noire, bizarre, complexe, irrégulière, à cette vieillerie, pour tout dire? Assurément non.

Pierre Vigier.

P. S. — Ce jour-là, la commission a accepté l'inscription du tartrate de fer ammoniacal que lui demandais. Voici, en quelques mots, les raisons que je lui ai soumises :

Le citrate de fer ammoniacal est au Codex; pourquoi le tartrate n'y serait-il pas? En Angleterre, on fait un grand usage de ce dernier sel. Il est plus soluble que le tartrate ferrico-potassique; ses solutions sont de meilleure conservation. Enfin, j'ai vu quelquefois le tartrate de fer et d'ammoniaque substitué à celui de potasse à l'insu du pharmacien; fraude inoffensive qui ne se reconnaît que par l'analyse, car les paillettes rouge brun sont à peu près de même aspect. Personne, à ce que je crois, n'est encore prévenu de cette substitution et, au moment où elle sera divulguée, elle n'aura plus de raison d'être parce que l'inscription du tartrate de fer ammoniacal au Codex engagera les médecins à l'employer à l'instar du tartrate ferrico-potassique. P. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1883.— PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées. Note de M. *A. Richet*.— L'auteur rapporte deux faits cliniques dont l'un démontre que, si les bactéridies ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, en un mot si l'infection générale a commencé, tout traitement local est insuffisant; dont le second prouve au contraire que, malgré la virulence extrême de l'intoxication charbonneuse, alors qu'il n'y a pas encore infection générale, on peut enrayer le mal par une action locale énergique. L'action antiseptique de la teinture d'iode est mise ici en évidence. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Expériences sur l'anesthésie caustique et observation d'un cas de squirrhe ulcéré du sein, opéré avec l'aide de cette méthode. Note de M. *Jules Guérin*. — L'auteur, considérant que « la peau est l'épanouissement des nerfs sensibles et qu'au delà de la zone qu'elle occupe, cette propriété se réfugie, en s'amoindrissant, dans les rameaux nerveux, plus conducteurs de l'immersion périphérique que sensibles par eux-mêmes », a eu la pensée de tracer aux opérations chirurgicales une voie et des limites dans lesquelles l'instrument tranchant pût cheminer sans provoquer de douleur ni d'hémorrhagies, et sans laisser après lui de portes ouvertes aux matières septiques qui suivent et compliquent si souvent les plaies chirurgicales. Pour cela, dans une opération d'ablation du sein, il a entouré la tumeur à extirper d'une bande de caustique de Vienne, qu'il laissa en place vingt minutes. Alors, dit-il, « le sein ayant été soulevé, je glissai à sa base, entre la partie consistante et le tissu cellulaire sous-jacent, une sonde à dard portant un fil de platine très fin, destiné à maintenir la tumeur soulevée pendant l'opération. La sonde ayant été retirée et la tumeur maintenue en suspension par le fil, j'incisai horizontalement et circulairement toute la bande cautérisée : ce qui eut lieu sans provoquer la moindre douleur, sans hémorrhagie et comme à l'insu de l'opérée. Ayant ainsi détaché de sa circonférence cutanée tout le pourtour de la tumeur, j'arrachai cette dernière avec mes doigts, en divisant avec des ciseaux quelques brides fibreuses qui s'opposaient à cette sorte d'énucléation. L'opération dura dix minutes. Il n'y eut que deux ou trois cuillerées de sang épanché, et une seule artériole nécessita une ligature qui tomba le surlendemain. La malade n'a manifesté aucune douleur pendant toute l'opération. Les suites furent des plus simples et des plus heureuses. » (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Contribution a l'étude expérimentale de l'élongation des nerfs. Note de M. *L. Minor*. — Les expériences de l'auteur, faites sur des chiens, des cobayes et des grenouilles, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'action est limitée au point qui supporte l'élongation; 2° il y a là interruption de la conductibilité du nerf dans le sens centrifuge et dans le sens centripète; 3° cette interruption peut être complète ou incomplète selon la force de l'élongation; 4° celle-ci détruit en partie les nerfs affectés. Les modifications histologiques consécutives à une élongation forte d'un nerf, étudiées six semaines après l'opération, montrent de la manière la plus précise que l'élongation produit une dégénération considérable dans la portion située au-dessous de la partie allongée du nerf et dans la région allongée elle-même. La lésion est très peu prononcée au-dessus et elle disparaît à une distance peu éloignée du point étiré. Les racines, la moelle sont absolument intactes.

Études expérimentales sur l'action physiologique de l'iodoforme. Note de M. *Rummo*. — 1° *Action sur la circulation et la respiration.* Chez la grenouille, l'iodoforme produit un ralentissement considérable du pouls et le cœur finit par s'arrêter en diastole. Il faut aussi noter l'absence du crochet qui se produit dans l'état normal au sommet de la ligne verticale systolique, la légère ascension du plateau, la durée un peu plus longue de la systole ventriculaire, enfin et surtout la lenteur avec laquelle s'opère le relâchement diastolique. Pour les fortes doses, on voit une accélération, puis un ralentissement, enfin l'arrêt de la respiration. Chez le chien, les effets sont à peu près les mêmes. Avec 2, 4 grammes et au delà, on obtient une diminution progressive du nombre des battements du cœur avec affaiblissement de la pression intracarotidienne de 0m,10 environ; au bout de quatre à cinq heures, on note le retour graduel de la tension à l'état normal, suivi d'une augmentation de 0m,03 environ. Le nombre des mouvements respiratoires augmente peu à peu en présentant quelques irrégularités.

2° *Action sur la température.* — Les doses moyennes élèvent la température de 1 à 2 degrés. Les doses très fortes produisent une élévation transitoire, puis un abaissement de 4 à 5 degrés, malgré le tétanos.

3° *Action sur le système nerveux.* — Chez la grenouille, l'iodoforme introduit sous la peau d'une patte postérieure produit les phénomènes suivants :

Anesthésie locale, affaiblissement général, diminution de l'excitabilité nerveuse, musculaire et des réflexes, surtout dans le membre injecté. La moelle et le bout périphérique du sciatique sont excitables. Ensuite : rigidité générale, qui continue après la section de la moelle cervicale. Si l'on coupe tous les nerfs des membres postérieurs, la contracture continue dans le membre injecté et cesse, à peu près, dans l'autre. L'animal meurt dans un état de rigidité complète.

Chez les mammifères, les troubles nerveux généraux ont lieu quand on injecte l'iodoforme dans l'estomac ou dans le péritoine, et après des inhalations prolongées avec un appareil approprié. Si l'on met l'iodoforme sous la peau, la substance, à cause de sa faible solubilité, ne détermine que de l'anesthésie locale et très peu de phénomènes généraux. Le défaut d'espace ne nous permet pas d'entrer dans plus de détails.

4° *Troubles gastro-intestinaux sécrétoires et nutritifs.* — Les fortes doses produisent des nausées, des vomissements, des selles dysentériques. Si la dose n'est pas mortelle, il y a hébétude, marasme et tous les phénomènes les plus avancés de l'iodisme. L'iodoforme passe dans les urines à l'état d'iodure, d'iodate et d'acide iodhydrique : on le trouve dans tous les organes et dans toutes les humeurs en grande quantité, même dans l'humeur vitrée.

5° *Action antiseptique.* — L'iodoforme en nature n'arrête pas le développement des bactéries en voie de pullulation dans les liquides putrides; mais il est plus puissant pour s'opposer à leur genèse. L'iodoforme dissous dans l'huile de térébenthine tue, au contraire, les bactéries en pleine prolifération.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action physiologique de la vératrine. Note de MM. *Pécholier* et *Redier*. — Afin de préciser l'action physiologique de la vératrine, les auteurs ont entrepris sur les grenouilles, les lapins et les chiens des expériences dont nous résumons les conclusions.

1° *Action locale.* — Effet topique irritant sur la peau et les muqueuses, qui augmente encore sur le derme dénudé.

2° *Action sur le tube digestif.* — Vomissements abondants et selles copieuses. La vératrine est donc un émétocathartique puissant.

3° *Action sur les sécrétions.* — Supersécrétion du mucus nasal, sialorrhée, diurèse ordinaire, rarement diaphorèse.

4° *Action sur la circulation.* — *a.* Accélération primitive due en grande partie aux efforts de vomissement; *b.* ralentissement secondaire pouvant même arriver au collapsus. — Arrêt des cœurs lymphatiques avant celui du cœur sanguin (grenouilles). Arrêt de celui-ci en diastole. Altération du sang.

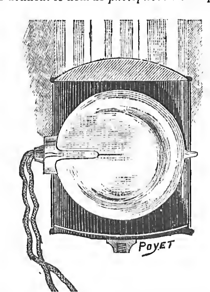
5° *Action sur la respiration.* — *a.* Accélération primitive; *b.* ralentissement secondaire. Difficulté et gêne de la respiration.

6° *Action sur la température.* — Abaissement nettement précisé par le thermomètre.

7° *Action sur le système musculaire.* — *a.* Excitation primitive plus ou moins courte, suivant l'intensité de la dose, contractions apparentes; *b.* affaissement et paralysie ultérieurs. Opposition formelle, malgré l'opinion de beaucoup d'auteurs, avec l'action de la strychnine; *c.* parésie complète et collapsus.

8° *Action sur le système nerveux.* — *a. Motricité nerveuse,* non influencée; c'est le contact du sang vératriné sur la fibre musculaire et non l'action du nerf moteur impressionné par la vératrine qui détermine l'excitabilité primitive du muscle. Cette substance, malgré le dire de Kœlliker, n'agit pas directement sur la moelle; *b. Sensibilité :* à l'action irritante topique déjà signalée succèdent bientôt l'anesthésie et l'analgésie ; *c. Fonctions intellectuelles :* intelligence conservée.

Éclairage médical. — MM. *Hélot* et *Trouvé* adressent à l'Académie la description d'un appareil d'éclairage médical auquel ils donnent le nom de *photophore électrique frontal.*



Cet appareil se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente. Cet appareil, très léger, s'applique sur le front par des courroies et fournit une lumière très intense dont on peut faire varier le champ par un léger déplacement de la lentille. La source d'électricité est une pile à bichromate de potasse. Cet éclairage peut trouver son application pour illuminer les cavités naturelles ou un champ opératoire profondément situé.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *Auvard*, interne à la Maternité de Paris, envoie un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Druhen*, aîné (de Besançon), adresse un mémoire manuscrit sur *l'emploi de l'iodure d'ammonium*, pour le concours du prix Desportes de 1883. (Inscrit sous le n° 7.)

M. le docteur *Rondot* (de Bordeaux) envoie une brochure intitulée : *l'Érythème*

noueux fébrile et ses complications, pour le concours du prix Godard de 1883. (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *Spiridion Kanellis* (d'Athènes) adresse une note manuscrite concernant *l'influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices de la moelle*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose: 1° plusieurs brochures de M. le docteur *Brongniart* sur *l'action thérapeutique des eaux de Contrexéville*, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national dans la première division; 2° de la part de M. le docteur *L'Huilier*, une brochure sur *les signes de l'anévrysme de l'aorte*.

M. *Dechambre* fait hommage: 1° de son article Déterminisme dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° de son livre intitulé: *Le médecin, devoirs privés et publics, leurs rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicales*.

M. *Bourdon* présente, de la part de M. le docteur *Sonligoux* (de Vichy), un mémoire imprimé, ayant pour titre: *Étude sur le traitement du diabète*.

Les théories dites microbiennes et la vaccination charbonneuse. — Ainsi qu'il l'avait annoncé dans la séance précédente, M. *Peter* répond à M. Pasteur. Il tient à constater tout d'abord, contrairement à l'assertion de celui-ci, que la discussion actuelle à l'Académie a eu des résultats au point de vue de la thérapeutique de la fièvre typhoïde; car, dit-il, les médications systématiques et surtout celle par les bains froids y ont été combattues par les membres les plus autorisés du corps médical; ce qui a triomphé, c'est la médication traditionnelle, la médication suivant les indications; or, cela revient à dire que, si nous ne possédons pas la médication spécifique de cette affection, nous possédons la médication rationnelle des typhoïdiques. De plus, la chimiâtrie n'a pas trouvé davantage de défenseurs parmi les médecins de l'Académie, pas plus que « cette partie annexe de la chimiâtrie, qui n'est autre que la doctrine des microbes ».

M. Peter, prenant plus directement à partie M. Pasteur, fait remarquer que ses inoculations n'ont pas été sans produire des accidents, que l'immunité conférée par elles est fugitive et qu'elles ne sont pas actuellement applicables à l'espèce humaine; il croit donc devoir « doublement combattre ces doctrines, dans leur généralisation hâtive, comme médecin et comme professeur ». Il objecte, d'autre part, que le virus atténué de M. Pasteur est « de fabrication humaine et que, comme tel, il ne vaut que par les soins qu'on y met », tandis que le virus-vaccin est tel que le fournit l'organisme de la vache ou de l'homme. L'orateur reproche ensuite à M. Pasteur, en ce qui concerne « la maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage », d'avoir conclu trop vite en disant qu'elle était due à l'inoculation du virus rabique, aussi bien qu'en admettant qu'elle pouvait être due à l'inoculation d'un mucus provenant de maladies communes; il s'efforce d'en tirer les preuves par la lecture de divers passages des communications antérieures de M. Pasteur à ce sujet.

Après avoir de nouveau et longuement insisté sur les échecs constatés dans un certain nombre de vaccinations charbonneuses et après avoir donné lecture d'une nouvelle lettre récente des vétérinaires de l'Ecole de Turin (auxquels M. Pasteur vient d'offrir d'aller lui-même leur prouver la réalité de ses affirmations), M. Peter maintient que « toutes ces recherches sur les microbes ne valent ni le temps qu'on y passe, ni le bruit qu'on en fait; et qu'après de tels labeurs, il n'y aura rien de changé en médecine, il n'y aura que quelques microbes de plus ». N'est-ce pas d'ailleurs, ajoute-t-il, aboutir à la spontanéité morbide que de reconnaître, comme l'a fait M. Pasteur, que « l'homme porte sur lui ou dans son canal intestinal les germes des microbes, sans grand dommage, mais prêts à devenir dangereux, lorsque, par des conditions d'encombrement, dans des corps affaiblis ou autrement, la virulence se trouve progressivement transformée ». L'homme affaibli ou placé dans de mauvaises conditions hygiéniques donne donc à son germe microbien sa virulence, qui le fait virulent, de sorte qu'en définitive, c'est le malade qui fait sa maladie? Les recherches de M. Béchamp sur les microzymas et les bactéries, celles de M. Ch. Robin sur les germes et les expériences de M. Onimus sur la dialyse des liquides infectieux prouvent, au surplus, que nous sommes non seulement entourés de bactéries inoffensives, mais farcis de ces mêmes bactéries inoffensives; qu'ainsi ces bactéries ne deviennent éventuellement morbides qu'en nous et par nous.

Dans toute cette discussion, déclare en terminant M. Peter, il y a trois questions absolument distinctes: 1° M. Pasteur et ses expériences, cela regarde la science pure; 2° les applications de ces expériences aux animaux, cela regarde les vétérinaires; 3° les applications de ces expériences à l'homme, cela regarde les médecins; et ceux-ci ne peuvent s'en désintéresser, car il y a là un double péril: péril social, l'homicide; péril intellectuel, la déraison.

M. *Bouley* s'étonne de plus en plus que M. Peter reste ainsi réfractaire à une idée aussi belle, aussi féconde que celle de la vaccination sur les animaux. Sans doute, au point de vue symptomatologique, il existe des différences entre ceux-ci et l'homme; mais en dehors de cela, les phénomènes physiologiques sont absolument comparables et, par exemple, un muscle de bœuf, de cheval ou d'homme se contracte de la même manière. Qu'on laisse de côté, si l'on veut, la question de savoir si la médecine humaine ne peut pas profiter, un jour ou l'autre, des progrès réalisés dans la médecine vétérinaire, les résultats obtenus déjà ne sont-ils pas considérables, puisque, grâce à l'application des doctrines microbiennes, le charbon qui, jusqu'ici, décimait les troupeaux, tend à disparaître de plus en plus?

M. Peter, ajoute M. Bouley, soutient que les microbes existent partout dans l'organisme et qu'ils ne sont nos ennemis qu'autant que nous sommes malades; on a cependant surabondamment démontré que c'était une erreur. En voici une nouvelle preuve: M. Signol avait cru reconnaître qu'en faisant mourir les chevaux par asphyxie, on déterminait en eux, au bout de quelques heures, le développement spontané d'une virulence due à un microbe, qui n'était autre que celui de la septicémie. M. Pasteur constata que cette virulence n'était pas uniformément répartie, qu'elle commençait par le sang de la veine-porte et qu'elle ne se manifestait que plus tard dans le sang de la jugulaire; il s'agissait donc d'un élément vivant, contenu dans l'intestin de l'animal pendant son état de santé et qui, après la mort, pénétrait dans le sang auquel il donnait sa virulence.

M. Bouley croit que le médecin ne l'est vraiment qu'à la condition d'être savant et que pour cela il est de son devoir de tenir compte de tous les éléments scientifiques, de tout ce que la pathologie enseigne. Sans doute, pour répondre à une interruption de M. Peter, il se passe dans le monde médical ce qui se passe partout ailleurs quand une idée nouvelle est émise; elle rencontre des partisans exaltés qui peuvent dépasser la mesure, mais ce n'est pas là une raison pour ne pas accepter ces mêmes idées et ne pas en faire profiter la société. — La réplique de M. Bouley est accueillie par de nombreux applaudissements.

Parasites des Japonais. — M. *C. Rémy* communique un mémoire de M. le docteur *Baelz*, professeur à l'Ecole de médecine de Tokio, sur quelques nouveaux parasites des Japonais, dont les plus importants sont: 1° le *distoma pulmonale*, dont la présence dans le poumon donnerait lieu à une hémoptysie, pouvant persister plusieurs années, pendant lesquelles le malade crache chaque jour des œufs du ver et du sang; cette maladie est très fréquente; 2° le *distoma endemicum hepatis*, qui vit très répandu dans certaines provinces; il occupe les canaux biliaires, et les malades qui en sont atteints meurent généralement hydropiques, d'ordinaire au bout de quelques années; 3° le *distoma innocuum hepatis*, ver analogue au précédent, qui a été trouvé deux fois seulement dans le foie et par hasard, car il ne détermine pas de modifications appréciables pendant la vie. Les autres parasites trouvés au Japon par M. le docteur

Baelz sont : l'*Ascaris lombricoïdes*, l'*Oxyuris vermicularis*, le *Tricocephalus dispar*, la *Filaria sanguinis humani*, l'*Anchylostoma duodenale*, le *Tænia mediocannellata*, le *Bothriocephalus latus*. — M. Rémy, qui a pu étudier ces parasites dans un récent voyage au Japon, ajoute que la cause doit en être vraisemblablement cherchée dans l'eau des rizières, qui est peuplée d'innombrables coquillages. Parmi les plus fréquents de ces parasites, il faut compter l'ankylostome qui produit une anémie très prononcée, à cause des pertes de sang légères, mais quotidiennes, qu'il détermine. Quant au tænia armé, il ne se rencontre pas dans ce pays, les habitants étant essentiellement végétariens et icthyophages; tandis que le bœuf et les poissons servant beaucoup à l'alimentation, on observe au Japon, comme en Europe, le tænia mediocannellata et le bothriocéphale.

Bacilles de la tuberculose. — M. le professeur *Cornil*, en son nom et au nom de M. le docteur *Babès*, entretient l'Académie de la topographie des bacilles de la tuberculose dans divers organes. Pour les étudier, on colore, d'après la méthode Ehrlich, les coupes des organes au moyen d'une solution de fuchsine rendue alcaline par l'adjonction d'huile d'aniline (aniline légère de la fabrique de Saint-Denis); puis, on traite ces coupes par l'acide nitrique au tiers. L'acide nitrique décolore ou détruit tous les bacilles autres que les bacilles tuberculeux ; il y a cependant une exception pour le bacille de la lèpre, mais la lèpre et la tuberculose présentent des différences cliniques telles qu'il n'y a pas de confusion possible.

M. Cornil, afin d'étudier d'abord les lésions les plus simples, expose ce qu'on observe dans les granulations tuberculeuses à leur début dans les membranes séreuses, dans les méninges, par exemple. Si l'on examine une masse tuberculeuse, développée sur la pie-mère, on constate, d'habitude, à son centre un vaisseau oblitéré par de la fibrine, et dans cette fibrine les bacilles caractéristiques de la tuberculose. Sur les parois du vaisseau et dans son voisinage, on en rencontre également en plus ou moins grand nombre. Il est probable que c'est la coagulation fibrineuse intra-vasculaire qui est envahie la première. Lorsque, à une période un peu plus avancée, il existe des granulations dans le tissu des circonvolutions cérébrales, les mêmes particularités se retrouvent dans ces granulations.

De même pour la granulation pleurale; c'est également dans les coagulations fibrineuses qui occupent les vaisseaux, et dans les tubercules développés autour d'eux que se trouvent les bacilles. On rencontre également des bacilles, dans la pleurésie chronique de nature tuberculeuse, seulement ils sont disposés d'une façon un peu différente. Dans un fait de pleurésie chronique de cette nature, la séreuse était constituée par un tissu fibreux plus ou moins dense, semi-transparent, limitant des cavités d'étendue variable, dans lesquelles il y avait un liquide caséeux. C'est dans ce liquide caséeux que se voient les bacilles, principalement dans les anfractuosités intermédiaires qui unissaient les deux plèvres.

Le nombre de ces bacilles et leur dissémination sont des plus variables; M. Cornil signale même ce fait qu'il lui a été impossible d'en rencontrer dans un cas de méningite tuberculeuse; il est vrai qu'il disposait d'une petite quantité du tissu morbide. En même temps que les bacilles, on trouve souvent de petits grains irréguliers, soit disposés bout à bout, soit isolés, qui se colorent par le procédé d'Ehrlich, comme les bacilles. Ces grains isolés peuvent exister seuls dans la paroi des vaisseaux ou dans les granulations tuberculeuses. D'ailleurs, il est de règle de constater que leur dissémination est des plus irrégulières. Sur un même sujet, ils manquent sur certains points, tandis qu'ils sont très nombreux en d'autres. Cette particularité ne se trouve pas dans la lèpre où les bacilles sont uniformément répartis.

M. Cornil a également étudié la topographie de ces micro-organismes sur les muqueuses, en particulier sur des coupes provenant d'un sujet qui avait été étudié déjà il y a trois ans et dans lequel la luette, les amygdales, le pharynx, le larynx étaient le siége d'une tuberculose très étendue, ulcérée par places. Si l'on pratique une coupe perpendiculaire à la surface de la muqueuse, on trouve, dans les couches de l'épithélium stratifié, une certaine quantité de bacilles migrateurs, disposés entre les cellules épithéliales dans les espaces que M. Ranvier considère comme des voies lymphatiques. On en trouve également dans le tissu conjonctif, répartis dans les cellules embryonnaires qui constituent le tubercule, dans le protoplasma de ces cellules, autour des noyaux. Dans ces même points, les vaisseaux très dilatés étaient souvent remplis par de la fibrine coagulée. Ces caillots intravasculaires renfermaient aussi une quantité plus ou moins grande de bacilles. Çà et là se voyaient disséminées des granulations tuberculeuses typiques avec cellules géantes et tissu embryonnaire; les cellules géantes étaient remplies de bacilles ainsi que le tissu voisin appartenant au follicule tuberculeux.

L'examen du poumon a donné à peu près les mêmes résultats dans la tuberculose aiguë miliaire, dans les granulations fibreuses et dans les excavations. Si l'on examine les granulations contenues dans les alvéoles pulmonaires et le tissu conjonctif épaissi qui sépare ces alvéoles les unes des autres, on trouve des bacilles entre les divers éléments; ces bacilles existent même dans les cas où la granulation est devenue tout à fait fibreuse, ainsi que cela a lieu, par exemple, dans certains poumons infiltrés de charbon et atteints de pneumonie interstitielle ardoisée, aussi bien dans l'intérieur des alvéoles, au milieu des cellules qui y sont épanchées que dans leurs cloisons. Si l'on examine une caverne tuberculeuse, on trouve des bacilles dans le tissu cellulaire embryonnaire qui forme les parois de cette caverne, dans les débris du tissu qui résultent de la destruction des parois des alvéoles et des bronches, et qui proéminent souvent dans la caverne sous forme de villosités, et dans le liquide qui les revêt. Cette dernière particularité explique pourquoi on trouve des bacilles en quantités plus ou moins considérables dans les crachats de tous les tuberculeux atteints de cavernes pulmonaires. Dans ces crachats, on trouve les bâtonnets caractéristiques avec leur forme irrégulière, tantôt rectilignes, tantôt sinueux, souvent recourbés en crochets à leur extrémité. Ces bâtonnets présentent souvent de petits grains dans leur intérieur. En laissant dans un tube des crachats de tuberculose, et en les examinant de temps à autre pendant six semaines, M. Cornil a vu, au bout d'une dizaine et d'une quinzaine de jours, les grains colorés augmenter en très grande quantité, de telle sorte que les bacilles réduits à des grains colorés placés bout à bout, très rapprochés les uns des autres, simulaient quelquefois des figures analogues à celles des sarcines.

M. Cornil décrira dans la prochaine séance ce qu'il a observé dans les divers autres organes et les rapports qu'on en peut déduire au point de vue de l'anatomie pathologique comparée de la tuberculose et de la scrofule.

Le chlorure de méthylène. — M. le professeur *Regnault* a été prié, par M. le professeur Léon Le Fort, de faire des recherches pharmacologiques sur le chlorure de méthylène, dont les propriétés anesthésiques ont été étudiées, il y a quelques années, par M. le docteur Richardson en Angleterre, et qui est préconisé, pour les grandes opérations, par un certain nombre de médecins, comme pouvant être employé sans danger. Or il résulte des analyses auxquelles il s'est livré avec M. *Villejean*, sur les substances désignées commercialement sous ce nom : 1° que deux produits français ainsi étiquetés n'étaient que du chloroforme légèrement alcoolisé; 2° que le chlorure de méthylène, qu'à deux reprises on a fait venir d'Angleterre et payé un prix très élevé, n'est

qu'un simple mélange de chloroforme et d'esprit de bois. Quel que soit le mobile de ces substitutions, fortuites ou voulues, il est donc important de les signaler; ces faits montrent les mesures de prudence qu'il convient de prendre et de ne jamais négliger quand on étudie les propriétés physiologiques et plus encore l'action thérapeutique d'un médicament dont les caractères chimiques sont mal ou incomplètement déterminés.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Suture osseuse dans les amputations ostéo-plastiques du pied. — Lésion du rachis; luxation spontanée de la rotule. — Rachitisme et syphilis.

M. *Pamard* (d'Avignon) adresse une note sur la suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du pied par le procédé de Le Fort.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation de M. Guermonprez (de Lille). Un homme de trente-huit ans fait une chute sur le rachis; paraplégie et paralysie de la vessie. Peu à peu il se produisit une luxation de la rotule gauche en dehors; cette luxation disparaît quand la jambe est dans l'extension sur la cuisse. Cette luxation se produisit lentement; elle ne fut complète que huit ans après la chute sur le rachis. M. Guermonprez admet une relation entre la luxation et le traumatisme; M. Chauvel n'est point de cet avis.

M. *Desprès* a observé un cas de luxation en dehors de la rotule qui s'est établie lentement, sans traumatisme.

M. *Sée*. Il est reconnu qu'à la suite d'un traumatisme qui a intéressé la moelle, il peut survenir des lésions portant sur la nutrition des membres et qui amènent des résultats insolites. M. Sée ne serait pas étonné qu'à la suite de troubles nutritifs dépendant de la chute, la luxation se soit produite peu à peu.

M. *Chauvel* A la suite des lésions de la moelle, il se produit des troubles nutritifs dans les muscles, mais pas dans un seul muscle, et d'un seul côté.

M. *Terrier*. On se demande s'il existe une relation entre le traumatisme et la luxation: M. Terrier a vu, à Bicêtre, des troubles trophiques venant longtemps après le traumatisme; ces troubles se montrent du côté des articulations comme du côté des muscles. En 1866, Ericsen a signalé ces troubles tardifs, conséquence d'accidents de chemin de fer.

— M. *Cazin* (de Berck-sur-Mer) lit un travail sur les rapports du rachitisme et de la syphilis :

Malgré l'autorité de l'éloquente parole de M. Parrot, je ne puis me résoudre à accepter la parenté qu'il a établie entre la syphilis, maladie diathésique, rarement curable *sponte suâ*, et le rachitisme, maladie générale, qui se modifie presque d'elle-même pourvu que l'on change les conditions hygiéniques de ceux qui en sont porteurs.

Je n'aborderai pas la question d'anatomie pathologique qui ne serait pas de ma compétence; les raisons sur lesquelles j'appuierai ma manière de voir sont tirées : 1° de l'étude des antécédents; 2° de l'examen de quarante-neuf rachitiques actuellement dans mon service de l'hôpital de Berck-sur-Mer ; 3° de certaines notions de pathologie ; 4° les derniers arguments sont basés sur les résultats du traitement du rachitisme.

1° Les renseignements recueillis auprès des parents sont très difficiles à obtenir, je le reconnais, surtout dans la classe élevée. Mais chez les ouvriers qui constituent en somme la majeure partie des parents de nos enfants d'hôpital, j'ai souvent reçu des aveux quand je les entretenais seul à seul. Plusieurs d'entre eux ont même été au-devant de mes questions. Or ces aveux m'étaient la plupart du temps faits par ceux dont les enfants étaient admis à l'hôpital de Berck, pour scrofule, et sur un nombre relativement considérable d'interrogations je n'ai recueilli qu'un seul renseignement de ce genre à propos des petits rachitiques.

De plus, j'ai bien souvent demandé à des mères, sans avoir l'air d'attacher une importance particulière à ma question, si leurs enfants avaient présenté à la naissance ou dans le cours des six semaines suivantes des éruptions, des accidents ayant ou non nécessité la présence d'un médecin. J'ai eu deux fois une réponse affirmative et j'ai pu, d'après la description, reconnaître la syphilis héréditaire. Or ces deux cas appartenaient à un rachitisme très peu avancé et les enfants ne portaient aucun stigmate de la maladie constitutionnelle qu'ils avaient présentée à leur naissance. Comme M. Desprès, j'ai connu, dans ma clientèle, des parents nullement syphilitiques ayant eu des enfants rachitiques et réciproquement des jeunes gens très manifestement syphilitiques qui se sont mariés, malgré mes conseils, et ont eu des enfants syphilitiques, sans aucune trace de rachitisme. En province, où l'on peut suivre l'histoire pathologique de générations successives, il est aisé de réunir de pareilles observations.

Un autre fait très intéressant. Si la syphilis des parents devait mener au rachitisme, tous les enfants nés légitimement d'une même union devraient être rachitiques. Or rien n'est plus fréquent que de voir un premier enfant devenir rachitique et un second ou un troisième être absolument indemnes et cela sans que l'un des époux, ou les deux époux aient suivi de traitement antisyphilitique entre la naissance du premier enfant et celle des autres.

Je me rappelle une famille où tous les enfants du sexe féminin devenaient rachitiques; il y avait trois filles à jambes torses et deux garçons à jambes droites. La syphilis aurait-elle fait semblable sélection?

Il est bien entendu que, dans les cas que je viens de rapporter, les enfants avaient été allaités par leur mère ou nourris artificiellement. — Je fais cette réserve, afin que l'on ne puisse invoquer l'infection par la nourrice.

Pour terminer ce qui a trait à l'étiologie, je ferai observer que dans nos campagnes la syphilis est très rare, tandis que le rachitisme est assez fréquent; je ne tire pas de conclusion.

2° Examen de 49 rachitiques, actuellement à l'hôpital de Berck.

Ces 49 enfants, parmi lesquels il y a 8 cas de scrofule concomitante, se décomposent ainsi, quant au sexe : 21 garçons, 28 filles: quant à l'âge il y en a 29 de deux à cinq ans, 20 de cinq à dix ans.

Je les ai examinés tous devant mes internes, MM. Dhourdin et Baena, avec le plus grand soin. Aucun d'entre eux ne m'a présenté de dents avec érosion. 6 ont les dents déchaussées. 5 les ont crénelées sur leurs bords tranchants. La commissure des lèvres ne m'a offert que deux fois des cicatrices, et cela sans caractère déterminé. La langue a toujours été trouvée exempte de traces de syphilis desquamative. Une fois, il m'a semblé constater sur l'amygdale gauche un petit inodule superficiel; pas un seul cas de kératite interstitielle, pas un seul cas d'iritis. La peau du corps ne m'a montré qu'une fois une trace d'ulcération un peu gaufrée sur la région du dos; 5 fois sur les fesses; mais en revanche très fréquemment des cicatrices de varicelle (nous avons eu récemment une épidémie de cette éruption).

A la vulve, chez les filles, dans le pli génito-crural chez les garçons, rien. A l'anus, une seule fois, une cicatrice un peu déprimée, et cela chez la petite fille qui avait déjà présenté une cicatrice à la commissure labiale, et elle a eu la varicelle.

Du côté du système osseux, toutes les variétés de déformations rachitiques, pas une seule tuméfaction suspecte.

Ainsi sur nos 49 enfants, 9 seulement portent des vestiges

d'ulcérations, mais ces cicatrices, non étendues, peu déprimées, n'ont aucun caractère spécial et je n'oserais jamais les considérer comme se rattachant à une origine syphilitique (1).

Il en est tout autrement de 3 enfants que, comme types et par comparaison, j'ai fait voir à mes internes :

a. Une fille de quatre ans, scrofuleuse, presque guérie d'un engorgement ganglionnaire cervical portant des traces de kératite interstitielle, souffrant encore de photophobie légère du côté gauche, et qui montre sur les fesses, les jambes, les cuisses, des stigmates indubitables de syphilis infantile. Elle n'offre pas le moindre symptôme de rachitisme.

b. Un garçon de douze ans, affecté de syphilis héréditaire scrofuloïde (nécrose du frontal et du pariétal, ostéite des os de l'avant-bras et des deux tibias), a également aux fesses des cicatrices bien reconnaissables d'ectyma syphilitique, les dents sont le siège d'érosions dites de Hutchinson.

c. Chez une grande fille de treize ans, atteinte d'ostéites multiples, à laquelle j'ai pratiqué avec succès la résection du coude gauche après l'avoir soumise au traitement spécifique, on découvre aussi des cicatrices caractéristiques sur le bas du dos, sur les fesses, sur les jambes.

Ces deux derniers enfants, bien manifestement syphilitiques, ne sont pas et n'ont pas été rachitiques. Donc chez nos rachitiques pas de syphilis; chez nos syphilitiques pas de rachitisme.

3° Le troisième argument en faveur de mon opinion est, je me hâte de le dire, un peu plus discutable. Beaucoup de chirurgiens ont avancé que la diathèse syphilitique retardait la consolidation des fractures. Nicod (*Recueil périodique de la Société de médecine*, t. XXXI, p. 215), Sanson (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. III, p. 492) ont cité des cas où la guérison n'a été obtenue qu'après l'usage d'un traitement antisyphilitique; moi-même, j'ai par devers moi deux ou trois faits où le cal n'a acquis de la solidité qu'après que j'ai eu découvert la cause spéciale du retard de la consolidation et que j'y ai eu porté remède par un traitement approprié. Mais cette influence est révoquée en doute. Cependant je ne puis m'empêcher de penser qu'une diathèse qui est capable de modifier l'apparence et la texture des dents, soit de la façon dont l'entend le professeur Parrot, soit de la manière dont le comprend M. le docteur Magitot, doit aussi s'opposer à la consolidation des fractures.

Quoi qu'il en soit, pour les chirurgiens qui croient à l'action même de la vérole dans ce cas, il y aurait lieu de s'étonner que dans le nombre considérable des fractures, si fréquentes chez les rachitiques que Guersant les admet comme constituant le tiers de toutes les fractures rencontrées chez les enfants (*Clinique des hôpitaux d'enfants*, première année, p. 28), il y aurait lieu de s'étonner, dis-je, que les auteurs soient tous d'accord pour reconnaître que chez les rachitiques la consolidation s'opère en général dans le temps ordinaire. Et, à cette époque d'ostéoclasie et autres fractures chirurgicales, comment se fait-il que l'on n'ait noté cet accident de retard. On me répondra peut-être : c'est parce que la syphilis n'influe pas sur l'ossification du cal. C'est à cause de cette réponse que j'avais prévue que mon argument, je l'ai tout à l'heure avoué, était discutable.

Aussi ne m'en tiendrai-je pas là. Aux preuves fournies par les données étiologiques, par l'examen de mes malades, je vais joindre, pour terminer, des raisons empruntées à la thérapeutique.

4° Le traitement, cette pierre de touche, vient encore me prêter renfort.

Je ne me trouve pas bien de la thalassothérapie dans le cas de fausse scrofule appelée vulgairement scrofulate de vérole et que je qualifie de syphilis héréditaire scrofuloïde. Cet ordre de manifestations osseuses ou ulcéreuses s'aggrave au bord de la mer.

C'est quelque chose d'analogue à ce qui arrive aux personnes que l'on croit guéries de la vérole et qui prennent des bains. On voit apparaître chez elles une poussée de roséole, de syphilides plus profondes, ou même des phénomènes plus graves encore.

Mais, pour le rachitisme, c'est tout le contraire : le traitement marin fait merveille.

Le docteur Marjolin, dans une discussion soulevée en 1876, ici même, justement sur cette question de l'ostéotomie, dont je parlais il n'y a qu'un instant, voulut bien demander des statistiques au docteur Perrochaud, mon distingué prédécesseur. Ce dernier a soigné, de 1870 à 1875, 102 cas de rachitisme, parmi lesquels il a eu 30 cas de guérison absolue, c'est-à-dire avec redressement complet, et 32 cas de guérison laissant à désirer au point de vue plastique; 6 morts par maladie intercurrente, et 4 renvoyés comme teigneux (voy. *Le rachitisme à Berck-sur-Mer*, par le docteur Paul Perrochaud. Boulogne-sur-Mer, 1877). Mon interne, M. Baena, a relevé à votre intention le nombre de cas de rachitisme admis depuis 1876 jusqu'à ce jour, tant par le docteur Perrochaud que par moi.

Il y a eu 274 enfants (133 filles, 143 garçons), dont 183 ont guéri, 65 ont été notablement améliorés, 4 ont été réclamés, et 2 stationnaires ont été renvoyés pour d'autres maladies; il y a eu 22 morts par maladie intercurrente (diphthérie, etc.).

Quelle est donc la forme de syphilis osseuse de laquelle on pourra dire, en l'affirmant comme l'a fait le professeur Trélat : « Le rachitisme traité par les bains de mer peut guérir sans laisser de traces » (*Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 16 février 1876).

Enfin je vous demande pardon de vous répéter encore cet adage médical tant de fois cité : « *Naturam morborum curationes ostendant.* »

Si le rachitisme est de la syphilis, cette lésion du système osseux doit être modifiée par le traitement antisyphilitique classique.

Je ne sais pas si M. le professeur Parrot a essayé les préparations mercurielles et iodurées dans le rachitisme (sans manifestations syphilitiques actuelles, car un rachitique peut avoir la syphilis héréditaire tout comme un autre enfant), mais ce que je puis affirmer c'est que, dès les premiers travaux de ce maître, j'ai tenté soit les frictions, soit le sirop de Gibert, soit l'iodure de potassium, et que, loin de relever des améliorations, j'ai dû arrêter le traitement en présence d'aggravations marquées du côté de l'état général et de l'état local.

La thérapeutique me fournit donc un double argument, basé sur le succès du traitement marin d'une part, et l'insuccès du traitement antisyphilitique de l'autre. Le rachitisme reconnaît pour causes probables toutes les infractions à l'hygiène et leurs suites, tant du côté des générateurs que du côté des enfants; c'est, comme la scrofule, une maladie de misère physiologique. Cette opinion a régné jusqu'à ce jour, et j'en trouve la confirmation dans la statistique que je vous ai présentée.

Sur les 276 rachitiques qu'elle contient, je note, en effet, 39 scrofuleux (atteints d'ostéites, de mal de Pott, de carie du rocher, d'engorgement de ganglions lymphatiques, etc.); 8 tuberculeux, dont 2 morts, 3 ayant succombé à la méningite tuberculeuse; 3 affectés d'impétigo du cuir chevelu; 1 d'eczéma de la face; de sorte que cela fait 54 enfants *rachitiques* présentant des symptômes de scrofulo-tuberculose.

Si donc il fallait rattacher le rachitisme à une diathèse quelconque, ne serait-il pas aussi logique, aussi naturel de la rapporter à la strume, comme on le faisait il y a quarante ans? Et cependant, malgré les données précédentes, il serait, je crois, téméraire de revenir à cette assimilation.

(1) Elles pourraient plutôt se rattacher à des vestiges d'impétigo, si fréquent chez les enfants.

De ce faisceau de raisonnements et de faits, je crois être en droit de conclure que si je ne sais pas encore ce qu'est au juste le rachitisme, je sais au moins ce qu'il n'est pas : une métamorphose de la syphilis.

M. *Magitot*. Les lésions dentaires sur lesquelles M. Parrot appuie son argumentation n'appartiennent point en propre à la syphilis. Il y a des peuples chez lesquels la syphilis est très répandue (Chine, Japon), et le rachitisme y est rare ou inconnu. Comment établir une descendance entre le rachitisme et la syphilis?

M. *Lucas-Championnière* a vu des femmes rachitiques mettre au monde des enfants qui ne présentent aucune trace de rachitisme; il n'y a donc pas d'hérédité dans le rachitisme.

M. *Desprès*. M. Parrot a été dominé par l'anatomie pathologique; la clinique ne lui donne aucun appui. Vous pouvez produire à volonté le rachitisme avec une certaine alimentation; cela vous indique la cause de cette maladie.

M. *Horteloup* a été étonné de la rapidité, de la facilité avec laquelle on diagnostiquait la syphilis à l'hôpital des Enfants assistés; le plus souvent il n'y avait point de syphilis évidente.

M. *Terrier*. Il est contestable qu'on produise à volonté le rachitisme chez les animaux; les lésions obtenues paraissent plutôt appartenir à l'ostéo-malacie.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Poissons toxiques du Japon : M. Rémy. — Pénétration des bactéries de la lèpre et de la tuberculose dans les épithéliums : M. Barbès. — Avantages de la narcéine sur la morphine avant la chloroformisation : M. Rabuteau. — Ferro et platino-cyanures : M. Rabuteau. — Suppression des arrêts réflexes du cœur pendant l'anesthésie confirmée ; syncopes respiratoires de la morphine et du chloroforme : M. François-Franck. — Action du chloroforme, de l'alcool, etc., sur les actinies : M. Dubois.

M. *Rémy* a eu l'occasion d'étudier les poissons toxiques du Japon qui sont tous du groupe Tétrodon. Le poison siège dans les organes génitaux et agit sur le système nerveux.

— M. *Barbès* a étudié le passage des bactéries de la lèpre et de la tuberculose à travers les couches épithéliales. Ces recherches, exécutées dans le laboratoire de M. Cornil, l'amènent à conclure que les téguments cutanés et muqueux sont perméables aux bacillus et permettent à la fois leur pénétration dans l'organisme et leur élimination. Il en résulte aussi que la propagation des bactéries peut s'effectuer par l'intermédiaire des cellules migratrices dans les voies lymphatiques.

— M. *Rabuteau*, rappelant ses expériences de 1872, recommande l'emploi préalable de la narcéine de préférence à la morphine quand on veut pratiquer l'anesthésie mixte avec le chloroforme : la narcéine ne produit pas l'effet nauséeux habituel de la morphine et favorise tout aussi bien l'anesthésie qu'elle prolonge même beaucoup plus.

— M. *Rabuteau* indique sommairement les recherches qu'il poursuit sur les ferro et platino-cyanures.

— M. *François-Franck* discute, en rappelant l'opinion courante des chirurgiens, et en s'appuyant sur les expériences qu'il a pratiquées depuis 1875, et publiées dans différentes notes ou mémoires, le fait énoncé comme acquis par M. Dastre dans la dernière séance : à savoir que *pendant la période anesthésique* de la chloroformisation l'arrêt du cœur se produit par voie réflexe et par excitation directe des nerfs modérateurs plus facilement que dans les conditions ordinaires.

Cette formule, en outre de ce qu'elle exprime un fait que ne confirme pas l'expérience, a le grand désavantage d'inspirer aux opérateurs une crainte mal fondée et de les engager à agir avant la véritable anesthésie, précisément dans la période où les arrêts réflexes du cœur sont surtout à redouter.

M. François-Franck rappelle, en les précisant, les faits expérimentaux qui montrent l'atténuation progressive jusqu'à disparition complète des réflexes d'arrêt sur le cœur pendant l'anesthésie graduelle, soit par le chloroforme, soit par l'éther, soit par le chloral, avec ou sans association de morphine.

Il ne croit donc pas nécessaire de compliquer l'administration des anesthésiques par l'addition d'atropine, surtout si on donne au préalable un peu de morphine, qui suffit déjà pour atténuer les dangers des arrêts du cœur au début de l'anesthésie.

Il rappelle en terminant qu'il a signalé en 1881 la facilité extrême avec laquelle se produisent les syncopes respiratoires mortelles dans la chloroformisation mixte, avec administration préalable de morphine. (Les détails de cette étude sont publiés dans les *Comptes rendus hebdomadaires de la Société*.)

— M. *Dubois* montre par des expériences faites au laboratoire maritime du Havre sur des actinies, qu'il existe une différence bien tranchée dans l'action sur ces animaux, du chloroforme et de l'alcool, d'une part, du curare et de la strychnine, d'autre part. Le chloroforme agit avec une violence extrême, tandis que la strychnine est à peu près inerte à des doses suffisantes pour tuer des vertébrés de forte taille. On peut en dire autant de l'alcool et du curare.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Association de l'atropine à la morphine dans l'anesthésie : M. Aubert. — Aiguilles à acupuncture : M. Rémy. — Cuivre comme antidote des maladies épidémiques : M. Burq. — Filaire chez un Lémurien : M. Fourment. — Tyrosine dans les muscles des insectes : M. J. Chatin. — Causes de la stérilité de la femme : M. de Sinéty.

M. *Aubert* (de Lyon), cherchant à éviter les causes multiples d'agitation au début de l'anesthésie, ainsi que les phénomènes plus tardifs de hoquet, vomissement, etc., trouve dans l'association de la morphine et de l'atropine, avant l'administration de l'éther, le remède à tous ces accidents. Il insiste également sur la tolérance plus marquée pour la morphine, dans les premiers temps de la digestion, quand l'injection hypodermique contient une petite dose d'atropine.

— M. *Rémy* a rapporté du Japon des aiguilles à acupuncture, qu'il montre à la Société en insistant sur les procédés employés pour pratiquer l'introduction des aiguilles, sur l'absence complète de douleur, sur les règles très précises que les Chinois et les Japonais ont formulées dans divers traités spéciaux.

— M. *Burq* cherche à établir l'immunité presque absolue des ouvriers qui travaillent le cuivre, dans les épidémies de choléra et de fièvre typhoïde. Les recherches statistiques qu'il a eu l'occasion de faire et les cas dont il a été témoin, lui ont laissé la conviction que l'emmagasinage du cuivre dans l'économie constitue un procédé de préservation à peu près infaillible.

— M. *Fourment* décrit une filaire recueillie dans la cavité abdominale d'un Lémurien de Madagascar. Les détails anatomiques qu'il a observés lui paraissent caractériser une espèce nouvelle, qu'il propose d'appeler *Filaria lepilemuris*, en raison de son habitat chez le Lémurien où il l'a rencontrée.

— M. *J. Chatin* a constaté la présence de la tyrosine dans les muscles des insectes. Jusqu'ici on n'avait trouvé cette substance que chez les vertébrés, dans les parenchymes glandulaires et rarement dans les muscles des mammifères.

— M. *de Sinéty*, en présentant l'article Stérilité qu'il vient de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, insiste de nouveau sur ce fait peu connu que, souvent, c'est à l'inactivité des spermatozoïdes et non à telle ou telle condition pathologique des appareils utéro-ovariens qu'il faut attribuer la stérilité de la femme. Il ne suffit pas de trouver dans le sperme des éléments vivants pour considérer la femme comme inféconde; il est nécessaire que les spermatozoïdes soient assez actifs pour parcourir tout le trajet du col à la trompe.

— M. *Perraud*, de Libourne, adresse une note sur quelques points spéciaux de l'action du chloroforme.

BIBLIOGRAPHIE

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

Des diverses espèces de purpura, par M. le docteur Du Castel, médecin des hôpitaux. Thèse pour le concours de l'agrégation (Pathologie interne et médecine légale).— Paris, 1883. O. Doin.

Laissant de côté les ecchymoses traumatiques, ainsi que celles de la piqûre de puce (*purpura pulicosa*), qui constituent pour les Allemands la classe des purpuras idiopathiques, l'auteur borne son travail à l'étude clinique et pathogénique des purpuras de cause interne, décrits en Allemagne sous le nom de purpuras symptomatiques.

Le purpura, que caractérise l'apparition des pétéchies ou des ecchymoses, survient dans deux conditions différentes : tantôt chez des sujets en bonne santé, dans le cours d'états pathologiques encore mal définis: tantôt, au contraire, dans le cours d'états morbides bien connus, auxquels il se rattache manifestement. De là, pour M. Du Castel, une division naturelle des purpuras en primitifs et secondaires.

Il décrit, parmi les premiers, le purpura simplex, le plus bénin de tous; les purpuras exanthématiques, dont une variété a reçu l'épithète de *urticans;* le purpura rhumatismal, dont M. E. Besnier a défini le caractère général en disant qu'il s'agit bien plutôt dans ce cas de purpura avec rhumatisme, que de rhumatisme avec purpura; les purpuras d'origine nerveuse décrits par Couty, ainsi que le purpura myélopathique étudié par Faisans, et les ecchymoses tabétiques signalées par Straus; enfin le *morbus maculosus* ou maladie de Werlof, et le purpura scorbutique. Les purpuras secondaires sont représentés par le purpura cachectique, apparaissant au cours du cancer, de la tuberculose, des maladies de la rate, du foie, des reins, des ganglions, de l'intestin, enfin dans les intoxications progressives; par le purpura sénile; par le purpura-infectieux, se montrant parmi les symptômes des grandes pyrexies ou des intoxications graves, comme dans le typhus, la peste, la fièvre jaune, l'empoisonnement par le phosphore, les fièvres éruptives à forme hémorrhagique, la méningite cérébro-spinale; et en dernier lieu, par le purpura mécanique qui s'observe comme conséquence d'une brusque augmentation de pression intra-musculaire, telle qu'en produisent les quintes de toux ou les convulsions.

Dans la plupart de ces variétés cliniques, se montrent un certain nombre d'hémorrhagies par diverses voies; aussi avait-on voulu diviser les purpuras, suivant qu'il existait ou non des hémorrhagies concomitantes, en *purpura simplex* et *purpura hæmorrhagica*, mais on voit, en lisant les descriptions publiées par divers auteurs du *purpura hæmorrhagica*, que sous ce nom se cachent une foule d'appellations différentes et non pas une unité pathologique; le *purpura hæmorrhagica* de Werloff présente au contraire des caractères nettement définis, parmi lesquels l'apyrexie, l'absence de prodromes et de toute maladie concomitante portant un nom, ont été mis en lumière par le professeur Lasègue.

Si l'on joint à ces notions, fournies par l'étude des formes cliniques, celles qui ressortent de la pathogénie même du purpura, on voit qu'il est tantôt le résultat d'une angiectasie, tantôt d'une hémorrhagie, peut-être même d'une simple extravasation sanguine de la matière colorante du sang, consécutives le plus souvent à un trouble de la circulation capillaire; l'origine de ce trouble paraît d'ailleurs pouvoir être rapportée, dans nombre de cas, à une influence nerveuse vaso-motrice. On a également incriminé la fluidité du sang, la fragilité des vaisseaux, mais les recherches sur ce point spécial sont encore trop incomplètes pour autoriser une conclusion de quelque valeur.

M. Du Castel, se basant sur les travaux récents qui sont venus jeter quelque lumière sur la question, encore obscure malgré tout, de la classification des divers purpuras, croit pouvoir établir cinq espèces distinctes : 1° purpuras rhumatismaux exanthématiques, qu'il qualifie du nom d'exanthèmes rhumatismaux hémorrhagiques; 2° purpuras cachectiques; 3° purpuras toxiques; 4° purpuras mécaniques; 5° purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux. Il pense que ces groupes correspondent à des modifications de l'économie variables pour chacun d'eux, et que le médecin pourra, dès lors, être conduit, par la connaissance de l'espèce de purpura soumise à son observation, à un pronostic plus sûr et à une thérapeutique plus rationnelle.

André Petit.

VARIÉTÉS

Les accoucheurs des hôpitaux.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est réuni le 19 avril pour discuter le rapport de M. Nicaise sur la prétention qu'ont manifestée les accoucheurs de faire partie du jury des concours du Bureau central. Cette séance a été inexactement racontée par quelques journaux; en voici les détails que nous croyons exacts.

M. Nicaise a conclu nettement à l'incompétence des accoucheurs pour des raisons que nous allons résumer :

Une connaissance superficielle de la pathologie externe, l'inexpérience en médecine opératoire rendent les accoucheurs peu aptes à juger sainement des hommes qui, comme chefs de clinique dans nos hôpitaux et comme prosecteurs à Clamart ou à l'Ecole pratique, ont fait de la médecine opératoire et de la pathologie externe une étude sérieuse et prolongée. Ne sait-on pas que les accoucheurs demandent, pendant quelques semaines avant d'affronter leur épreuve de médecine opératoire, des leçons pratiques à ces prosecteurs qu'ils auraient bientôt à juger? Or, tandis que les juges accoucheurs, à peine débarrassés de leur concours, oublient ce qu'ils ont appris, les candidats chirurgiens, eux, pendant de longues années encore perfectionnent leur habileté manuelle avant d'entendre prononcer le « *dignus est intrare* ». Les candidats seraient souvent supérieurs aux juges et les rôles seraient par trop renversés.

Si du moins, dans les concours où ils ont l'ambition d'être juges, les accoucheurs se réclamaient d'une épreuve, d'une seule où leur compétence fût égale sinon supérieure à celle des chirurgiens! Mais ils réclament au moment où, grâce à eux et par eux, l'obstétrique a été, dans nos hôpitaux, violemment séparée de la médecine et de la chirurgie. Les médecins et les chirurgiens ne doivent plus rencontrer de femmes en couches dans leur service, et c'est alors qu'on songe à introduire un accoucheur parmi les juges!

Ne pourrions-nous pas en dire autant pour l'anatomie et

la physiologie? Combien sont évidemment supérieurs aux accoucheurs les candidats chirurgiens qui ont vécu six ou sept ans à l'Ecole pratique, comme aides d'anatomie et comme prosecteurs! Ne serait-il pas injuste de leur donner pour juges leurs anciens élèves? A la Faculté de médecine, le jury d'agrégation a voulu, un moment, que la composition écrite d'anatomie et de physiologie fût commune aux deux ordres de candidats : accoucheurs et chirurgiens auraient désormais le même sujet à traiter. Tout se passa bien la première fois. Il est vrai qu'on avait eu soin de donner les *vaisseaux utéro-ovariens* et la *fécondation*, et nous nous sommes laissé dire que les copies des chirurgiens valaient celles des accoucheurs.

Au concours suivant, lorsqu'on a voulu rendre la pareille aux accoucheurs, et donner autre chose que le bassin et les organes qu'il renferme, on s'est heurté à de vives réclamations, à des objections fort pressantes. La scission a été faite de nouveau. Les chirurgiens ont été seuls traités comme ayant parcouru tout le champ de l'anatomie et de la physiologie. Quant aux accoucheurs, ils s'en sont tenus comme toujours à « l'utérus et à ses annexes ».

Il y a deux ans, c'était au nom de « l'intérêt des malades » que certains hommes réclamaient à cor et à cri la création « d'accoucheurs spéciaux ». Est-ce en vue du même intérêt des malades qu'ils demandent aujourd'hui d'ouvrir aux accoucheurs l'accès des jurys où leur incompétence est inévitable? Nous craignons que l'intérêt des malades ne cède maintenant le pas « à l'intérêt » tout court?

Après la lecture de ce rapport, M. Nicaise et M. Moutard-Martin ont donné connaissance au Conseil des ordres du jour votés par la Société des chirurgiens et par la Société des médecins des hôpitaux qui, l'une et l'autre, concluent au rejet de la demande des accoucheurs. C'est alors que le directeur de l'Assistance publique a demandé la parole. Il devait être mû par une bien ardente conviction — car d'habitude le directeur évite de se mêler à la lutte pour demeurer fidèle à son rôle serein de pacificateur et d'arbitre. Il n'a pas craint de rompre avec cet usage traditionnel et il a pris vivement parti contre les deux représentants du corps médical des hôpitaux. M. le docteur Dubrisay l'a suivi dans cette voie. M. Béclard, l'éminent doyen de la Faculté de médecine, a voulu prendre la parole pour unir sa voix à celles de M. Moutard-Martin et de M. Nicaise et dire qu'il trouvait inopportune et dangereuse l'innovation proposée par M. le directeur de l'Assistance publique. Mais il a dû y renoncer bientôt devant la demande réitérée de clôture faite par les opposants. Toute discussion sérieuse devenait impossible. On a passé au vote, et par 10 voix contre 8 les conclusions du rapport de M. Nicaise ont été repoussées. Cette importante séance avait duré moins d'une heure.

Blessés de l'attitude de M. le directeur général, MM. Moutard-Martin et Nicaise ont remis entre les mains du préfet leur démission de membres du conseil de surveillance et vont réunir leurs mandants, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, pour leur exposer la situation nouvelle. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des décisions qui seront prises, mais nous conseillerions à ces Sociétés de demander à M. le directeur de l'Assistance publique de compléter son œuvre et de faire entrer dans les jurys de concours, ne fût-ce que par amour de la symétrie, les aliénistes, qui, selon l'irréfutable démonstration du *Progrès médical*, sont aux médecins des hôpitaux ce que les accoucheurs sont aux chirurgiens.

P. S. La Société des chirurgiens s'est réunie mercredi dernier 25 avril ; M. Nicaise a lu le remarquable rapport dont nous n'avons donné plus haut qu'une très incomplète et très pâle analyse. Puis il a communiqué à ses collègues le texte de la lettre de démission qu'il a remise entre les mains du préfet de la Seine. Nous publierons la lettre de M. Nicaise dans le prochain numéro.

Sur la proposition de M. Lannelongue, l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité : « La Société des chirurgiens, remerciant son représentant au Conseil de surveillance pour son attitude à la fois digne et ferme, protestant avec lui contre le vote de la majorité du Conseil, approuve unanimement sa conduite et le félicite de sa retraite. » Nous ne donnons ici que le sens ; les termes mêmes de l'ordre du jour sont peut-être altérés.

Puis, sur la demande d'un très grand nombre de membres, une commission a été nommée pour suivre plus particulièrement cette affaire et en conférer avec qui de droit. MM. Trélat, Lannelongue et Nicaise ont été désignés par l'unanimité de leurs collègues.

Nécrologie : Byasson. — La science vient de faire une nouvelle et sensible perte dans la personne de M. le docteur Byasson, ex pharmacien en chef des hôpitaux de Paris. Il n'était âgé que de quarante-trois ans.

— Notre excellent confrère, le docteur Laborde, directeur de la *Tribune médicale*, vient d'avoir le regret de perdre sa mère : nous tenons à lui exprimer ici le témoignage de notre vive sympathie.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — Les noms tirés au sort pour constituer le jury sont ceux de MM. Ed. Labbé, Rigal, Ferrand, Landouzy, *Empis*, *Fauvet*, *Matice*, Damaschino, Landrieux, Monod, Léon Labbé. Les noms en italique sont ceux des médecins qui n'ont pas accepté de faire partie du jury.

Mortalité a Paris (16e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 avril 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1342, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 16. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 63.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 263. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 47. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 145. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47 ; au sein et mixte, 23 ; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 124 ; de l'appareil circulatoire, 83 ; de l'appareil respiratoire, 105 ; de l'appareil digestif, 51 ; de l'appareil génito-urinaire, 28 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2 ; infectieuse, 1 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 1. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 15e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 13 au 19 avril, 1312 naissances et 1342 décès. Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, laquelle est de 1300. La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir une aggravation pour toutes les maladies épidémiques (36 décès pour la fièvre typhoïde, au lieu de 25 ; 16 pour la variole, au lieu de 9 ; 31 pour la rougeole, au lieu de 24 ; 17 pour la coqueluche, au lieu de 9 ; 49 pour la diphthérie, au lieu de 35).

La situation hebdomadaire des hôpitaux accuse également une aggravation sensible pour la variole (55 admissions pendant la période du 9 au 15 avril, au lieu de 34 et de 26 pendant les périodes précédentes) et la diphthérie (31 au lieu de 25) ; seules les admissions pour fièvre typhoïde ont été un peu moins nombreuses (48 au lieu de 53).

La recrudescence inattendue de la mortalité (le chiffre de 1342 décès n'avait pas encore été relevé cette année) est le fait non seulement des maladies épidémiques, mais surtout de la phthisie pulmonaire et des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil cérébro-spinal.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Académie de médecine.

M. Pasteur a reparu mardi dernier à la tribune de l'Académie, non pour prolonger une polémique, mais pour relever, a-t-il dit, « quelques erreurs matérielles » de M. Peter. La note qu'il a lue et commentée en certains endroits se borne en effet à des rectifications de faits.

Une courte discussion engagée entre M. Panas et M. Maurice Perrin sur la *conjonctivite rhumatismale;* la fin de la très instructive communication de M. Cornil sur les bacilles de la tuberculose, et une lecture de M. Billod sur la responsabilité des médecins dans le cas de séquestration des aliénés criminels, ont achevé de remplir la séance.

ERRATUM.— Prière de rétablir comme suit la fin de la dernière phrase de la note relative à la communication de M. Cornil (n° 17, p. 277) : « La sagesse des conclusions qu'il a tirées *de la présence* de ce microbe *sur* la production et l'évolution de la maladie. »

La fièvre typhoïde devant l'Académie.

(Cinquième article) (1).

IV. — DU POULS; ACCIDENTS SPHYGMOGRAPHIQUES NORMAUX; DICROTISME; TENSION; RAPPORTS AVEC LA TEMPÉRATURE; MODIFICATIONS PRODUITES PAR LA QUININE (2).

§ 1. — *Pouls normal; ondes secondaires.*

Dans l'exposé fait par M. G. Sée des caractères du pouls normal étudié sur les courbes sphygmographiques, nous avons cru retrouver l'indication sommaire, très claire, des résultats récents formulés par les auteurs allemands, Landois et Riegel. Il y a toutefois quelques détails qui nous paraissent devoir être précisés, après la lecture de ce qu'en a dit M. G. Sée.

Il considère, non sans raison, la partie descendante de la courbe sphygmographique comme très importante à étudier; c'est elle, dit-il, qui forme la caractéristique du pouls (p. 144), et comme il va tout à l'heure insister sur la modification survenue dans le dicrotisme, sous l'influence de la

(1) Fin. — Voyez les numéros 14, 15, 16 et 17.

(2) Il ne peut s'agir dans une étude faite comme celle-ci à *l'occasion* des idées émises à l'Académie, que des points indiqués au cours de la discussion et non d'un examen détaillé du pouls et de ses modifications par la fièvre et la quinine.

FEUILLETON

Lettres médicales.

École de plein exercice de Nantes; École préparatoire d'Alger. — Les accoucheurs des hôpitaux. — Les syndicats médicaux.

Mon cher confrère,

Lecteur assidu de la *Gazette hebdomadaire* depuis sa création, — il y aura une trentaine d'années, viennent les vendanges — je me rappelle y avoir lu, dans un des premiers numéros de la première année, un article où l'on demandait l'augmentation du nombre des Facultés de médecine, mais en déclarant que cette augmentation serait incompatible et avec le maintien des Ecoles préparatoires et avec l'organisation présente de la Faculté de Paris. Vingt ans après, on instituait trois Facultés nouvelles, sans autre modification dans le régime de l'enseignement supérieur de la médecine qu'une extension des privilèges de la Faculté de Paris; et quelques années plus tard, l'air retentissait des doléances simultanées des Facultés de province et des Ecoles préparatoires.

Ce journal devrait bien reprendre la question dans son ensemble; il a été un peu prophète; il pourrait devenir précurseur. Quant à moi, je voudrais seulement toucher à deux exemples du malaise que je viens de signaler.

Voici d'abord l'Ecole de plein exercice de Nantes, qui, dans une *Lettre à M. le ministre de l'Instruction publique* (ce document ne m'est parvenu que depuis un mois, bien qu'il porte la date de 1882), dénonce comme un injuste oubli de tous les sacrifices par lesquels la ville a acheté les droits privilégiés de son École, comme une cause de ruine pour les progrès réalisés, comme un *arrêt de mort* enfin, l'obligation imposée aux élèves, par le nouveau règlement, d'aller passer tous leurs examens de doctorat à Paris, où bon nombre, dès

quinine, il insiste sur la nature de cet accident, sur ses conditions productrices, etc.

La ligne descendante est interrompue par plusieurs élevures qui portent le nom de saillies secondaires, parce qu'elles sont dues à des *ondées* (?) secondaires (p. 144). De ces saillies, la principale, celle qui correspond au dicrotisme normal, doit être attribuée (comme l'a démontré Marey) à une *onde* positive secondaire « qui nécessite une intervention active de l'artère pour faire *reculer*, puis pour faire *progresser le sang* » (p. 145); ce liquide, soumis à une contre-pression, est forcé de s'échapper. En s'écoulant vers la périphérie, il ne trouve nulle part un obstacle, « mais en *retournant* vers le centre, il est *repoussé* par les valvules semi-lunaires. »

Nous voudrions seulement prévenir une confusion qui pourrait résulter de la lecture du passage cité plus haut et emprunté à M. G. Sée, confusion qui n'est certainement pas dans son esprit : *la masse du sang ne recule pas, elle ne retourne pas vers le centre :* les expériences sur la vitesse du sang montrent ce liquide *toujours animé d'un mouvement de progression du cœur vers la périphérie, sans aucune rétrogradation*; sa vitesse subit des variations, mais jamais de renversement (1).

Ce qu'il faut dire, c'est qu'à l'intérieur des vaisseaux se produisent des phénomènes *ondulatoires*, complètement indépendants du sens dans lequel progresse la masse sanguine, pouvant être parallèles ou inverses, et en tout cas absolument distincts de ce qu'on est convenu d'appeler des *ondées*, c'est-à-dire des masses de liquide en mouvement.

Ce serait nous écarter du but que nous nous proposons que de discuter la valeur des distinctions établies par M. Landois et autres et acceptées par M. G. Sée entre les « ondes secondaires ou de *contraction* » et des ondes « *d'origine élastique* ». Nous pensons qu'il y a dans les travaux récents sur la question, beaucoup de subtilités sans valeur physiologique et, à coup sûr, sans intérêt clinique.

Contentons-nous de rappeler, au point de vue spécial où nous sommes placés ici, ce qu'a fort bien indiqué M. G. Sée, à savoir que « l'onde est d'autant plus grande que la tension artérielle est moindre ». Ceci nous suffit pour poursuivre avec l'auteur l'examen sommaire du pouls dans la fièvre typhoïde et surtout ses modifications sous l'influence de la quinine.

(1) D'anciennes expériences faites en 1867 par M. Lortet avec des appareils hémodromographiques à levier pesant et animé de vitesse, ont fourni des courbes capables, pensons-nous, d'induire en erreur, en faisant croire à une vitesse *rétrograde* normale : on y voit en effet des courbes de vitesse du sang *négatives*, comme s'il y avait un déplacement en masse avec retour vers le cœur.

Or ce reflux n'existe même pas dans l'insuffisance aortique, comme l'ont démontré MM. Toussaint et Colrat en 1874.

§ 2. — *Modifications du pouls dans la fièvre et par la quinine; leur signification.*

L'exagération d'amplitude de l'onde dicrote dans la fièvre typhoïde, exagération telle que le doigt éprouve souvent la sensation de deux battements successifs, d'intensité inégale pour une seule systole cardiaque (*pouls bisferiens*) se trouve subordonnée aux nouvelles conditions circulatoires créées par l'état typhoïde : la laxité excessive des vaisseaux dont le tonus normal a disparu entraîne la chute de la pression moyenne dans les artères. Il n'en faut pas davantage pour expliquer la facilité plus grande avec laquelle se produisent les ondulations sanguines et l'importance exagérée de leur manifestation extérieure. Si l'on ajoute que l'évacuation ventriculaire se fait avec une brièveté anormale, on comprendra mieux encore la raison de ces grandes ondulations qui caractérisent si bien tous les états circulatoires analogues à celui de la fièvre typhoïde. Il est facile dès lors de saisir toute l'importance des études comparatives du pouls chez un même sujet soumis à une médication active, comme celle sur laquelle a surtout insisté M. G. Sée, la médication par d'assez hautes doses de sulfate de quinine.

Si la faible tension artérielle favorise et exagère le dicrotisme, ainsi que cela est bien établi (Marey), on doit être autorisé à considérer la disparition de ce dicrotisme excessif comme un signe d'élévation de la pression du sang dans les artères. Or M. G. Sée, ayant remarqué qu'à la suite de l'administration de la quinine chez les typhoïdes le dicrotisme disparaît, il en conclut que la cause essentielle du phénomène, le relâchement des vaisseaux, a été supprimée. Sans discuter le fait lui-même, la disparition du dicrotisme, nous rappellerons cependant qu'il a été mis en question à l'Académie par M. Vulpian :

« Je possède, dit ce physiologiste, plusieurs tracés sphygmographiques pris sur des typhiques soumis à l'action de doses quotidiennes de 2 grammes de sulfate de quinine, tracés qui offrent de beaux spécimens de dicrotisme. D'ailleurs j'en appellerais, s'il le fallait, du tracé sphygmographique à la palpation du pouls. Tous mes collègues sont à même, puisque aucun d'eux ne néglige de tâter le pouls de ses malades, de dire avec moi que le dicrotisme persiste dans l'immense majorité des cas, chez les typhiques que l'on traite

---

la première ou la seconde année, trouvent plus commode et plus agréable de s'installer définitivement. Le meilleur remède que l'Ecole de Nantes trouve à ce regrettable état de choses est d'être érigée en Faculté. A la bonne heure : ce serait un remède radical à un mal déterminé; mais, avec une Faculté de plus, l'ensemble des maux serait le même qu'avec une Faculté de moins, et il y aurait lieu d'instituer une thérapeutique plus générale.

Vient ensuite l'Ecole d'Alger. Ici la question se présente sous un jour tout particulier. Supprimât-on toutes les Ecoles préparatoires métropolitaines, dès qu'on juge à propos de faire fleurir la médecine dans une colonie, il faut bien y établir un centre particulier d'enseignement; et, quand cette organisation est fondée, il est obligatoire de lui donner les moyens, fussent-ils absolument spéciaux, de fonctionner avec avantage. Eh bien, l'Ecole d'Alger déclare n'être pas en possession de ces moyens, et elle les réclame à cor et à cri. Vu l'importance, je le répète, exceptionnelle de cette question, permettez-moi de vous l'exposer un peu en détail.

En créant les Ecoles d'enseignement supérieur d'Alger, la loi du 20 décembre 1879 attribuait à l'Ecole de médecine douze professeurs titulaires et six suppléants. Comme conséquence de cette augmentation de son personnel enseignant, qui lui assigne déjà un rang à part dans des écoles préparatoires, et pour assurer son avenir, l'Ecole a, depuis lors, demandé à diverses reprises l'autorisation de délivrer les seize inscriptions de doctorat et de faire subir les deux premiers examens probatoires, si le décret du 20 juin 1878 est maintenu, ou simplement de conférer les seize inscriptions de doctorat, si les examens de fin d'année sont rétablis. Malgré l'appui du conseil académique, du conseil général et du conseil supérieur du gouvernement, cette demande n'a pas abouti, une loi pouvant seule modifier ce qu'a fait une autre loi. Cependant à la fin de la dernière session parlementaire, M. Thomson, député de Constantine, ancien élève de l'Ecole de médecine d'Alger, qui s'est toujours vivement intéressé à

par le sulfate de quinine. » (Vulpian, *Bull. de l'Acad. de médecine*, p. 304, 1883.)

Nous ne voulons pas non plus insister sur le fond même de la question, à savoir s'il suffit de constater la suppression du dicrotisme pour affirmer la réparation de la tension artérielle; disons cependant que c'est surtout par un changement de forme et de position des ondes secondaires, par une chute moins brusque de la courbe du pouls, par une amplitude moindre et une inclinaison plus marquée de la partie ascendante de la courbe, que se traduit l'élévation de la tension artérielle. Avec tous ces éléments réunis on peut être beaucoup plus certain que la pression a subi la réparation indiquée à la suite de l'administration d'un médicament. Nous ajouterons qu'il y aurait lieu, pour plus de certitude, d'appliquer à cette recherche les méthodes si étudiées, depuis quelques années, à la suite des premières recherches de Marey (1875) et qui ont pour but de déterminer, par une contre-pression sur l'artère (Basch, Waldenburg, etc.) ou à la surface d'une région vasculaire de la peau (Kries), la valeur moyenne de la pression sanguine.

Mais toutes ces questions ne peuvent être qu'effleurées ici; nous voulons surtout rechercher, avec M. G. Sée, par quel mécanisme la quinine pourrait produire l'effet sur lequel a insisté l'auteur, l'élévation de la pression artérielle chez l'homme.

Les expériences que M. Sée a faites sur les animaux, avec M. Bochefontaine, et dont il a résumé les résultats (p. 142-143 du *Bulletin*), mettent surtout en relief ces deux faits que, sous l'influence de la quinine, *la pression artérielle s'abaisse dans les vaisseaux et que le cœur se ralentit*. Ce n'est point, par conséquent, sur ces résultats que peut s'appuyer l'explication du fait observé sur l'homme, la disparition du dicrotisme subordonné à la restitution de la tension normale; si l'on voulait transposer directement au malade fébricitant les données fournies par l'expérience, on arriverait à l'impossibilité complète d'interpréter des résultats aussi absolument différents.

Nous tombons, en effet, dans cette difficulté que le même médicament qui fait *baisser la pression* sanguine chez le chien et chez l'homme sains et ne produit chez eux qu'un *abaissement de température insignifiant*, fait *remonter, à sa valeur normale, la pression* chez le typhoïde et détermine chez lui *un abaissement notable et persistant de la température* (G. Sée, *Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 15 janvier 1883).

M. G. Sée a évidemment senti la difficulté, bien qu'il ne l'ait pas formulée; aussi, dans l'exposé des effets thérapeutiques de la quinine, invoque-t-il l'intervention *de l'abaissement primitif de la température* comme facteur essentiel des modifications du pouls.

Voici comment M. Sée s'exprime à ce sujet :

« On voit la diminution de tension s'effacer, et cette importante transformation est due à ce que nous agissons maintenant dans un milieu moins chaud; la quinine a réfrigéré l'individu; il n'y a plus d'hyperthermie capable d'abaisser la tension; la quinine a produit l'effacement du dicrotisme en supprimant sa cause, la chaleur. » (*Bulletin*, p. 148.)

Voilà qui est précis : c'est par une action indirecte sur l'appareil vasculaire et primitive sur les conditions thermogéniques, que la quinine produit la transformation du pouls, caractérisée surtout par la disparition du dicrotisme exagéré.

Mais, trouvant sans doute l'explication insuffisante, l'auteur y revient plus loin et cela incidemment, à propos du parallèle qu'il établit entre l'action antithermique du sulfate de quinine et celle des bains froids.

Cette fois, c'est *l'action de la quinine sur le cœur* qui est invoquée pour rendre compte de cette « disparition du dicrotisme », sur laquelle repose toute la théorie du retour de la pression sanguine à sa valeur normale : « La quinine, dit M. Sée, est un tonique du cœur; *la contraction du cœur est assez énergique pour faire disparaître le dicrotisme*, signe manifeste du relâchement des vaisseaux et de la diminution de la pression sanguine. » (*Loc. cit.*, p. 149.)

De telle sorte que nous avons maintenant deux conditions favorables à la restitution de la pression : la diminution de la température et l'augmentation d'action du cœur. Si nous comprenons bien la pensée de M. Sée, la première amènerait le retour du tonus vasculaire; la seconde permettrait l'entretien par les ondées cardiaques de la pression à son chiffre normal. Ainsi formulée, la notion serait plus acceptable que dans les termes où elle a été indiquée : « *la contraction du cœur est assez énergique pour faire disparaître le dicrotisme* »; mais il reste toujours cette apparition, gênante pour la théorie, de la chute de pression observée dans les expériences (p. 142-143) et qui est en désaccord complet avec les déductions qu'a inspirées à M. Sée l'étude à laquelle il s'est tant attaché : la modification du pouls par la quinine chez le typhoïde.

Avouons qu'il y a là au moins d'importantes lacunes à combler et espérons que des recherches comparatives nou-

---

l'avenir de sa nourrice, a présenté à la Chambre un projet tendant à permettre au gouvernement de modifier par décret les attributions des Ecoles d'Algérie, ainsi que cela a lieu pour la France. Si, comme on l'espère *ultra mare*, ce projet est accepté, il deviendra possible d'atteindre le but visé. Aujourd'hui, d'ailleurs, la demande de l'Ecole est d'autant plus opportune, que la récente loi de finances, réglant le budget de 1878, attribue à l'Ecole de médecine deux nouveaux cours complémentaires de clinique, deux chefs de clinique et quatre nouveaux préparateurs. De sorte que, par ce fait, le personnel enseignant se compose de quatorze professeurs titulaires ou chargés de cours, six suppléants, deux chefs de travaux, deux chefs de clinique, un directeur d'anatomie et cinq préparateurs de cours. N'est-ce pas, à peu de chose près, le personnel des Ecoles de plein exercice? Hâtons-nous d'ajouter, pour justifier cette faveur, que cette année les cours de l'Ecole sont suivis par quatre-vingts étudiants environ.

C'est sur ces motifs que s'appuie l'Ecole pour réclamer le droit de faire passer les deux premiers examens de doctorat. Autrement elle serait exposée à perdre la plupart de ses élèves, par des raisons économiques évidentes. Un jeune homme des environs de Constantine est obligé de faire, pour venir à Alger, un voyage aussi long et aussi dispendieux que celui qui, en France, consisterait à aller de Lille à Marseille; si à cela on ajoute la nécessité de franchir la mer après la quatrième, puis après la douzième inscription, une fois dans l'année et même deux en cas d'insuccès, on arrivera à des dépenses exorbitantes. Les jeunes Algériens renonceront à étudier la médecine ou se borneront à l'officiat.

En second lieu, dans l'intérêt même de l'Algérie, l'Ecole a besoin de s'agrandir au point de vue scientifique. Il importe que ses élèves, destinés à exercer, soit comme docteurs, soit comme officiers de santé, soient plus rompus aux difficultés de la pratique, à celles de l'art des accouchements et de la

velles, poursuivies simultanément dans le laboratoire et dans la salle d'hôpital, apporteront quelque clarté dans cette question, dont nous avons montré seulement certains côtés obscurs et incertains.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie et anatomie pathologique.

NOTE SUR LES FORMES ANATOMIQUES DE LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE ET L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES FONGOSITÉS, par M. Maurice POLLOSSON, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

(Fin. — Voyez les numéros 14 et 15.)

II.—DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES FONGOSITÉS ARTICULAIRES.

Il y a quelque chose d'artificiel à étudier isolément les fongosités articulaires, à les séparer des autres lésions auxquelles elles sont ordinairement combinées. Cependant elles ont par elles-mêmes un rôle pathologique, et fournissent une série d'indications thérapeutiques spéciales. Nous essayerons de démontrer que, s'il est parfois nécessaire de les supprimer, dans d'autres cas il est bon de les conserver, même si elles renferment les productions dites tuberculeuses.

Les formations tuberculeuses n'existent pas dans tous les foyers de fongosités osseuses ou articulaires. Elles font défaut dans les fongosités qui entourent les séquestres consécutifs aux ostéo-périostites phlegmoneuses. J'ai constaté leur absence dans les fongosités recueillies à la suite de résections pratiquées pour des arthrites d'origine traumatique ou rhumatismale évidente.

Il n'en est pas de même pour ces ostéo-arthrites fongueuses si fréquentes dans nos hôpitaux, qu'on qualifie du nom de caries articulaires, de tumeurs blanches, qu'on rapporte soit à la scrofule, soit à la tuberculose. Les cliniciens savent qu'on peut diviser ces ostéo-arthrites en deux séries de cas. Les unes guérissent par l'immobilisation, la compression, les cautérisations; quand, arrivées à un certain degré de développement, elles nécessitent une intervention chirurgicale, telle qu'une résection, on a de bons résultats opératoires; on n'observe pas, au moins à longue échéance, de généralisation tuberculeuse dans le poumon ou d'autres organes. Les autres, au contraire, résistent aux divers moyens thérapeutiques; après une intervention opératoire, la guérison ne se fait pas ou traîne en longueur; les récidives locales sont fréquentes, et l'infection tuberculeuse de l'organisme est la règle.

M. Ollier, frappé de cette double tendance dans l'évolution des ostéo-arthrites carieuses, s'est toujours préoccupé de chercher dans l'état local et général du malade les signes permettant de porter, dans un cas donné, tel ou tel pronostic, afin d'y conformer l'intervention opératoire. Il a toujours été porté à considérer la deuxième série de cas comme étant sous l'influence directe de la diathèse tuberculeuse, alors même que l'examen des lésions locales ne révélait pas d'altération tuberculeuse, suivant les idées régnantes de l'époque. Aussi, au moment où, sous l'influence des idées de Virchow, on exigeait dans les articulations comme ailleurs l'existence de la granulation grise pour affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion, M. Ollier, persuadé que l'anatomie pathologique était impuissante à délimiter le champ de la tuberculose articulaire, songea à recourir à la médecine expérimentale et à l'inoculation des produits tuberculeux. On fit alors à l'Ecole vétérinaire de Lyon des inoculations de fongosités articulaires dont on se proposait de démontrer la nature infectieuse, et l'on obtint un résultat positif consigné dans la thèse de J. Roux (1875). Ces expériences ne furent malheureusement pas poursuivies.

Quand récemment M. Ollier m'a conseillé d'entreprendre ces recherches, à la suite des travaux récents sur la signification du follicule tuberculeux, il m'a engagé surtout à rechercher si cette nouvelle notion anatomo-pathologique pourrait permettre d'établir une différenciation anatomique de quelque utilité pratique entre les cas qui guérissent et ceux qui ne guérissent pas. J'ai exploré alors avec soin cinquante foyers d'ostéo-arthrites fongueuses qui ont fait l'objet d'opérations dans le service de la clinique chirurgicale, et dont les résultats définitifs sont connus pour un certain nombre, heureux ou malheureux. Je puis dire que, dans tous ces cas, j'ai trouvé avec plus ou moins de difficulté une lésion tuberculeuse. Dans cinq ou six examens, je n'en ai pas rencontré; mais je n'avais à ma disposition que quelques parcelles de tissu morbide.

Il ressort de ces observations que, si la clinique nous montre des caries articulaires bénignes et malignes, l'anatomie pathologique nous indique dans les unes et les autres l'existence de follicules tuberculeux. Devons-nous, en l'absence d'inoculations expérimentales que nous regrettons de n'avoir pas pratiquées, ne rattacher à la diathèse tuberculeuse que les observations où nous avons trouvé le tubercule miliaire? Nous ne le croyons pas. Certes, la tuberculose miliaire doit compter parmi les formes les plus graves : M. Ollier la considère comme d'un pronostic fâcheux et comme indiquant, dans nombre de cas, une intervention opératoire plus radicale. Cependant si, sur les sept cas rapportés, trois fois l'amputation de la cuisse a été nécessaire, trois fois la résection a donné la guérison.

D'autre part, le follicule tuberculeux peut se rencontrer isolé

---

médecine opératoire surtout, que les élèves des Ecoles de France.

Les jeunes gens sont appelés à exercer comme médecins de colonisation dans des étendues immenses de terrains, où ils ne pourront pas compter sur le concours d'un médecin plus expérimenté. De plus, il y a en Algérie un vaste champ d'investigations pour des maladies n'existant pas en Europe, ou qui, si elles y existent, se montrent ici avec des caractères spéciaux. Or ces études sur lesquelles M. le ministre a appelé naguère notre attention, ne peuvent se faire sans le concours de l'histologie, branche de l'enseignement non représentée dans l'Ecole.

On peut objecter que la loi n'a jusqu'ici autorisé que les Facultés et les Ecoles de plein exercice, sous certaines conditions, à faire passer des examens de doctorat. Mais l'Ecole d'Alger ne peut pas être comparée d'une façon absolue à une Ecole préparatoire, non seulement par le motif que j'indiquais tout à l'heure, mais encore et surtout parce qu'elle exerce son action sur une étendue de pays dont la superficie en hectares est presque aussi grande que celle de la France; de là les difficultés pécuniaires, que l'Ecole a déjà signalées au gouvernement. D'ailleurs, dans l'esprit même de son institution, l'Ecole d'Alger n'est pas sur le même rang que les autres Ecoles préparatoires; elle jouit de privilèges spéciaux; elle compte un nombre de chaires plus considérable; elle est Ecole de l'Etat et non Ecole municipale; ses professeurs ont des appointements spéciaux réglés par un décret spécial; bien plus, ses professeurs titulaires peuvent, en vertu du décret du 24 décembre 1881, prendre part au classement adopté pour les professeurs de Faculté quand ils réunissent certaines conditions énumérées dans ce décret. Ces privilèges, l'Ecole les a parce qu'elle fait partie de l'Institut algérien. Dès lors il ne semble pas plus exorbitant de lui voir conférer les deux premiers examens de doctorat, qu'il ne l'est pour les Ecoles de droit, des sciences et des lettres d'Alger, de conférer le baccalauréat en vertu de décisions

dans les formes cliniques les plus sérieuses; il coexiste souvent avec la tuberculose pulmonaire. Rapporter ces faits à la scrofule serait impossible chez plusieurs de ces malades qui ne présentaient aucun des attributs de la constitution dite scrofuleuse.

La coexistence dans un même foyer du tubercule miliaire et du follicule simple, l'analogie évidente entre les faits où on trouve le nodule miliaire et certains faits où on ne trouve que le follicule, la série de cas de transition entre les cas bénins et malins avec présence du seul follicule, l'absence de cette lésion avec ses caractères typiques dans les foyers de fongosités dépendant d'une façon évidente du traumatisme, de l'inflammation simple ou de la diathèse rhumatismale, toutes ces raisons nous autorisent à penser que les caries articulaires, même relativement bénignes, se développent sous l'influence de la tuberculose, et qu'à ce point de vue il est permis de comparer la tuberculose articulaire à la tuberculose génito-urinaire.

Maintenant, laissant de côté toute question théorique, acceptant même que cette expression de lésion tuberculeuse n'ait qu'un sens purement anatomique, voyons comment se présentent, se comportent ces fongosités des caries articulaires, et comment le chirurgien doit se conduire à leur égard.

M. Lannelongue a bien indiqué que, dans un même foyer, il y avait des fongosités tuberculeuses et d'autres non tuberculeuses. On sait depuis longtemps que le tissu fongueux a, dans certaines conditions, une tendance à se transformer en tissu fibreux; cette propriété n'appartient-elle qu'au tissu fongueux privé de follicules tuberculeux? Il faut, à ce point de vue, diviser les fongosités tuberculeuses en deux catégories : elles sont riches ou pauvres en follicules : l'évolution des follicules y est plus ou moins avancée. Dans les unes, l'élément purement embryonnaire est abondant; dans les autres, ce sont les productions nodulaires caractéristiques qui prédominent. Disons immédiatement que, d'après nos observations, les fongosités où les formations tuberculeuses sont peu abondantes ou peu avancées présentent le même aspect macroscopique que les fongosités non tuberculeuses, et cliniquement se comportent comme elles.

On peut donc diviser les fongosités d'un même foyer de carie articulaire en trois catégories.

La première comprend les fongosités pâles, peu ou pas vasculaires, grisâtres, avec pointillé blanchâtre, avec amas caséeux ou petits foyers purulents interstitiels. Cet aspect indique une poussée tuberculeuse confluente ou des dégénérescences avancées, ou les deux choses à la fois. D'autre part, une longue pratique du traitement des fongosités et des résections articulaires, avec conservation de ces productions morbides, a montré à M. le professeur Ollier que le tissu fongueux présentant de tels caractères à l'œil nu était voué à la mort, devait être éliminé et n'était pas susceptible de subir une évolution favorable. Le conserver dans ces conditions, c'est s'exposer à prolonger inutilement le traitement et à compromettre la guérison.

La deuxième catégorie comprend les fongosités simples, purement embryonnaires, susceptibles de se transformer par transitions successives en tissu fibreux. Celles-là, il n'y a ni raison pratique ni raison théorique de les supprimer.

Dans la troisième catégorie se rangent des fongosités qui, à l'œil nu, présentent exactement le même aspect que les précédentes; mais le microscope y révèle l'existence d'éléments tuberculeux ou peu nombreux ou à une période peu avancée de leur évolution. Leur teinte rosée montre qu'elles sont vasculaires, et on y trouve au microscope des vaisseaux perméables au sang. On peut se demander s'il ne serait pas bon de les extirper, soit parce qu'elles peuvent être une cause d'infection locale ou générale, soit parce qu'elles seraient incapables de subir une évolution favorable.

Le fait que des arthrites fongueuses, renfermant, suivant toute probabilité, des follicules, guérissent avec ankylose sous l'influence du repos ou des cautérisations, indiquait déjà que les éléments tuberculeux peuvent disparaître, et les fongosités qui les renferment se transformer en tissu fibreux. Nous avons suivi directement le processus dans une série de cas du service de la clinique, en pratiquant l'examen successif de fongosités prises dans un même foyer à diverses périodes de leur évolution. Au moment de l'opération, M. Ollier nous donnait quelques parcelles de fongosités du même aspect que celles qu'il laissait dans le champ opératoire; nous constations qu'elles renfermaient des follicules. Puis, à intervalles plus ou moins espacés, nous prenions des fongosités dans les trajets ou le foyer même de la résection, et nous en faisions de nouveau l'examen.

Obs. XXVIII. — Louis Defait, quinze ans; sans profession. Entré en mars 1882. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Ostéo-arthrite fongueuse, ayant débuté en décembre 1881. Masse considérable de fongosités; nombreuses fistules. Facies pâle, amaigri. Aspect extérieur tuberculeux plutôt que scrofuleux.

Le 4 avril 1882, résection du poignet. Ablation des deux rangées; abrasion de l'extrémité postérieure du troisième métacarpien. Excision des fongosités exubérantes; cautérisation au Paquelin.

Examen successif des fongosités. — Après l'opération, les fongosités pâles, mollasses, anémiées, sont riches en follicules tuberculeux.

30 avril. — Les fongosités de la plaie opératoire sont exubérantes, mais rosées. On en excise une portion qui, examinée au microscope, ne présente plus de follicules tuberculeux; structure embryonnaire avec nombreux vaisseaux. On cautérise les trajets avec le nitrate d'argent.

Juin. — Malgré les modifications fréquentes au moyen du nitrate d'argent, ces fongosités reviennent abondantes, pâles. On en

---

spéciales, bien qu'en principe les Facultés seules doivent délivrer ce grade. Le professeur de Faculté délégué pour les examens d'officier de santé, pourrait toujours présider les examens de doctorat.

On peut objecter encore que le droit de conférer les deux premiers examens entraînera une création de chaires et des dépenses considérables. Cette augmentation pourrait être très peu importante, peut-être même nulle dans le début. En tout cas, il est à penser que l'augmentation du nombre des élèves, augmentation déjà en voie de progrès aujourd'hui, et les services rendus par une Ecole désormais sûre de son avenir, récompenseraient largement l'Etat de ses sacrifices.

— Je suis dans la *Gazette* les péripéties de plus en plus animées de la guerre survenue entre les *médecins* ou *chirurgiens* des hôpitaux et les *accoucheurs* desdits établissements. On en parlera dans les futures histoires de la médecine, comme on parle aujourd'hui de l'ancienne zizanie des médecins et des chirurgiens ou des luttes de la vénérable Faculté parisienne contre les Ecoles provinciales. Le temps qu'il a fait tout l'hiver pourrait induire à penser que le soleil, toujours aussi véridique qu'au siècle de Virgile, avait annoncé l'événement :

. . . . . Ille etiam cæcos instare tumultus
Sæpe monet, fraudemque et operta tumescere bella.

Mais je crois que la nature humaine pourrait parler là-dessus plus clairement que les astres. La participation officielle à la pratique hospitalière conduit par un chemin séduisant à la revendication du titre de membre du Corps médical des hôpitaux et à celle des droits que ce titre confère. Quant à moi, qui ne suis ni médecin, ni chirurgien, ni accoucheur dans aucun de ces établissements, qui n'y ai jamais pratiqué ni une piqûre à la morphine, ni une ouverture de panaris, ni une version, et qui, entre deux camps où je

excise sur le trajet d'une fistule. Pas de follicules tuberculeux; cellules embryonnaires se colorant mal par le carmin.

Octobre. — Le foyer de la résection est toujours fongueux sur certains points; dans d'autres les fongosités se sont affaissées, sont petites, rosées. Nous excisons, aussi profondément que possible, avec des ciseaux courbes, des fongosités de l'un et l'autre aspect. Les fongosités qui formaient de petits bourgeons indurés sont formées de cellules petites, se colorant par le carmin et renfermant de nombreux vaisseaux. Les fongosités, pâles, molles, renferment des follicules tuberculeux.

Obs. XXIX.— Xavier Marmet; trente ans. Entré le 10 mars 1882. Pas d'antécédents scrofuleux. A quinze ans, fracture du radius gauche suivie d'une suppuration. Plus tard, ostéite de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. A l'entrée, ostéo-arthrite du poignet droit avec fongosités et fistules.

Le 15 mars 1882, résection du carpe et de l'extrémité inférieure du cubitus. Ablation de fongosités; cautérisation au Paquelin.

Examen successif des fongosités. — Après l'opération, follicules tuberculeux dans quelques-unes des fongosités enlevées.

Juin. — Les fongosités ayant récidivé, on les cautérise énergiquement au nitrate d'argent. A la suite, hémorrhagies répétées, qui nécessitent la ligature de la radiale. A ce moment, examen des fongosités. Elles renferment encore des follicules tuberculeux.

Septembre. — Amélioration notable. Foyer de la résection en voie de cicatrisation. Examen de fongosités petites, rosées, prises sur le trajet des drains. Absence de follicules tuberculeux.

Obs. XXX. — Jean Ologne, cultivateur, trente et un ans. Entré le 22 mars 1882. Ostéo-arthrite du carpe. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Début de l'affection, en 1878. Fongosités et fistules.

Le 4 avril, résection du poignet.

Examen successif des fongosités. — Après l'opération, les fongosités sont peu abondantes. Elles renferment de rares follicules tuberculeux.

Mai. — Les plaies et trajets des drains sont en bonne voie. Les fongosités sont rosées, peu exubérantes. Elles ne présentent aucune trace de follicules.

Août. — Plaie opératoire guérie. Il reste une fistule, sur le trajet de laquelle on excise un petit bourgeon. Le malade porte 3 kilogrammes au bout des doigts. Pas de follicules tuberculeux.

Obs. XXXI. — Léon Seire, cultivateur, dix-huit ans. Entre le 14 juin 1882. Un frère mort tuberculeux. Facies pâle, amaigri; aspect tuberculeux. Le malade tousse un peu. Au sommet droit, expiration prolongée; pas de râles. Ostéo-arthrite du tarse. Ablation simultanée du calcanéum et de l'astragale; tels sont le degré des lésions osseuses et l'abondance des fongosités ayant envahi les parties molles, que M. Ollier se demande s'il ne pratiquera pas l'amputation du membre. Il tente cependant la conservation. On ne peut songer à enlever toutes les fongosités; on excise seulement les plus superficielles et les plus fâcheuses d'aspect : les autres sont cautérisées au Paquelin. On met dans la plaie de petits sachets d'iodoforme.

Examen successif des fongosités. — Après l'opération; juin. Fongosités renfermant des follicules tuberculeux au sein d'un tissu embryonnaire abondant.

Juillet. — La cavité opératoire est comblée. Les fongosités ont bon aspect; elles ne présentent plus de follicules tuberculeux.

Octobre. — Le talus a repris à peu près sa forme. La cavité opératoire est remplie d'un tissu présentant une certaine fermeté. Les trajets correspondant aux drains, présentent des fistules par lesquelles on introduit à chaque pansement, soit le nitrate d'argent, soit des crayons d'iodoforme. Les fongosités prises sur ces trajets sont vasculaires, sans follicules tuberculeux. L'état général est bon; le jeune homme a engraissé et pris des couleurs.

Obs. XXXII. — Jean-Baptiste Boiron, maréchal-ferrant. Entré le 27 mai 1882. Carie du calcanéum et de l'astragale avec fistules.

Le 6 juin, ablation simultanée des deux os.

Examen successif des fongosités. — Après l'opération, nombreux follicules tuberculeux.

Juin. — La plaie est largement ouverte; on excise quelques fongosités à la surface. Elles ne présentent pas de follicules.

Juillet. — Les fongosités sont plus abondantes. Nouvel examen; pas de follicules, mais cellules embryonnaires mal colorées par le carmin.

Octobre. — La cavité opératoire est comblée, il reste des fistules. Les fongosités prises aussi profondément que possible dans ces fistules, ne présentent pas de follicules tuberculeux.

D'après ces cinq observations et d'autres, où nous avons moins spécialement suivi le processus pathologique, nous décrirons ce qui se passe dans les fongosités laissées dans les foyers de résection et soumises ou non à des modificateurs locaux.

Voici ce qu'on observe à l'œil nu.

Les choses se passent différemment suivant qu'il y a tendance immédiate à la guérison, ou qu'il se fait des récidives locales. Dans le premier cas, après l'écoulement plus ou moins louche ou purulent des premiers jours, on voit quelquefois dès le troisième jour de l'opération le tissu fongueux du champ de la résection bourgeonner et tendre à remplir la cavité opératoire. Les bourgeons partis des divers points de la surface se réunissent et se soudent en une même masse embryonnaire qui tend à comprimer les drains et à les expulser. Ce bourgeonnement est quelquefois tellement rapide qu'au sixième ou septième jour, les deux extrémités osseuses sont comme réunies par ce tissu embryonnaire, et à une période aussi peu avancée les mouvements sont déjà extrêmement limités. Aussi, dans les résections où comme dans celles du coude on a surtout en vue la mobilité, il faut de très bonne heure imprimer des mouvements sous peine de voir se produire l'ankylose dans les premiers jours qui suivent l'opération. Bientôt ces bourgeons s'affaissent en même temps qu'ils subissent un mouvement de rétraction : peu à peu ils perdent leur consistance molle et leur aspect

---

ne vois que confrères aimables et distingués, suis aussi libre d'esprit que s'il s'agissait de me prononcer entre Corneille et Racine, que je n'ai jamais vus, je ne puis me défendre d'une réflexion bénigne. La *Gazette*, autant que ma position me permet d'en juger, est dans la logique de son rôle. Se permettant de parler au nom des chirurgiens des hôpitaux, elle a dit autrefois aux princes de l'obstétrique : « *Ave*, chers confrères; venez avec nous, et soyez comme nous. Vous voulez entrer dans le service médical des hôpitaux, passez par la porte commune; ayant subi les mêmes épreuves que nous, vous aurez les mêmes droits; il n'y aura que des collègues de plus, qui se détacheront volontairement du groupe pour se vouer à la pratique obstétricale. » A quoi les futurs candidats, implicitement ou explicitement, ont répondu : « Non, nous sommes des praticiens spéciaux; nous n'avons rien à faire avec la chirurgie en général, non plus qu'avec la médecine opératoire générale. L'obstétrique dans laquelle nous sommes confinés nous en tient éloignés autant que le peut faire la médecine interne elle-même. Nous habitons l'utérus et ses annexes. C'est sur ce terrain que le concours doit être établi; sauf à montrer, par quelque épreuve supplémentaire, que votre chirurgie, à vous, n'est pas pour nous du sanscrit ou de l'hébreu. Et, de fait, tandis que les candidats au titre de chirurgien du Bureau Central subissent six épreuves, toutes d'anatomie et de chirurgie générale, les six épreuves auxquelles sont astreints également les accoucheurs n'en contiennent que deux de cette sorte (une d'anatomie et de physiologie, et une de médecine opératoire); encore ces deux épreuves, plus ou moins semblables à celles des chirurgiens, sont-elles rangées parmi les quatre *éliminatoires*, les deux autres éliminatoires étant relatives à l'obstétrique seule. Des deux épreuves *définitives*, l'une concerne encore l'obstétrique et l'autre la gynécologie. Si bien que les vainqueurs n'entrent vraiment dans les hôpitaux qu'en qualité d'accoucheurs et de gynécologues. Quelque respect que doive inspirer leur valeur scientifique, il est impos-

sarcomateux; ils deviennent petits et durs et comme cicatriciels. Enfin l'examen ultérieur des articulations qu'il nous a été donné de faire sur des pièces remarquables d'anciennes résections articulaires, montre qu'ils se transforment en un tissu fibreux qui rappelle celui des capsules articulaires. Leur surface devient lisse et limite une cavité articulaire, contenant un liquide quasi synovial. Dans un cas de résection du coude, où M. Ollier dut au bout de quelques mois réouvrir la cavité articulaire pour une lésion osseuse limitée, on trouva des grains riziformes présentant exactement la conformation extérieure des grains des synovites tendineuses. Ils étaient composés de fibrine, comme le sont, au moins dans quelques cas, les grains riziformes du poignet.

Malheureusement cette marche tout d'une traite vers la guérison n'est que l'exception dans les arthrites tuberculeuses. Le plus souvent une partie des bourgeons n'ont aucune tendance à s'affaisser et à se rétracter : au contraire, ils deviennent pâles, blafards et restent stationnaires jusqu'au moment où ils reçoivent le coup de fouet d'une cautérisation ou d'un autre excitant local qui les fait passer à l'état de fongosités de bonne nature.

Si l'on examine au microscope ces nouvelles fongosités qui ont subi l'influence soit du traumatisme chirurgical, soit d'une cautérisation superficielle, soit d'un autre modificateur local, on constate : 1° qu'elles ne renferment plus aucun élément tuberculeux et que la disposition de ces éléments est rapide; 2° que leur tissu embryonnaire a revêtu un cachet de vitalité qui n'existait pas auparavant et qui s'accuse par une vive coloration sous l'influence du picro-carmin et par l'absence de cellules en dégénérescence granulo-graisseuse; 3° qu'avec la disposition de l'élément tuberculeux coïncide un développement extrême de l'élément vasculaire. Le nouveau tissu embryonnaire est parcouru par une infinité de vaisseaux qui ne présentent plus ni la tuméfaction des cellules endothéliales, ni les infiltrations nucléaires des tuniques, ni la disposition concentrique périvasculaire si marquée auparavant.

Les fongosités de récidive présentent de tous autres caractères. Quelques-unes renferment des follicules élémentaires. Mais dans le plus grand nombre d'entre elles, il semble que la production tuberculeuse n'ait pas eu le temps de s'effectuer : ces dernières sont pauvres en vaisseaux; les cellules embryonnaires sont séparées par une grande quantité de substance intercellulaire, se colorent mal par le picro-carmin et quelques-unes ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Mais revenons au premier groupe de fongosités, à celles qui évoluent vers la guérison. Nous avons vu que ces fongosités, prises à la surface des foyers, là où avant l'opération les éléments tuberculeux étaient précisément plus abondants, n'en offraient plus aucune trace. Comment se fait cette disparition?

On peut émettre à cet égard une double hypothèse. Ou bien les produits tuberculeux sont éliminés avec la suppuration; ou bien, ils subissent une série de transformations qui aboutit à leur résorption. Nous pensions que des examens successifs nous renseigneraient sur le processus d'élimination. Il n'en a rien été : jamais nous n'avons saisi la trace des modifications intermédiaires. De deux choses l'une, ou nous trouvions des fongosités encore tuberculeuses, ou bien elles ne l'étaient plus du tout. On pourrait en conclure que la disparition se fait par élimination du produit morbide. Mais cette conclusion n'est applicable qu'au tissu fongueux de la surface, le seul sur lequel ont porté nos examens. Il ne nous était pas permis d'enlever chez des sujets en voie de traitement une épaisseur suffisante des tissus, et l'occasion ne s'est jamais présentée de faire un examen de tout le champ opératoire chez les malades dont les fongosités évoluaient vers la guérison.

Nous croyons cependant à la possibilité et à la réalité de la résorption des follicules, sous l'influence de l'excitation portée sur le tissu embryonnaire qui les renferme.

C'est la seule hypothèse plausible pour expliquer la transformation en tissu fibreux des fongosités sous l'influence des cautérisations intra- ou extra-articulaires. Il est probable qu'il en est de même pour les parties profondes des foyers de fongosités mis à jour dans une résection : car les cautérisations superficielles au cautère actuel ou au nitrate d'argent n'entraînent la destruction directe et l'élimination que d'une quantité insignifiante du tissu fongueux, leur action principale étant d'en modifier les conditions de nutrition et de vascularisation.

En résumé, le tissu fongueux sous l'influence d'excitants locaux est susceptible de se transformer en tissu fibreux après disparition des éléments tuberculeux qui s'éliminent avec la suppuration pour les parties superficielles et sont résorbés dans les parties profondes. Comme conclusion pratique, nous dirons : le chirurgien peut utiliser des fongosités même tuberculeuses pour faire du tissu fibreux. C'est là le point que nous avons cherché à établir dans ce travail.

Il resterait à démontrer qu'il est des cas où il faut utiliser cette propriété physiologique des fongosités. La chose n'est pas difficile.

D'abord, il y a des cas où il est *impossible* de toutes les supprimer : lorsqu'elles ont envahi les gaines tendineuses, les tissus mous péri-articulaires. Enlever tout ce qui est fongueux, ce serait ne laisser dans la partie correspondante du membre qu'un manchon cutané et encore pas toujours. On pourrait dire en pareille circonstance que si l'on enlevait tout, il ne resterait rien.

---

sible de ne pas être frappé, *si parva licet componere magnis*, d'un rapprochement dont cette réminiscence latine me fait espérer que la pensée ne sera pas dénaturée. Ces deux épreuves, réellement anatomiques et chirurgicales, imposées aux candidats accoucheurs, sont identiques, dans leur but et dans leur portée, avec celles que, en Angleterre, le *Dentist's Act* exige des candidats au titre de chirurgien dentiste ou avec celles que proposait chez nous un récent projet ministériel sur l'exercice de l'art dentaire. L'utérus et le bassin sont pour les accoucheurs ce que sont les dents et l'*anatomie de la tête* pour les dentistes, et c'est au même titre scientifique et pratique que peuvent être utiles aux uns et aux autres des connaissances plus étendues en anatomie et en physiologie. Il y a à Leicester Square un *hôpital dentaire*. Supposez que, par manque de fonds ou autrement, on se soit contenté d'annexer à un hôpital quelconque un service de chirurgie dentaire, croit-on que les titulaires auraient été *ipso facto* assimilés aux chirurgiens de l'hôpital? Non, certainement, puisque, bien que reçus par les *Collèges de chirurgie*, ils ne peuvent devenir membres titulaires ou membres associés de ces Collèges qu'à la condition de nouvelles épreuves. Donc, comme je le disais dans l'humilité de mon incompétence, la *Gazette* m'a tout l'air de faire un raisonnement droit quand elle réplique aux accoucheurs : « *Spéciaux* vous avez voulu être parmi nous; spéciaux restez. »

Vous n'ignorez pas, cher confrère, que cette délicate question est depuis longtemps soulevée au sujet des médecins aliénistes des hôpitaux, qui, eux aussi, sont nommés au concours sur une série d'épreuves en grande partie spéciales. C'est une histoire assez accidentée que la leur. Dans les premiers concours qui suivirent la promulgation de la loi de 1838 sur les aliénés et la création de places de médecins aliénistes adjoints à la Salpêtrière et à Bicêtre, les épreuves des concours (je n'en ai pas le programme sous les yeux) se rapprochaient certainement beaucoup plus que celles d'aujourd'hui des épreuves du Bureau Central. Elles

En second lieu, quand on pratique une résection, il ne suffit pas d'enlever des parties malades, il faut songer à la réparation. La conservation du périoste et des capsules articulaires répond en partie à cette indication : la conservation des fongosités concourt au même but et contribue pour sa part à la reconstitution des éléments de la jointure. C'est un point sur lequel M. le professeur Ollier a depuis longtemps insisté, et il attribue à cette manière de faire un rôle important dans la perfection des résultats obtenus. Les faits récents d'autopsie d'anciennes résections du coude et de l'épaule publiés par ce chirurgien établissent d'une façon indiscutable à quelle perfection anatomique peuvent arriver les nouvelles articulations, quand on a eu soin de se conformer au précepte de conserver tout ce qui peut servir à la restauration des parties constituantes d'une articulation.

L'application des idées théoriques que nous venons d'émettre à la pratique des résections articulaires exige deux choses : 1° qu'on renonce à l'ablation complète des fongosités et à la réunion immédiate ; 2° qu'on se réserve par l'absence de réunion et par des drainages longtemps prolongés de larges voies par lesquelles on modifiera les fongosités laissées en place et les fongosités de récidive au moyen d'agents modificateurs.

Les agents modificateurs employés dans le service de la Clinique sont le cautère actuel immédiatement après l'opération, plus tard le crayon de nitrate d'argent, la teinture d'iode en injection, les attouchements à l'acide chromique, enfin l'iodoforme en crayon ou en sachets. Il serait important de préciser la valeur relative de ces divers moyens et le mode d'action peut-être particulier de quelques-uns d'entre eux. Des circonstances particulières nous ont forcé à interrompre les recherches que nous avions commencées sur ce sujet.

Par un traitement local bien dirigé et poursuivi avec persévérance, le chirurgien peut faire tourner au bien du malade un tissu pathologique qu'on s'empresse trop de détruire. Mais il ne doit pas négliger le traitement général et hygiénique ; car un bon état de l'organisme a une influence considérable sur l'évolution des fongosités. Quand le malade reste pâle et amaigri, les fongosités restent tuberculeuses et récidivent tuberculeuses : elles répondent bien, au contraire, aux incitations locales lorsque le sujet prend des forces et de l'embonpoint. Ce qui prouve que, dans le cas particulier des caries articulaires, les formations nodulaires, dites tuberculeuses, ne sont pas un simple accident d'évolution locale, mais se trouvent sous la dépendance directe d'un état général diathésique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

CANDIDATURES. — M. *Sappey* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Sédillot. — M. *Richet* adresse à l'Académie la même demande. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

ÉTUDE COMPARATIVE DES BACTÉRIES DE LA LÈPRE ET DE LA TUBERCULOSE. Note de M. *V. Babes*. — Les propriétés différentielles entre les bactéries de la lèpre et celles de la tuberculose, indiquées par M. Koch, n'existent pas : mais il y a d'autres différences caractéristiques entre ces deux bacilles, portant sur la réaction chimique ou moléculaire, sur la forme et surtout sur la disposition dans les tissus.

1° Sur les *préparations fraîches*, sur celles qui ont été traitées par une solution très faible de potasse ou enfin sur les coupes colorées à l'aide de la méthode d'Ehrlich, puis laissées peu de temps dans l'alcool et enfin conservées dans l'acétate de potasse, les bactéries des deux maladies présentent des dimensions un peu plus grandes, mais des formes moins précises que dans les préparations déshydratées ; en revanche, cette méthode laisse reconnaître des détails de structure invisibles sur les préparations déshydratées.

2° Le bacille de la tuberculose ne se colore que par un nombre très limité de *couleurs d'aniline, à l'aide des méthodes simples*. Ce sont surtout — j'énumérerai toujours par ordre de valeur — le violet 1 B, le violet gentiane, le violet de Poirier 170, 5 B et 300.

Le bacille de la lèpre ne se colore pas seulement par les méthodes simples que nous venons d'indiquer, mais encore par d'autres qui ne colorent pas la bactérie tuberculeuse. Ces couleurs sont le rouge et le violet de fuchsine, la rosaniline, le bleu de méthylène, l'éosine.

3° *Méthodes compliquées*. — Par certaines méthodes que nous ne pouvons décrire ici, les deux bactéries se colorent, celle de la lèpre plus vivement que celle de la tuberculose. Le bacille de la lèpre ainsi coloré se décolore sous l'action de la chaleur ou des acides beaucoup plus difficilement que celui de la tuberculose. Il existe des méthodes compliquées, qui ne réussissent à colorer que le microbe de la lèpre, par exemple l'action pendant une demi-heure de la rosaniline, suivie de décoloration radicale par l'acide nitrique.

4° Les deux bactéries peuvent être colorées dans les tissus qui ont subi l'action des acides ou des alcalis, dans ceux qui sont putréfiés, desséchés même depuis des mois, dans ceux

---

en différaient seulement en ce que la composition écrite portait sur un sujet afférent à la psychiatrie, et que les leçons ou consultations avaient lieu par moitié sur les malades ordinaires et sur les aliénés. C'est dans le premier de ces concours que furent nommés MM. Archambault, Baillarger, Moreau (de Tours) et Trélat. En 1843, M. Archambault ayant été appelé à l'asile de Maréville, un second concours s'ouvrait naturellement ; mais le ministre de l'Instruction publique, Villemin, faisant l'*intérim* du ministre de l'Intérieur, en l'absence de Duchâtel, prétendit s'arroger le droit de nomination directe, quand déjà le délai des inscriptions était expiré. Le conseil des hôpitaux et hospices résista et finit, au retour de Duchâtel, par obtenir gain de cause, à la condition cependant que le registre des inscriptions serait de nouveau ouvert. Le nombre des compétiteurs monta de 2 à 7. M. Delasiauve conquit la palme dans ce brillant tournoi. Or, il faut le reconnaître, à cette époque et dans ces conditions, les médecins aliénistes des hospices étaient assimilés aux médecins des hôpitaux. Ils ont fait plusieurs fois partie du jury pour le Bureau Central, pour l'internat et pour le prosectorat ; ils ont été chargés des rapports au Conseil ; bref, l'identification des deux catégories de médecins hospitaliers fut, je crois, complète.

Mais la fortune et les flots administratifs continuèrent d'être changeants ; le concours sombra, et les aliénistes des hôpitaux furent considérés comme des êtres *sui generis*, d'espèce indéterminée. Puis, bien longtemps après, en 1877, un arrêté du préfet de la Seine rétablit le concours, assimilant, quant au grade et à l'ensemble des prérogatives, les aliénistes aux médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite du concours du Bureau Central, *mais avec la réserve expresse qu'ils ne feraient pas partie du jury dans les concours ordinaires des hôpitaux*. Cette disposition exceptionnelle me paraît répondre à la spécialité plus restreinte des épreuves d'admission. Des cinq épreuves, en effet, une seulement échappe ou peut échapper entièrement à la spécialité ; c'est l'épreuve clinique sur un malade quelconque, et

qui ont été soumis aux sucs de la digestion ou qui ont servi à pratiquer des inoculations. Le bacille lépreux préparé par la méthode modifiée d'Ehrlich (huile d'aniline) reste coloré après une immersion d'une heure dans l'acide nitrique pur, et ce n'est qu'exceptionnellement que le bacille tuberculeux (dans les cultures et dans la tuberculose inoculée) résiste à l'action de cet acide pendant une demi-heure. En général les deux bacilles restent colorés longtemps après l'action des acides organiques, des alcalis, de la putréfaction et des autres agents indiqués plus haut.

Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices. Note de M. *Kanellis*.

« On ouvre sur une grenouille le canal médullaire et l'on coupe d'un côté toutes les racines en réservant seulement une paire, racine motrice et racine sensitive. L'excitateur étant placé sur la racine motrice, on l'excite par la décharge d'induction. On cherche le courant minimum qui donne un effet, c'est-à-dire une contraction à l'ouverture. En écartant davantage les bobines, l'excitatrice est sans effet. Cela posé, on coupe la racine sensitive, et l'on recommence l'épreuve. Aussitôt la décharge, tout à l'heure inefficace, parce qu'elle était trop faible, devient efficace et provoque une contraction énergique. Le courant minimum de tout à l'heure est pour le nerf moteur dans cette condition un courant fort. Les choses se passent donc comme si la section de la racine sensitive avait accru considérablement l'excitabilité du nerf moteur. Nous réservons toute explication relativement à ce phénomène en apparence paradoxal. »

Immunité des ouvriers en cuivre pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde. — Confirmation des observations antérieures. Note de M. *V. Burq*.

« L'épidémie de 1882-83 a fait 2437 victimes (25 de moins qu'en 1876-77), dont 1137 dans la population *civile* mâle de quatorze ans et au-dessus, que le dernier recensement porte à 892 619 : soit donc 1,3 décès sur 1000. Il existe dans l'industrie parisienne un nombre d'ouvriers en cuivre de toutes les catégories qu'on ne saurait évaluer aujourd'hui hommes et femmes à moins de 40 000. Si donc ces ouvriers ne sont pas plus épargnés que les autres, c'est 40 × 1,3 ou 52 décès qu'ils auraient dû avoir. Les documents statistiques qui nous ont été communiqués signalaient 5 polisseurs, 5 chaudronniers, 9 tourneurs, 1 mouleur, 6 monteurs, 1 estampeur, 2 ciseleurs, 3 lamineurs, 3 bijoutiers, 2 graveurs, et enfin 2 découpeurs : total 39 décès pouvant, à la rigueur, être suspectés de cuivrerie.

» Ce chiffre de 39 n'est inférieur que de 13 à la moyenne. Sur ces 39 polisseurs, chaudronniers, tourneurs, etc., 13 n'auraient jamais excercé ou n'exerçaient plus la profession portée sur l'acte de décès, 15 polissaient, tournaient, estampaient, etc., tout autre chose que le cuivre, 7 n'avaient que des rapports de contact ou de voisinage avec le cuivre et ne faisaient aucune poussière; 1 chaudronnait tantôt le fer, tantôt le cuivre, et en définitive la mortalité réelle des ouvriers en cuivre n'a été que de 3, savoir :

» 2 ciseleurs (préservation de deuxième degré), dont 1 avait compromis les droits qu'il pouvait avoir à la préservation par des chômages réitérés pour cause de maladie grave et par une hygiène déplorable, et 1 chaudronnier qui faisait surtout la baignoire, laquelle ne nécessite ni emboutissage ni martelage, et qui, de plus, travaillait dans un vaste atelier exceptionnellement aéré.

» *Conclusion.* — L'immunité générale des ouvriers en cuivre par rapport aux maladies infectieuses nous paraît établie sur des observations incontestables. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Chauvel*, professeur au Val-de-Grâce, envoie son *Précis des opérations de chirurgie*, pour le concours du prix Godard de 1883. (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *Biot* adresse une *Étude sur la marche et les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Mâcon en* 1881, pour le concours du prix Vernois de 1883. (Inscrit sous le n° 5.)

M. le docteur *Cavaillon* (de Carpentras, Vaucluse) signale les résultats qu'il a obtenus d'un mode particulier de traitement des pustules de la variole. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Guinoiseau* (de Saint-Dizier, Haute-Marne) envoie le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées en 1882. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Arnold Netter*, une thèse intitulée : *Diagnostic précoce d'une forme de tuberculisation pulmonaire à début pleurétique;* 2° de la part de M. le docteur *Schmitt* (de Lille), une brochure ayant pour titre : *Le chloroforme destiné à l'anesthésie;* 3° au nom de M. le docteur *Silvestrini* (de Parme), un mémoire imprimé, intitulé : *Sul miasma malarico.*

M. *Bouley* présente : 1° de la part de M. *Chamberland*, un livre ayant pour titre : *Le charbon et la vaccination charbonneuse d'après les travaux de M. Pasteur;* 2° au nom de MM. *Goubaux* et *Barrier*, la deuxième partie de leur ouvrage intitulé : *De l'extérieur du cheval.*

M. *Leblanc* fait hommage de son *Rapport sur les maladies contagieuses des animaux dans le département de la Seine en* 1882.

M. *Chéreau* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Chavernac* (d'Aix), ayant pour titre : *Le professeur Astruc et l'huissier Charbonnière.*

M. *Polaillon* dépose, au nom de M. le docteur *Bernard* (de Saint-Mandé), l'observation manuscrite d'un cas d'œdème charbonneux de la face guéri par des injections sous-cutanées de solution phéniquée.

M. *Léon Colin* fait hommage, de la part de M. le docteur *Dardignac*, d'un mémoire manuscrit, comprenant quelques considérations sur la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

Anesthésie prétendue a l'aide du bichlorure de méthylène. — Dans la dernière séance, M. Regnauld a fait connaître les résultats de ses recherches pharmacologiques sur le prétendu bichlorure de méthylène employé pour l'anesthésie par M. *Léon Le Fort*, sur la foi des avantages obtenus à l'aide de ce produit par M. *Spencer Wells;* ces recherches avaient montré que les échantillons examinés par M. Regnauld renfermaient soit du chloroforme pur, soit du chloroforme uni à une certaine quantité d'alcool méthylique; tel était le cas, en particulier, pour les flacons provenant de

---

une autre n'y échappe qu'à moitié, à savoir : l'épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du *système nerveux.* Il est probable que la question s'est posée devant l'esprit du préfet, comme se posait tout à l'heure devant le mien celle qui touche les accouchements. Le bon magistrat se sera demandé si un médecin qui a prouvé devant un jury qu'il connaît l'anatomie et la physiologie du système nerveux et, de plus, l'aliénation mentale, est en état de juger un candidat au Bureau Central qui devra faire preuve de connaissances approfondies sur les maladies du poumon, du cœur, de l'estomac, des intestins, du foie, et du reste. Et il se sera fait la réponse à lui-même : Un concours ordinaire et les droits communs; un concours spécial et des droits restreints.

Tout est là, en effet, et c'est pourquoi j'appelle l'attention du savant aliéniste qui a bien voulu m'écrire sur ce sujet une lettre dans laquelle il me paraît un peu méconnaître la haute considération dont les aliénistes tels que lui sont entourés dans le corps médical.

— J'ai reçu également plusieurs lettres au sujet des quelques lignes que j'ai récemment consacrées à la question des *syndicats médicaux* (n° 15, p. 245). Les uns désirent uniquement intéresser la *Gazette hebdomadaire* à cette forme de protection professionnelle; d'autres se bornent à me demander de formuler un avis explicite; l'un d'eux enfin, M. le docteur de Darvieu, de Ganges (Hérault), ancien interne des hôpitaux de Lyon, défend l'institution, mais dans des limites et des conditions qui, sauf la différence des termes, diffèrent peu de celles que j'avais moi-même réclamées.

Au demeurant, la question est des plus simples. Le premier, le plus important besoin du praticien est de gagner sa vie; le second, en cas d'insuccès, est de trouver des ressources dans l'assistance mutuelle. L'Association générale et les Sociétés départementales ne peuvent pourvoir qu'au second besoin; là donc, où le premier souffre, rien de plus naturel ni de plus respectable que des mesures propres à le

la fabrique de Londres à laquelle M. Léon Le Fort s'était adressé, d'après les indications du chirurgien anglais.

Quoi qu'il en soit, M. Le Fort vient déclarer qu'il a constaté de nombreux succès par l'usage de ce produit, pour l'anesthésie chirurgicale, et avec l'aide de l'appareil de Yuncker; il lui a dû tout au moins la promptitude de l'anesthésie et la suppression des vomissements dans la plupart des cas ; aussi engage-t-il vivement ses collègues à en tenter également l'essai. M. Regnauld ne contredit pas ces résultats; car il ne s'étonne pas que la substitution à une partie de chloroforme d'une certaine proportion d'alcool méthylique fournisse des avantages pour l'anesthésie, le dernier de ces composés possédant des propriétés toutes spéciales à cet égard; toutefois, il convient de remarquer que le bichlorure de méthylène n'est pour rien dans la circonstance, puisque les flacons qui en portent l'étiquette n'en contiennent pas trace, pour le plus grand profit pécuniaire sans doute du fabricant.

Conjonctivite rhumatismale.— M. *Panas* émet quelques réserves au sujet de la nouvelle forme de conjonctivite purulente que M. *Maurice Perrin* a signalée dans l'avant-dernière séance comme due à l'évolution du rhumatisme, forme qui se confondrait dans ses traits principaux, surtout au point de vue de la rapidité et de la gravité des accidents, avec celle que l'on désigne sous le nom de conjonctivite purulente blennorrhagique. Il n'a, quant à lui, jamais rencontré de cas de ce genre, tandis qu'il a vu beaucoup d'ophthalmies catarrhales simples d'origine manifestement rhumatismale, arthritique, mais sans entraîner la destruction de l'œil quand il n'y avait pas d'autre cause. Non seulement il serait nécessaire, dans les cas observés, de noter les antécédents blennorrhagiques des sujets, ce qui est facile, mais encore de rechercher s'il n'existait aucune autre cause de suppuration de l'œil, telle que ces granulations laissées latentes qui sont si fréquentes, ou ces kératites lentes, qui peuvent à une certaine époque devenir aisément septiques, chez les vieillards, par exemple.

M. *Maurice Perrin* réplique qu'il partageait ce même doute lors de sa première communication ; mais depuis, dans la Note à laquelle M. Panas fait allusion, il a pu être plus explicite, grâce aux soins avec lesquels les observations dont il a donné connaissance avaient été prises et grâce aux résultats de l'enquête qu'il n'a pas craint de demander, par surcroît de précautions, à leurs auteurs. La question néanmoins mérite assurément de nouvelles recherches.

Théories microbiennes et vaccination charbonneuse. — M. *Pasteur* se borne à présenter quelques rectifications de fait au sujet des assertions de M. Peter dans sa réponse de la dernière séance : il maintient qu'il s'agissait bien d'une maladie nouvelle, produite par un microbe nouveau, lorsqu'il fit sa communication sur l'examen de la salive d'un enfant mort de la rage à l'hôpital Trousseau ; c'est d'ailleurs grâce à la ténacité de ses recherches qu'il a pu peu de temps après montrer que cette maladie n'avait pas relation avec la rage, ainsi que l'a confirmé à son tour M. Vulpian. — Il ajoute qu'il n'y a pas encore eu, comme le prétend M. Peter, une troisième lettre des vétérinaires de l'École de Turin au sujet de la discussion relative aux expériences de vaccination charbonneuse pratiquées dans cette ville ; les passages reproduits par M. Peter sont extraits de la seconde lettre à la suite de laquelle M. Pasteur a porté le défi que l'on sait, et depuis lors le directeur de cette Ecole s'est borné à lui faire savoir que les professeurs n'avaient pu encore en délibérer. — Il s'étonne enfin que M. Peter veuille faire de M. Vulpian et de M. Bouillaud ses contradicteurs, malgré leurs affirmations rendues publiques à maintes reprises.

Législation relative aux aliénés dits criminels.— Tout le monde paraît être d'accord, dit M. le docteur *Billod*, correspondant national de l'Académie, sur la nécessité de maintenir séquestrés certains aliénés dits criminels après leur guérison lorsqu'ils présentent des chances à peu près certaines de rechute. La question seulement est de savoir où doit s'effectuer cette séquestration. Est-ce dans la prison ? Non évidemment, puisque l'ordonnance de non-lieu ou la décision d'acquittement les ont exonérés de toute peine. Est-ce dans l'établissement d'aliénés ? Oui, s'ils étaient encore aliénés; non, puisqu'ils ne le sont plus, c'est-à-dire puisqu'ils sont guéris, Si ce n'est ni dans l'un ni dans l'autre, où donc alors ? La place de ces individus ne saurait évidemment être ailleurs que dans l'établissement d'aliénés, mais encore faut-il, pour qu'on puisse les y retenir, que la loi le permette, et elle ne le permettra que le jour où l'on y aura introduit une disposition autorisant, sous le rapport de la nécessité de la séquestration, l'assimilation d'aliénés qui ne le sont plus, mais qui semblent prédestinés à le redevenir, à des aliénés qui le sont encore. Or la proposition de loi qui va entrer prochainement en discussion devant le Sénat sur la réforme de la loi de 1838 ne renferme, pas plus que cette dernière, de disposition spéciale à ce sujet. Elle tend plutôt à décharger le médecin de la responsabilité que la législation actuelle fait peser sur lui à propos de la sortie des aliénés dangereux ; mais il semble qu'elle ne le fait qu'en déplaçant cette même responsabilité, puisqu'elle aboutit à créer une situation dans laquelle, à l'égard des aliénés criminels guéris, mais suspects de rechute, que l'intérêt de la sûreté publique oblige à retenir dans l'établissement, la loi, au lieu d'être violée par le médecin avec la sanction de l'autorité administrative, le serait par l'autorité judiciaire représentée par la chambre du Conseil d'un tribunal, c'est-à-dire par des

---

satisfaire. En deux mots, mieux vaut prévenir la misère que d'avoir à l'assister.

Je suis donc, en principe, partisan des syndicats médicaux ; seulement j'y mets, puisqu'on réclame de moi une opinion précise, quatre conditions principales :

1° Je lis, à la page 279 d'un livre récent, bien connu sans doute des collaborateurs de la *Gazette hebdomadaire*, que les syndicats médicaux ne seront jamais *justes*, mais peuvent être *justifiés*. La restriction vient de ce que l'auteur, dans ce passage, est en train de juger et de condamner des tarifs inflexibles et obligatoires d'honoraires, dont le plus grand mérite est d'être inapplicables et qui, s'ils étaient appliqués, porteraient atteinte à la liberté et à l'esprit de charité du praticien. La première condition d'un syndicat raisonnable serait donc que les *tarifs d'honoraires a minima*, auxquels ce genre de convention conduit presque nécessairement parce qu'il faut une base commune à une action commune, laissassent néanmoins le praticien libre de les enfreindre en des circonstances que sa conscience apprécierait. Or voici ce que m'écrit M. de Darvieu : « Notre syndicat a des statuts; des *tarifs d'honoraires a minima* sont établis, mais est-ce à dire que ces statuts nous jugulent? Pas le moins du monde. Ils nous laissent formellement notre indépendance. J'ai, dans ma clientèle, des familles pour lesquelles je n'hésite pas à réclamer des honoraires au-dessous de nos tarifs. Notre syndicat nous met à l'abri de la plupart des clients de mauvaise foi : *les pauvres ne rentrent pas dans cette catégorie...* A un client de mauvaise foi, nous refusons nos soins, mais je suis à même d'affirmer que tout médecin syndiqué résidant seul dans la localité habitée par ce client lui accorde ses soins. »

2° La seconde condition d'un bon syndicat est, à mon sens, que le soin des intérêts moraux de la profession aille de pair avec celui des intérêts matériels. Eh bien, les statuts du syndicat médical des Basses-Cévennes, auquel appartient M. de Darvieu, renferment un petit code de déontologie,

personnes ayant pour mission spéciale l'exécution des lois. M. Billod indique quelques-unes des modifications qui pourraient être proposés à cette disposition légale et il souhaite que la loi en préparation puisse être revisée dans cette partie. — A la demande de plusieurs membres de l'Académie il est décidé que dans l'une des plus prochaines séances, la discussion sera ouverte au sujet de la revision de la législation des aliénés.

Bacilles de la tuberculose. — M. *Cornil* achève la communication qu'il a commencée dans les dernières séances en son nom et au nom de M. *Babès*, sur la topographie et le rôle des bacilles dans l'anatomie pathologique de la tuberculose. Il conclut en ces termes : Les quarante observations anatomiques que nous avons examinées au point de vue de la recherche des bactéries peuvent se diviser en trois catégories :

1° Celles dans lesquelles le nombre considérable des bacilles de la tuberculose dans tous les produits tuberculeux, granulations et infiltrations, explique parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose. Les lésions sont là aussi manifestement liées aux bactéries que les nodules de la lèpre, maladie dans laquelle le rôle des parasites est aussi bien démontré que dans le charbon. La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux. Cette catégorie de faits est absolument assimilable aux expériences d'inoculation par lesquelles M. Koch, en injectant à des centaines d'animaux différents les bactéries de la tuberculose, purifiées et isolées par plusieurs cultures, a reproduit constamment la tuberculose.

2° Dans une seconde série de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment une ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire au milieu des granulations tuberculeuses. On doit croire que là aussi les bacilles ont été le point de départ de l'inflammation nodulaire parce qu'ils siègent à un centre. Là aussi le pourtour des petits vaisseaux est leur siége d'élection.

Quelquefois, au lieu des bacilles ou à côté des bacilles on rencontre des grains qui se colorent de la même couleur par la même série de manipulations. Ces grains ne sont pas les éléments qui ont été vus tout d'abord par MM. Klebs et Toussaint. MM. Cornil et Babès se sont assurés, par l'examen des tubercules inoculés à l'aide du liquide de culture de M. Toussaint, qu'il existait des bacilles caractéristiques dans les tubercules d'inoculation.

3° Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles qui sont presque toujours dans les cellules lymphatiques migratrices, ne se trouvent plus que dans la paroi des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voit généralement point dans les parties en dégénérescence caséeuse. Cependant au pourtour de ces masses caséeuses on en rencontre dans la zone qui contient des granulations plus récentes. Quelquefois, il en existe encore des amas en quelque sorte enkystés dans des tubercules fibreux très anciens, entourés de dépôts de charbon.

Pour commenter les cas de ce genre où le nombre des bacilles est loin d'expliquer toutes les lésions observées à l'autopsie, on peut supposer qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en ont pas moins laissé après eux des inflammations chroniques de nature scléreuse ou des îlots de dégénérescence caséeuse, toutes modifications des tissus qui persistent après leur disparition.

Pour comprendre cette disposition des bacilles dans les produits tuberculeux anciens, il faut tenir compte de ce fait qu'ils sont transportés par les cellules migratrices et qu'il s'en fait une élimination constante et considérable par les crachats provenant des bronches et des cavernes, par les catarrhes et par la surface des ulcérations de l'intestin et par les urines.

D'ailleurs tout n'est pas dit sur cette question des bacilles de la tuberculose qui ne date que d'un an. Il suffirait de méthodes nouvelles de coloration et de recherche des bactéries pour étendre nos connaissances sur ce sujet. Peut-être découvrira-t-on d'autres états de ces mêmes bactéries que nous ne connaissons pas encore. Mais aujourd'hui, tout en tenant compte des nombreuses causes prédisposantes de la phthisie, on ne peut nier, en face des découvertes de Villemin et de Koch, que le paratisisme n'en soit la cause essentielle.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Ulcérations de l'isthme du gosier dans la fièvre typhoïde : M. Duguet. — Pseudo-paralysie syphilitique chez un nouveau-né : M. Troisier.

M. *Duguet* donne lecture d'une note sur une variété d'*ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde*. En 1879, il a observé un étudiant en médecine qui, fatigué par la préparation d'un concours, présentait des symptômes alarmants : pâleur, amaigrissement, prostration, fièvre vive (39 degrés), peau sèche, soif intense, haleine fétide; l'absence de diarrhée, de douleur dans la fosse iliaque, d'éruption rosée lenticulaire, obligeait à faire un certain nombre de réserves relativement au diagnostic d'une fièvre typhoïde probable. On constatait, en outre, sur le pilier antérieur droit du voile du palais, une ulcération ovalaire, à

---

trop réduit peut-être aux relations de confraternité, mais qu'il serait facile d'étendre et qui est peut-être plus large dans d'autres groupes syndicaux. Ce serait en ce cas de nouveaux centres d'action pour cette moralisation progressive de la profession médicale qu'on ne peut attendre directement de la grande association, dont les membres épars restent nécessairement étrangers les uns aux autres dans le lien si vaste qui les unit, et où ne peut pénétrer l'œil du conseil général le mieux intentionné.

3° Je veux encore que les associations de prévoyance ne soient pas troublées par les syndicats médicaux. Ces associations ont pour fonction particulière, je l'ai dit, de concentrer des ressources d'assistance mutuelle, irréalisables par des groupes où la syndication même est ordinairement l'indice d'une certaine gêne. Ces ressources, réunies par des associations départementales et versées en partie dans la caisse de l'Association générale, ont l'avantage de porter l'assistance confraternelle là où les souscriptions locales sont insuffisantes. C'est ce que dit aussi mon correspondant. « L'association de prévoyance et de secours mutuels d'une part, le syndicat d'autre part, constituent deux associations pouvant fonctionner parallèlement sans se nuire l'une à l'autre, et poursuivent des buts différents. » Et il fait remarquer à cette occasion que le syndicat est de nature à réaliser la prévoyance plus sûrement que ne peut le faire l'Association générale, qui a inscrit le mot dans son programme.

4° Enfin, je n'ai admis le syndicat qu'à titre de nécessité. Ce tarif d'honoraires auquel il faut toujours se conformer plus ou moins, cette dénonciation de confrère à confrère des clients de mauvaise foi, ce *livre noir* sur lequel le nom de ces débiteurs doit être inscrit (ou devrait être inscrit, car cet article des statuts n'est pas mis à exécution, du moins dans les Basses Cévennes), tout cela ne m'apparaît pas comme une marque de distinction et de rehaussement professionnels. Les membres mêmes du syndicat ont-ils un autre sentiment? Non, et M. de Darvieu m'écrit à deux reprises : *Le syndicat est*

bords nets, séparée de l'amygdale par une mince bande de muqueuse saine, et entourée d'une zone étroite d'un rouge vif; cette ulcération, assez superficielle, ressemblait à un aphthe immense. Sa surface était lisse, gris rosé; on n'y constatait aucun exsudat, aucune granulation jaunâtre; ce ne pouvait donc être une ulcération tuberculeuse au cours d'une granulie. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire; aucun antécédent syphilitique: le malade n'avait ingéré ni tartre stibié, ni substance caustique quelconque. Ayant observé déjà quelques cas analogues, M. Duguet affirma le diagnostic de fièvre typhoïde avec ulcération de la gorge. Trois ou quatre jours après, survinrent la diarrhée, les taches rosées lenticulaires, les râles de bronchite, et l'évolution d'une dothiénentérie, à forme ataxo-adynamique grave, ne fut plus douteuse. Le malade guérit d'ailleurs complètement, et l'ulcération disparut sans laisser de traces. — Dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde, M. Duguet n'a pas observé de cas analogue; il a vu un malade qui présentait une perforation d'un des piliers du voile, mais cette lésion paraissait remonter à une époque antérieure et pouvoir être attribuée à la syphilis. — Il reçut dans son service, le 12 mars dernier, un homme âgé de vingt-huit ans qui, depuis huit jours, avait perdu l'appétit et était atteint de fièvre avec prostration des forces. La peau était brûlante; il existait de la diarrhée, de la douleur iliaque, et tous les signes du début d'une dothiénentérie. M. Launoy, interne du service, découvrit, le soir même, une ulcération superficielle du pilier droit du voile palatin et une rougeur vive du pilier gauche. Le 14, l'ulcération s'était étendue à droite et débutait à gauche; le 15, les taches rosées venaient confirmer le diagnostic. Les deux ulcérations, symétriques, étaient ovalaires, d'un diamètre maximum de 1 centimètre, obliques de haut en bas et de dedans en dehors; elles présentaient un aspect identique à celle du malade observé en 1879; il n'y avait pas de ganglions engorgés, pas de dysphagie. Le 16 mars, à 2 millimètres au-dessus de l'ulcération droite, se produisit un léger soulèvement épidermique, qui fut suivi, le 17, d'une petite ulcération lenticulaire. La fièvre typhoïde évolua d'abord régulièrement, et les ulcérations de la gorge étaient presque cicatrisées, le 21 mars, quand des accidents généraux graves survinrent, et le malade succomba. Sur des coupes histologiques, pratiquées par M. Launoy au niveau des piliers du voile du palais, on constate que les cellules superficielles de l'épithélium ont disparu et qu'il n'existe dans la couche sous-muqueuse aucun follicule clos, ce qui est en rapport avec les données de l'anatomie normale. — Le 17 mars, un homme âgé de vingt-cinq ans, malade depuis quinze jours, entrait dans le service de M. Duguet, avec une fièvre typhoïde adynamique très nette. Il se plaignait de douleurs pour avaler et l'on constatait sur le pilier droit du voile une ulcération ovalaire, oblique en bas et en dehors, longue de 13 à 14 millimètres et large de 9 à 10; elle présentait la même coloration, les mêmes bords nets, la même aréole rouge, que dans les cas précédents; il n'y avait pas de ganglions engorgés. Cette ulcération était cicatrisée, le 27, et le malade guérit complètement de sa dothiénentérie.— Un cas analogue a été publié par M. Bouveret, lorsqu'il était interne de M. Desnos; il s'agissait d'un homme atteint de fièvre typhoïde et chez lequel apparurent, au onzième jour, deux ulcérations symétriques sur les piliers du voile du palais. La guérison fut parfaite. M. Duguet voit, dans ces ulcérations, une manifestation spéciale de la fièvre typhoïde et s'étonne de n'en rencontrer la description dans aucun des auteurs qu'il a consultés. Il formule les conclusions suivantes: 1° il peut exister dans la fièvre typhoïde des ulcérations sur les piliers du voile du palais, constituant une détermination spéciale de la dothiénentérie; 2° ces ulcérations peu nombreuses, superficielles, ressemblent à des aphthes de grandes dimensions; elles ne résultent pas d'une lésion des follicules clos, mais d'une altération de l'épithélium et de la surface du derme muqueux; 3° elles se montrent dans la première période de la maladie, et peuvent précéder l'éruption des taches rosées; 4° elles ne paraissent avoir aucune valeur pronostique.

M. *Féréol* a observé dans cinq ou six cas des ulcérations analogues. Il les a considérées comme des lésions propres à la dothiénentérie, et résultant de la tendance ulcéreuse si manifeste dans cette maladie; il les a vues quelquefois siéger sur les amygdales. Elles se sont généralement montrées à une période peu avancée, dans des cas de fièvre typhoïde bénigne.

M. *Landouzy* a vu quatre cas semblables, à la Charité, pendant la dernière épidémie; ils seront relatés dans la thèse d'un interne de cet hôpital sur *la forme angineuse de la dothiénentérie*. Il a vu dernièrement un malade, dans le service de M. Desnos, atteint d'une ulcération analogue, assez profonde, du pilier antérieur droit, avec un état typhoïde. La dothiénentérie s'est par la suite confirmée et a évolué normalement. Dans le service de M. Peter, un malade a également présenté deux ulcérations du même genre sur les piliers; on avait cru d'abord à la syphilis, mais la marche des accidents généraux démontra qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde.

M. *Du Castel* a observé un malade qui entra à l'hôpital pour une douleur assez vive de la gorge; il portait sur les piliers deux ulcérations peu étendues, recouvertes d'un enduit grisâtre et limitées par des bords anfractueux, paraissant résulter de la convergence de plusieurs ulcérations primitivement distinctes. Il existait de la congestion pulmonaire. Le diagnostic, hésitant tout d'abord entre une dothiénen-

---

une organisation regrettable, mais elle est imposée par les déboires de la profession. En conséquence, et comme quatrième condition, il conviendrait de ne fonder des syndicats que dans les régions où les circonstances les auraient rendus nécessaires.

Cette lettre est déjà trop longue pour que je puisse entrer dans les détails de l'organisation des syndicats. J'aurai sans doute occasion d'y revenir; aujourd'hui je me borne à reproduire le modèle de la quittance présentée aux clients par un *receveur*, porteur d'une procuration sur timbre et enregistrée. Les médecins syndiqués ne sont pas tenus d'ailleurs de se servir de cette note; il en est d'autres, à leur usage particulier, pour les cas exempts de difficultés. (Voir ce modèle à la page suivante.)

En résumé, les syndicats médicaux sont loin de mériter le dédain et l'opposition qu'ils ont rencontrés à leur début; ils sont déjà nombreux dans nos départements et constituent une force avec laquelle il vaut mieux s'arranger que se brouiller.

Accoucheurs des hôpitaux.— Le concours pour la nomination à deux places d'accoucheurs s'est terminé le lundi 23 avril par la nomination: en première ligne, de M. le docteur Maygrier; en seconde ligne, de M. le docteur Bar.

Concours de l'adjuvat.— Le classement des candidats a eu lieu dans l'ordre suivant: 1er, M. Métaxas: 2e *ex æquo*, MM. Assaky et Boiffin; 4e, M. Phocas; 5e, M. Damalix; 6e, M. Hamonie; 7e, M. Festal; 8e, M. Barbulée.

térie avec ulcérations de la gorge, ou une phthisie aiguë avec ulcération tuberculeuse, fut fixé par l'apparition des taches rosées lenticulaires.

M. *Rendu* fait remarquer qu'il existe aussi, au début de la dothiénentérie, une angine érythémateuse simple. Il en a observé un cas, dans lequel le frisson initial, la rougeur vernissée de la gorge et la fièvre intense lui avaient fait admettre tout d'abord un érysipèle du pharynx.

M. *Duguet* fait observer que cette angine érythémateuse n'est pas un fait nouveau; elle est décrite dans tous les auteurs. L'ulcération des piliers, au contraire, a été passée sous silence.

M. *Lacombe* en a vu aussi quelques cas; mais, dans plusieurs, la fièvre typhoïde est restée douteuse, bien que les malades aient présenté une fièvre *continue*. On aurait pu au premier abord croire à une ulcération tuberculeuse.

M. *Duguet* pense que l'hésitation ne peut être de longue durée; les caractères de l'ulcération des piliers dans la dothiénentérie, et surtout la régularité et la netteté des bords qui la limitent ne permettent pas de la confondre avec une lésion tuberculeuse.

M. *Du Castel* rappelle que, chez son malade, les bords de l'ulcère étaient anfractueux. Cependant la fièvre typhoïde ne peut être mise en doute.

M. *Landouzy* a posé tout d'abord, chez un des malades dont il a parlé, le diagnostic d'ulcération tuberculeuse; il existait de la congestion pulmonaire des deux sommets et un état typhoïde, sans manifestations abdominales. Croyant à la granulie, il institua un traitement approprié et nourrit son malade. La fièvre typhoïde ne tarda pas cependant à se caractériser nettement, et la guérison vint prouver surabondamment qu'il ne s'agissait pas d'une phthisie aiguë. Le diagnostic au début est parfois fort difficile.

— M. *Troisier* rapporte une observation de *pseudo-paralysie syphilitique chez un nouveau-né*. Le 16 mars, un enfant de sept semaines entrait au service de la crèche, à l'Hôtel-Dieu, avec sa mère. Il avait une bronchite aiguë, et était dans un état de dépérissement très accentué. Il présentait, en outre, des signes non douteux de syphilis héréditaire : roséole, coryza, alopécie, plaques cuivrées nombreuses sur les fesses et la face, abdomen tuméfié, facies cachectique. Ces accidents avaient débuté depuis une quinzaine de jours seulement; il avait été opéré auparavant, par M. Bouilly, d'un bec-de-lièvre et avait bien guéri. La mère ne présentait aucune lésion syphilitique actuelle; on n'avait pas de renseignements sur le père. — On constatait une pseudo-paralysie, datant de huit jours, au niveau du membre supérieur gauche, qui retombait inerte, mais dans les muscles duquel le pincement parvenait à éveiller des contractions assez nettes; dans les autres membres les mouvements volontaires étaient normaux. M. le professeur Parrot vint voir cet enfant, et déclara que c'était un cas type de pseudo-paralysie syphilitique, par décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus; à ce moment des phénomènes analogues commençaient du côté de la jambe gauche. L'enfant mourut peu de jours après. — Sur les pièces que M. Troisier présente à la Société, on constate une mobilité complète de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, le cartilage épiphysaire étant entièrement décollé de la diaphyse et séparé par un détritus puriforme composé de cellules cartilagineuses et osseuses; le périoste seul réunit les deux portions de l'os. Du côté droit, le cartilage est adhérent à la diaphyse, l'extrémité supérieure de l'humérus ne présente que de minimes lésions. On voit, au niveau de la diaphyse de l'humérus gauche, les lésions de l'atrophie gélatiniforme de Parrot; on la retrouve, plus ou moins marquée, sur la plupart des os longs, sur le frontal et les pariétaux. Sur un fémur, on trouve une couche ostéophytique manifeste. Des lésions analogues à celles de l'humérus, mais moins marquées, existent au niveau du tibia. Enfin, les viscères, le foie, la rate présentaient les altérations non douteuses de la syphilis héréditaire. L'encéphale et la moelle étaient sains, ce qui éloigne encore toute idée de paralysie véritable; il s'agissait bien d'une pseudo-paralysie résultant du décollement de l'épiphyse, tout analogue à l'impotence des membres fracturés. Ces lésions osseuses ne sont certes pas celles du rachitisme, mais il est bien évident que le rachitisme ne peut être observé à l'âge auquel ce petit malade a succombé.

— A quatre heures trois quarts la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Correspondance. — Tarsotomie dans la cure du pied bot.— Élection d'un membre titulaire.

M. *Berne* (de Lyon) offre à la Société de chirurgie deux volumes qu'il vient de publier : *Traité de pathologie externe générale*.

— M. *Trélat* présente le moule en plâtre d'un moignon d'amputation tibio-tarsienne chez un sujet absolument tuberculeux; ce moignon est irréprochable.

— M. *E. Boeckel* (de Strasbourg) fait une communication sur la tarsotomie pour la guérison du pied bot; il veut sou-

mettre à l'appréciation des chirurgiens une méthode basée sur l'anatomie pathologique de la difformité. Il écarte tous les pieds bots autres que le varus équin congénital. Le pied bot paralytique est en effet guérissable par les appareils. On considère aussi le pied bot tendineux et le pied bot osseux; dans le premier, la résistance se laisse vaincre et si l'on coupe le tendon d'Achille, le massage et les appareils rendent au pied sa forme normale. Dans le pied bot osseux, le tendon d'Achille ne se tend pas dans l'effort de redressement du pied; sa section ne donne rien, ou peu de chose. On a pensé à attaquer d'autres tendons ou à faire des sections ligamenteuses; mais ces pieds bots osseux résistent, et on n'obtient qu'un résultat très imparfait.

Si on corrige le varus, on n'a pas corrigé l'équinisme; d'où la récidive aussitôt qu'on a quitté les appareils; bientôt le malade marche encore sur le dos du pied. S'il ne quitte pas l'appareil, il n'y a pas récidive, mais le malade marchera toujours mal. Ce résultat ne suffit pas à l'opéré qui ne peut pas garder toujours un appareil à cause de la dépense, ou à cause de l'éloignement d'une grande ville. Il y a donc véritablement des pieds bots qui résistent au traitement orthopédique. On pourrait croire qu'en soignant le pied dès la naissance, on obtiendrait un résultat complet; c'est une erreur. Ce sont les os qui s'opposent au redressement.

On a d'abord songé à faire l'extirpation du cuboïde; cela fut insuffisant. Alors on fit la résection cunéiforme du tarse. Mais après cette résection, le talon n'appuie pas sur le sol; l'astragale reste immobile et les mouvements se passent dans l'articulation de Chopart. C'est que l'astragale est l'os coupable; au lieu d'avoir la tête dirigée en avant dans l'axe de l'os, la tête est implantée latéralement, à angle droit, sur le corps de l'os. Avec cette conformation de l'astragale, on a le pied en apparence cassé sur le bord interne. Pour redresser, il faudrait luxer le scaphoïde, et on ne pourrait maintenir le pied dans sa nouvelle position. En outre, l'astragale est soudé à l'os de la jambe par une ankylose fibreuse; l'astragale n'a jamais été mobile, et on ne peut lui imprimer de mouvements que par l'intermédiaire d'autres os et cela est insuffisant. Si l'on veut redresser le pied, on luxe en partie l'articulation de Chopart et on maintiendra difficilement le pied dans cette position.

Si l'on extirpe l'astragale, on supprime l'obstacle principal et on redresse le pied sans effort; tandis que dans le redressement forcé, on n'obtient pas un aussi bon résultat. Entre le calcanéum et le tibia il reste une articulation jouissant de quelques mouvements. L'opération en elle-même n'est pas difficile; on fait une incision courbe sur l'astragale, en dehors, jusqu'à la base du quatrième métatarsien; on coupe les ligaments astragalo-calcanéens, on désarticule la tête et on attaque les ligaments internes. Pansement antiseptique rigoureux. Le redressement, aussi complet que possible, est maintenu par un appareil plâtré. La guérison a lieu en trois ou quatre semaines, sans suppuration réelle de la plaie. L'un des malades de M. Boeckel a été opéré des deux pieds à six jours de distance.

Un des inconvénients de la tarsotomie cunéiforme, c'est la différence de longueur des deux pieds, différence qui est souvent de 5 centimètres. C'est la grande objection à cette opération. Sur 14 extirpations de l'astragale, M. Boeckel n'a observé aucun accident sérieux. Dans le redressement forcé, au contraire, la bonne position est maintenue par un appareil plâtré qui donne souvent des plaques gangreneuses allant jusqu'aux os.

On répète trop souvent, à la légère, que tous les pieds bots guérissent par les appareils et les sections tendineuses, quand on s'y prend assez tôt; c'est une erreur. De plus, à partir d'un certain âge, l'orthopédie est absolument impuissante; c'est le cas de faire l'ablation de l'astragale.

M. *Théophile Anger*. Les pieds bots congénitaux osseux arrivés à un certain âge, ne peuvent guérir sans une opération sérieuse; mais si l'enfant est jeune, on peut le guérir par les appareils aidés de la ténotomie. M. Anger pourra montrer un garçon qui a maintenant onze ans; à la naissance, le pied continuait l'axe de la jambe; avec la section du tendon d'Achille et les appareils, on obtint un bon résultat. Il faut traiter le pied bot dès la naissance et employer des appareils à action constante. Si on attend que les os du tarse soient plus solides et les ligaments plus forts, le traitement aura moins de chances de succès.

M. *Lucas-Championnière*. Avec l'orthopédie on obtient des résultats incomplets dans un certain nombre de cas; avec l'ostéotomie, on obtient, en d'autres cas, des résultats remarquables; avec l'orthopédie, le traitement dure des années; avec l'ostéotomie, il dure des semaines.

M. *Després*. Il y a des malades qui ne guérissent pas malgré la ténotomie et les appareils; c'est alors le cas de faire l'ablation de l'astragale (pour les pieds bots invétérés). Mais ce n'est qu'une opération préliminaire destinée à faciliter le redressement, et il faudra le secours de la bottine en cuir moulé. Les pieds bots osseux préventifs n'existent pas; ils sont la conséquence de la mauvaise position de l'os.

M. *Chauvel*. Que deviennent les mouvements dans l'articulation du cou-de-pied après l'ablation de l'astragale? De plus, il doit y avoir une diminution de hauteur du membre au moins de 2 centimètres. Enfin, quel est le résultat fonctionnel?

M. *Polaillon* a adopté avec réserve la tarsotomie cunéiforme lors de son rapport sur le Mémoire de M. Beauregard (du Havre). L'opération de M. Boeckel le séduit davantage et il est disposé à l'adopter.

M. *Boeckel* ne conseille pas d'abandonner le traitement orthopédique. Mais les malades qu'il a opérés avaient déjà été traités par ce moyen, et à plusieurs reprises. M. Boeckel dit à M. Després qu'il a un fœtus de six mois avec un pied bot caractérisé; les os à l'état cartilagineux étaient déformés. A M. Chauvel, M. Boeckel dit qu'il a mesuré ses opérés et que s'il y avait une différence de longueur, elle était insignifiante.

— M. *Reclus* est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Des bains de vapeurs térébenthinées dans la goutte (M. Brémont) : M. C. Paul. — De l'emploi de la nitroglycérine en thérapeutique : M. Huchard; discussion.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage à la Société du premier fascicule du troisième volume de son *Traité de clinique thérapeutique*, comprenant les maladies du système nerveux.

— M. *C. Paul* donne lecture de son rapport sur un Mémoire de M. Brémont fils, relatif à l'action des bains de vapeurs térébenthinées dans le traitement de la goutte et de la lithiase urique. La térébenthine employée est celle du cèdre et l'absorption des vapeurs se fait uniquement par la peau, le corps seul du malade étant renfermé dans l'appareil; l'absorption du médicament est incontestable et les urines acquièrent une odeur caractéristique. Pendant les cinq ou six premiers jours du traitement, le sable augmente d'abondance dans l'urine des malades atteints de diathèse urique; mais ce phénomène n'indique nullement une exacerbation dans les symptômes de l'affection, car la quantité de sable diminue ensuite rapidement et toute trace disparaît bientôt.

Ces heureuses modifications persistent assez longtemps après la cessation des bains de vapeur.

M. C. Paul conclut en demandant l'impression du travail de M. Brémont dans les *Bulletins* de la Société. Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. *Huchard* fait connaître le résultat de ses expériences sur l'action de la trinitrine ou nitroglycérine; cette substance a été depuis quelques années employée en Angleterre et en Amérique pour combattre l'angine de poitrine. M. Huchard a expérimenté son action physiologique à la dose de une à six gouttes de solution au centième; au bout de trois à quatre minutes apparaissent de la céphalalgie, des vertiges, une sensation de plénitude du crâne, des bourdonnements d'oreille, de l'amblyopie. En même temps se montrent des modifications circulatoires, de la congestion marquée de la face, de l'accélération des battements cardiaques, des battements visibles dans les carotides et du dicrotisme du pouls, qui devient plus fort et plus rapide; quelques auteurs ont signalé un peu de polyurie. En résumé, on voit que la nitroglycérine amène l'excitation cardio-vasculaire, avec hyperhémie cérébrale et abaissement de la tension périphérique; c'est un paralyso-moteur qui diminue les résistances périphériques et, par suite, augmente la puissance de l'impulsion cardiaque. On peut donc la considérer comme un succédané du nitrite d'amyle, et l'on est amené à l'utiliser dans les affections aortiques et dans tous les cas d'anémie cérébrale par trouble circulatoire. M. Huchard l'a employée chez un malade atteint d'insuffisance aortique; les vertiges ont paru diminuer et les signes d'angoisse précordiale ont disparu. Dans deux cas d'angine de poitrine, il y a eu un amendement réel et marqué; dans un troisième il ne s'est montré aucune modification appréciable.

Dans certaines affections respiratoires, les médecins anglais ont essayé l'efficacité de la nitroglycérine, mais elle ne semble avoir aucune action sérieuse sur les phénomènes de la respiration; son pouvoir diurétique paraît être également contestable ou du moins bien peu marqué. Elle produit, au contraire, d'heureux effets dans les affections nerveuses avec anémie cérébrale, dans l'ischémie fonctionnelle de Ball, dans la névropathie cérébro-cardiaque; M. Huchard a plusieurs fois obtenu un amendement notable des crises de migraine cérébro-tonique. De même, contre les céphalées, la nitroglycérine a donné à M. Abadie d'assez bons résultats; dans douze ou quinze cas analogues M. Huchard l'a administrée avec quelque succès. Enfin, dans deux cas de vertige de Ménière, il a eu recours à ce médicament et l'un des malades en a obtenu une amélioration évidente.

Il est très important, avec une substance de cette énergie, de bien préciser les doses; ce n'est pas la nitroglycérine elle-même que l'on emploie, mais bien *une solution de nitroglycérine au centième*. M. Huchard a adopté la formule suivante : Eau distillée, 300 grammes; solution au centième de nitroglycérine, 30 gouttes; — prendre 3 cuillerées à dessert par jour; on pourra augmenter jusqu'à 3 cuillerées à bouche.

On a encore préconisé en Allemagne et en Amérique, comme succédanés du nitrite d'amyle et de la nitroglycérine, le nitrite de potassium et le nitrite de sodium. Ce dernier posséderait une action moins rapide que la nitroglycérine, mais d'une plus longue durée.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie la solution de nitroglycérine au centième; il en met 15 gouttes dans 200 grammes d'eau et en prescrit également 3 cuillerées par jour. Il croit qu'il faut se défier de la congestion céphalique intense que détermine ce médicament, dont les effets sont analogues à ceux du nitrite d'amyle, mais plus durables. Chez un certain nombre de malades anémiques, il a vu son emploi augmenter la céphalalgie au lieu de la faire disparaître.

M. *Moutard-Martin* fait observer que, d'après la communication de M. Huchard, l'efficacité de la nitroglycérine ne semble pas très nette, car il paraît hésiter à affirmer les heureux résultats du traitement. Ces faibles avantages suffisent-ils à compenser le danger que présente un semblable médicament, dont le maniement demande une prudence extrême.

M. *E. Labbée* partage l'opinion de M. Moutard-Martin. Il rappelle qu'il y a une vingtaine d'années M. Vulpian, après avoir étudié les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la nitroglycérine, arrivait à conclure que, dans les céphalalgies et les névralgies faciales, elle ne procure que des résultats douteux ou même mauvais.

M. *C. Paul* a prescrit pendant longtemps une excellente potion cordiale, qui n'expose à aucun accident et qui a quelque analogie avec la nitroglycérine. Elle renferme : véhicule, 120 grammes; alcool, 50 grammes; acide nitrique, 1 gramme.

M. *Huchard* fait observer que, s'il n'a pas été plus affirmatif relativement à l'efficacité de la nitroglycérine, c'est que le nombre de ses observations personnelles est encore trop peu considérable. Il n'a observé, du reste, aucun accident et pense que ceux qui ont été signalés par divers auteurs étaient le résultat de doses trop élevées. D'ailleurs, le nitrite d'amyle présente les mêmes dangers, et a le désavantage de ne pouvoir s'administrer qu'en inhalations.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume la discussion en rappelant que l'action de la nitroglycérine est analogue à celle du nitrite d'amyle et constitue un moyen puissant de congestionner l'extrémité céphalique; c'est un médicament énergique, dont il faut savoir saisir les indications et se servir avec prudence. Il insiste encore sur ce fait, qu'on ne doit pas prescrire la nitroglycérine elle-même, mais *une solution alcoolique au centième*, dont on dilue environ 15 à 20 gouttes dans 200 grammes d'eau. Il ajoute en terminant que si, pour sa part, il n'a jamais observé d'accidents avec la nitroglycérine, par contre, il n'en a jamais retiré aucun avantage sérieux.

M. *C. Paul* trouve, dans la rapidité d'action du nitrite d'amyle un avantage précieux lorsqu'il s'agit d'un cas de syncope ou d'une crise d'angine de poitrine; le seul inconvénient de ce médicament est son odeur désagréable et pénétrante. La nitroglycérine agit-elle aussi promptement?

M. *Huchard* reconnaît que la nitroglycérine manifeste moins rapidement ses effets, mais ils sont bien plus durables. A un malade qui recourait aux inhalations de nitrite d'amyle toutes les fois qu'il était surpris par un accès d'angine de poitrine, et qui se trouvait assez bien de ce traitement, M. Huchard a prescrit, dans l'intervalle des accès, la solution de nitroglycérine; les crises se sont éloignées et il ne s'en est pas montré depuis un temps déjà fort long.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Du bacillus tuberculosus dans la phthisie rapide,
par le docteur Samuel WEST.

Ayant eu l'occasion d'observer ce micro-organisme, dans deux cas de phthisie à marche rapide, l'auteur admet : 1° que le bacillus existe dans toutes les excavations tuberculeuses et que son groupement en masses, indique une gravité plus grande parce qu'alors le processus destructif est plus rapide; 2° que contrairement aux remarques d'autres pathologistes, le développement de ces microbes n'est pas

moins complet dans les cas où la maladie a une marche rapide que dans ceux où elle évolue lentement ; 3° que leur présence, au point de vue du diagnostic, confirmerait la nature de la maladie, confirmation d'ailleurs superflue dans la plupart des cas, puisque les symptômes physiques et fonctionnels sont cliniquement suffisants. Ces faits n'ont donc qu'une valeur pronostique. (*The pathological Society of London*, 6 février 1883, et *The Lancet*, 10 février 1883, p. 234.)

Des propriétés thérapeutiques de l'hyoscıamine, par le docteur Browne.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° l'hyosciamine administrée par la bouche a une action incertaine et même à doses élevées, présente des dangers ; 2° la méthode hypodermique est donc préférable parce qu'on peut manier plus facilement ce médicament et en proportionner plus exactement les doses à l'idiosyncrasie du malade ; 3° cet alcaloïde peut modérer les phénomènes d'excitation cérébrale sans produire le sommeil comme la morphine ou le chloral. Il a donné des résultats favorables, à doses peu élevées, dans le délire de la paralysie générale. Néanmoins l'effet produit n'est pas curatif et consiste seulement dans l'apaisement des accès pendant quelque temps. Il en est ainsi dans la manie aiguë. D'ailleurs on n'obtenait pas le même résultat par l'administration de la teinture de jusquiame à hautes doses, et l'effet consistait alors seulement, dans la dilatation des pupilles. (*British medical Journal*, novembre 1882.)

De l'influence de la fièvre typhoïde sur les aliénés, par M. le docteur Campbell.

Dans l'épidémie de l'asile de Durham, vingt-deux malades furent atteints et un seul succomba. Dix des survivants ont été guéris de leur aliénation mentale. Le cas le plus remarquable est celui d'une malade qui était affectée de manie aiguë depuis plusieurs mois.

Cinq des cas furent légers, sept graves et neuf d'intensité moyenne. Dans cette épidémie, la fièvre typhoïde paraît donc avoir exercé une influence favorable, d'après M. Campbell, sur l'aliénation mentale. (*Na Brand*, juillet 1882.)

Traitement de l'épilepsie par la ligature des artères carotides, par M. le docteur Alexander.

Vingt et un cas d'épilepsie ayant été traités par ce moyen, l'auteur déclare n'avoir observé la mort qu'une seule fois, comme conséquence de cette opération ! Ces succès n'ont de valeur qu'autant que les malades auront été mis en observation pendant de longs mois. En tout cas, le manuel opératoire classique, au témoignage du docteur Alexander, serait des plus simples et les chances de mort très faibles, durant l'opération ! (*Brain*, juillet 1882.)

Remarques sur l'emploi de l'ergot de seigle dans les maladies de la peau, par le docteur Hertzmann.

En 1881, le docteur Legrand, d'Enslow, avait obtenu de bons résultats de l'emploi de l'ergot dans l'acné disséminée à larges pustules, dans l'acné rosacée érythémateuse. L'auteur a continué ses recherches cliniques. Les effets thérapeutiques produits ont été nuls dans le psoriasis et l'eczéma, mais plus favorables contre l'érythème, l'urticaire et le prurit. Toutefois il faut remarquer que contre l'érythème ces résultats sont moins nets parce que cette dermatite disparaît et reparaît très rapidement. Il n'en a pas été de même dans les cas où l'urticaire et le prurit anciens et rebelles furent rapidement améliorés.

Ce médicament peut donc être utile dans certaines affections de la peau. Quelle est son action ? Le docteur d'Enslow admet que dans l'acné l'ergot agit sur les muscles des poils de la peau, contraction qui a pour effet de comprimer les masses sébacées. (*Medical Times*, septembre 1882, et *The Therapeutic gazette*, 15 décembre 1882, p. 474.)

De la transfusion du sang d'un animal à l'homme, par M. le docteur Mariani.

On a fait usage dans les deux cas, de la transfusion médiate, et le sang était extrait de la carotide d'un chevreau et injecté après défibrination dans la veine médiane céphalique. La première malade, une femme accouchée depuis dix jours, était épuisée par une métrorrhagie abondante. Le second, était un blessé, qui avait été atteint d'une hémorrhagie par une plaie du péricrâne. Dans les deux cas on observa une amélioration temporaire immédiatement après l'opération, mais la mort survint trente-six heures plus tard. (*El Siglo medico*, septembre 1882.)

Arythmie des bruits du cœur, par le docteur Broadbent.

Dans ce mémoire, l'auteur fait observer que l'intervalle entre le premier et le deuxième bruit cardiaque est augmenté quand la résistance artérielle est grande, que la compensation fait défaut, ou bien encore dans la dégénérescence graisseuse du cœur et les épanchements péricardiques. Cet intervalle est diminué quand la tension artérielle devient moindre, que le ventricule se contracte incomplètement et alors le malade est en imminence de syncope mortelle. (*The Practitioner*, janvier 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Le rôle des mères dans les maladies des enfants, par M. le professeur Fonssagrives ; cinquième édition. 1 vol. in-12. — Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nos lecteurs connaissent ce livre. Quand la première édition est sortie de la maison Hachette, en 1868, nous nous sommes empressé d'en signaler le mérite. Nous écrivions alors : « Les livres de ce genre ont un grand succès en Angleterre. Il serait à désirer que les femmes françaises lussent un peu moins de romans et prissent le même goût que les Anglaises à ces sérieuses et utiles études... C'est triste à dire, mais nous connaissons maints ouvrages semblables publiés en France et qui dorment du sommeil d'Epiménide chez leurs éditeurs. » Les mères de notre pays ont fait trêve à leur insouciance en faveur du livre de M. Fonssagrives. Nous ne savons si les autres se sont, comme Epiménide, réveillés tôt ou tard ; celui-ci n'a jamais dormi ; il a couru de mains en mains, s'épuisant rapidement et voilà la cinquième fois qu'il est obligé de reprendre corps.

Cette cinquième édition a été *revue et augmentée*. La révision a été ce qu'elle devait être d'un auteur qui se respecte et respecte les autres ; faite avec le plus grand soin, elle a amené d'utiles commentaires et quelques modifications avantageuses. Les additions font plus d'honneur encore à M. Fonssagrives, car il les a faites pour remplir des lacunes signalées par la critique, et cela « avec la docilité respectueuse » qu'il lui devait « en retour de sa bienveillance ». Mais le tout ne change que peu de chose à l'œuvre primitive, et nous croyons que c'est pour le mieux : sortie d'une grande expérience clinique, d'une

connaissance approfondie du cœur des mères et de hautes pensées morales, elle n'eût pu que perdre à une refonte ou à une surcharge de détails. M. Fonssagrives le dit lui-même dans sa nouvelle préface, *il n'a pu* tout d'abord faire ce livre autrement; c'était la meilleure raison pour ne pas l'essayer plus tard.

A. D.

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, par le docteur V. Hutinel, médecin des hôpitaux. Thèse pour le concours de l'agrégation (pathologie interne et médecine légale). — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Malgré l'apparente précision du sujet de thèse échu à M. Hutinel, il était encore assez délicat de définir nettement ce qu'il faut entendre par convalescence et par rechutes de la dothiénentérie; aussi chacune des deux parties qui composent ce travail renferme-t-elle, tout d'abord, une discussion intéressante sur la valeur des termes *convalescence* et *rechute* en pathologie générale.

Le dernier stade de la fièvre typhoïde ne termine pas d'une façon absolue la maladie, il se continue avec la convalescence, qui aboutit en dernier ressort à la guérison complète, à l'état de santé parfait. C'est dans la température que l'on puisera les indications permettant de fixer le moment où débute la convalescence; elle se révèle, en effet, ainsi que l'a montré Wunderlich, par la disparition complète de la fièvre et le retour définitif et persistant de la température, soir et matin, aux limites normales. Il est aussi un certain nombre de signes, fournis par l'étude du pouls et des urines, qui permettent d'affirmer plus sûrement la convalescence; mais ils sont plus inconstants et ont donné lieu à quelques divergences d'opinion parmi les observateurs : on peut dire cependant que le pouls se montre alors lent, irrégulier et polycrote; l'urine plus abondante et moins dense. Si le malade reste à ce moment pâle, faible et exposé à une foule d'accidents, si la santé n'est pas encore rétablie de façon complète, c'est que la réparation des tissus est loin d'être achevée.

M. Hutinel décrit ensuite le tableau général de la convalescence régulière chez le typhoïdique, sa marche, et les modifications dont elle s'accompagne dans les divers appareils de l'organisme; il fait voir comment la nutrition reprend peu à peu ses allures normales, et peut être, à cette période, caractérisée par ces mots : *le convalescent dépense le moins possible et absorbe le plus qu'il peut.*

Passant alors aux accidents de la convalescence, il enregistre les complications les plus fréquentes qui peuvent se produire au niveau des divers organes lésés au cours de la maladie par le poison typhique. Tels sont les accidents du côté du tube intestinal, angines, muguet, vomissements, diarrhée, etc.; les altérations du système circulatoire, la myocardite, l'artérite, les thromboses veineuses, les gangrènes : aux troubles cardiaques se rattachent la syncope et la mort subite. Enfin les lésions laryngées et pulmonaires; les désordres du système nerveux et de l'intelligence; ainsi que ceux l'appareil génito-urinaire.

Dans une seconde partie, l'auteur étudie les rechutes de la fièvre typhoïde. Après avoir rappelé les discussions qui se sont élevées au sujet des expressions *recrudescences, rechutes* et *récidives* de la dothiénentérie, il adopte pour définir les rechutes la proposition suivante : la rechute dans la fièvre typhoïde est la *reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence*, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque, dont la rechute n'est qu'un *reflet*, souvent atténué. On a incriminé de tout temps la constipation, les écarts de régime, les accidents gastro-intestinaux comme pouvant produire les rechutes, mais ce sont là des causes banales et qui ne possèdent pas une semblable influence; la rechute n'est, en réalité, qu'une seconde poussée de l'infection typhique dont nous ne connaissons pas jusqu'ici la nature exacte et le mode de développement.

Un dernier chapitre est consacré au traitement des convalescents de dothiénentérie, et en particulier à la réglementation de leur régime alimentaire et de leur hygiène. Il renferme des indications précieuses, qui pourront guider le praticien pendant cette période de la maladie qui exige tant de prudence et de soins minutieux.

André Petit.

Sur la méningite cérébro-spinale épidémique qui a eu lieu en Grèce en 1869 (texte grec), par M. Ch. Pretenderis Typaldos, professeur de clinique médicale dans la Faculté de médecine d'Athènes, etc. — Athènes, 1883, gr. in-8°.

Dans cet intéressant mémoire le savant clinicien d'Athènes, auteur bien connu de nombreuses publications épidémiologiques et autres, donne principalement les résultats de ses observations personnelles, mais aussi ceux des observations de nombreux médecins du pays, d'après des documents officieux encore inédits.

L'épidémie décrite par M. le professeur Typaldos s'est montrée tout à coup vers la fin de décembre de 1868 au sud du Péloponèse, dans les villages du mont Taygète, et peu après dans un grand nombre de localités, pour la plupart fort distantes les unes des autres, en Péloponèse, en Grèce continentale, ainsi que dans les Cyclades. La première apparition de l'épidémie a eu lieu après des froids intenses et une chute abondante de neige sur le Taygète. Les villes et les villages visités par la maladie ne présentaient ni un grand nombre d'habitants ni aucun encombrement extraordinaire. Des garnisons n'ont été atteintes que dans les villes où la maladie avait déjà éclaté dans la population civile. Il est bien à mentionner qu'à Nauplie, ville visitée par la maladie, aucun cas n'a été observé dans les prisons, où plus de cinq cents personnes étaient accumulées. Aucun cas de contagion n'a été affirmé nulle part. La plupart des observateurs du pays ont considéré le refroidissement et surtout le refroidissement humide comme la principale cause occasionnelle de la maladie. Pour ce qui concerne les malades de M. Typaldos, c'est chez les 3 dixièmes seulement qu'un refroidissement a précédé l'apparition de la maladie; néanmoins, comme il le remarque lui-même, la plupart des cas observés au Pirée et à Athènes se présentaient chez des personnes qui habitaient des maisons pauvres, froides et humides.

Pour ce qui concerne l'âge, il y a à remarquer que tandis que, dans certains endroits, aucun cas n'a été constaté chez des enfants, dans d'autres un grand nombre d'enfants ont été victimes.

Parmi les phénomènes que la maladie a présentés, il faut noter la grande fréquence, observée en plusieurs localités, de douleurs intenses aux articulations, ou même de tuméfactions articulaires parfaitement semblables à celle du rhumatisme articulaire aigu. Ce phénomène a été surtout observé à Livadia, où des rhumatismes articulaires isolés ont été aussi observés, tandis que, dans cette ville, les rhumatismes sont ordinairement rares. Bien souvent les épidémiologistes ont signalé, dans la méningite cérébro-spinale, l'existence d'une inflammation et même de suppuration dans les synoviales articulaires et même sur d'autres membranes séreuses. Ici on ne parle que de tuméfactions douloureuses des articulations semblables, nous le répétons, à celles qui caractérisent le rhumatisme aigu. L'*herpès labialis*, si souvent

observé dans plusieurs épidémies en France, était rare en Grèce pendant cette épidémie. Dans quelques cas graves de la maladie on a observé à Cythium des vomissements noirs.

La maladie a été fort meurtrière surtout à Tripoli de l'Arcadie, sur le mont Taygète et en Attique; presque partout les décès avaient dépassé la moitié des cas.

Index bibliographique.

DU TRAITEMENT DE LA GALE PAR LE NAPHTOL, par le docteur E. A. GUÉRIN. — Thèse de Paris, 1882. — A. Parent.

Le naphtol fut employé dès 1868 par Moritz Kaposi (de Vienne) dans le traitement de diverses affections de la peau, et, en particulier, de la gale et de l'eczéma. A son exemple, M. le professeur Hardy, en France, se servit du naphtol pour détruire le parasite de la gale et reconnut à ce mode de traitement une supériorité marquée sur l'usage de la pommade d'Helmerich; cette dernière, en effet, cause parfois des douleurs et des cuissons assez vives, et détermine, dans un certain nombre de cas, l'apparition d'éruptions eczémateuses artificielles. Aucun de ces inconvénients ne se montre avec le naphtol employé sous forme de pommade ainsi composée: vaseline, 100 grammes; naphtol, 10 grammes. Chez les malades observés dans le service de M. le professeur Hardy, aucun accident d'intoxication par le médicament, aucun des troubles rénaux en particulier, signalés par Kaposi, n'ont été constatés. La durée du traitement de la gale par le naphtol peut être évaluée à dix ou quinze jours. Le naphtol a encore été employé, comme parasiticide, par M. Nocard à l'école vétérinaire d'Alfort; ce professeur a réussi à guérir par ce moyen la maladie épileptiforme des chiens de meute, due à l'*acariase* auriculaire chez ces animaux.

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-LARYNGIENNE, par le docteur GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital de Lourcine. — Paris, 1881, G. Masson.

M. Gouguenheim a constaté, dans l'espace compris entre le larynx, la trachée et l'œsophage, l'existence de petits ganglions, voisins des nerfs récurrents, et dont l'hypertrophie donne lieu aux symptômes de l'adénopathie trachéo-laryngienne : celle-ci se révèle par la parésie, ou plus rarement la contracture des cordes vocales, apparaissant au cours de la tuberculose, de la syphilis et peut-être aussi du cancer, par suite de la compression des laryngés inférieurs. Dans quelques cas, la contracture des cordes vocales a déterminé des accidents asphyxiques graves, ayant nécessité la trachéotomie. Ces accidents ont été souvent, jusqu'ici, attribués à tort à l'adénopathie trachéo-bronchique. La parésie des cordes vocales est susceptible d'être modifiée heureusement par l'action des courants d'induction.

ACTION DU MUGUET (convallaria maïalis) SUR LE CŒUR ET LES REINS, par le docteur H. DESPLATS (de Lille). — Paris, 1882. J.-B. Baillière et fils.

A l'exemple des médecins russes Boioiavslevski et Troïtzki, et du professeur G. Sée, M. Desplats a expérimenté l'action du *convallaria maïalis* sur le cœur et les reins. Il a administré l'extrait de muguet à des cardiaques arrivés à la période de dyssystolie, à des albuminuriques hydropiques, à un cirrhotique et à un ictérique. Il a constaté que, à la dose d'un gramme à 1gr,50 d'extrait, le *convallaria* ralentit les contractions cardiaques, les régularise et augmente leur énergie chez les malades atteints de lésions mitrales avec dyssystolie; en outre, en l'espace de deux à trois jours, il provoque une abondante diurèse. Cette diurèse est beaucoup moindre chez les brightiques, et nulle chez les autres malades. On ne peut d'ailleurs, sans inconvénients, continuer plus de huit à dix jours l'administration du médicament : on voit dans ce cas l'énergie du cœur diminuer de nouveau, et reparaître une véritable dyssystolie toxique.

VARIÉTÉS

La trichinose à Malaga (1).

Voici l'exposé détaillé des faits brièvement racontés à la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Chatin:

Le 8 février 1883, on vint demander mes soins pour une famille qui habite dans la rue de Marmoles, n° 110. Il s'y trouvait quatre malades, trois femmes et un enfant, offrant tous, mais surtout les trois premières, le même tableau symptomatologique.

Toutes les trois avaient les traits extrêmement enflés par un œdème considérable; le gonflement et la transparence de la racine du nez, des joues et des paupières étaient tellement caractéristiques, qu'ils donnaient aux malades un aspect particulier, analogue à celui que produisent les grands érysipèles, mais en différant par la coloration et par cette circonstance que l'œdème n'était accompagné ni de douleur, ni de tuméfaction ganglionnaire. Les paupières, œdématiées, laissaient voir un chémosis conjonctival très transparent et développé surtout dans sa portion périkératique; chez deux des malades, on remarquait au fond du chémosis, tout près de la cornée, des suffusions sanguines de couleur rouge vif.

En soulevant les paupières, on n'observait aucune altération sensible dans le reste de la conjonctive, pas plus que dans la cornée ou dans la vision, qui, d'après les malades, était bonne. Le cou, la poitrine et les membres supérieurs étaient également œdémateux, quoique à un moindre degré. Il était difficile aux malades d'ouvrir bien la bouche et de montrer la langue, tant soit peu saburrale; ces mouvements leur faisaient mal, disaient-elles. Elles avaient de la fièvre (39 à 40 degrés), de la soif et peu d'appétit. Elles ressentaient des douleurs dans la tête et dans le corps; les mouvements leur étaient difficiles. La plus âgée, qui avait quarante-six ans, se trouvait dans le décubitus dorsal avec les bras près du corps, les avant-bras en demi-flexion et les mains dans la même position, par rapport à l'avant-bras; quand on tentait d'étendre les membres supérieurs, on produisait une douleur tellement vive qu'elle arrachait des cris aux malades, encore ne parvenait-on qu'à obtenir une extension partielle. La plus jeune malade (dix ans) ne pouvait parvenir à former un angle droit avec l'avant-bras par rapport au bras; le biceps et le long supinateur étaient douloureux, surtout dans les mouvements d'extension. Cette jeune fille, chez laquelle l'impossibilité d'étendre les bras s'affirmait le plus, ne pouvait également étendre les doigts.

Dans les articulations, on n'observait pas de douleur lors des mouvements de flexion limitée que permettaient les plans musculaires, ni lorsqu'on les comprimait dans les parties moins recouvertes par les muscles; il n'en était plus de même pour ces derniers, qui étaient tuméfiés et indurés. Tout mouvement devenait difficile parce qu'il était douloureux.

En multipliant les questions, j'appris que la maladie datait des derniers jours de janvier. Les malades n'avaient éprouvé aucun refroidissement; elles n'avaient mangé ni thon, ni mollusques; elles ne se rappelaient avoir pris aucun aliment qui n'eût été aussi partagé par les autres membres de la famille. Elles avaient commencé à se sentir indisposées depuis une douzaine de jours, et les premiers malaises s'étaient manifestés sous la forme de légères douleurs abdominales. Elles avaient eu des nausées, et, dès l'origine, de la diarrhée peu intense. Peu à peu leurs yeux, puis leur visage, s'étaient enflés, et on leur avait ordonné des lotions avec une décoction de sureau, de la tisane de canne, etc.; en outre, elles s'étaient purgées.

Le pouls était faible et fréquent (120); elles transpiraient spontanément et abondamment; elles dormaient peu.

Toutes les malades ayant la fièvre, le pouls étant faible et fréquent, l'auscultation révélant de la faiblesse dans l'impulsion cardiaque, je prescrivis une infusion de digitale à prendre par cuillerée d'heure en heure, et je promis de revenir le lendemain matin.

Je ne pouvais m'expliquer cet ensemble symptomatologique : un œdème débutant par la face, sans aucune modification dans la quantité ou dans les caractères de l'urine, sans douleur dans la région lombaire, sans refroidissement préalable permettant d'admettre une affection rénale; le tout accompagné de diarrhée et d'une transpiration facile, abondante. Les malades n'avaient pas

(1) Extrait d'une lettre adressée par le docteur A.-L. Henriquez (de Malaga) au docteur R. Rodriguez Mendez, directeur de la *Gazette médicale de Barcelone* (*Gaceta medica Catalana*, n° du 15 mars 1883, Barcelone).

été enrhumées; elles n'avaient ressenti aucune fatigue en marchant; l'examen du cœur ne révélait aucune lésion. D'autre part, le rhume ne détermine pas d'enflure musculaire localisée dans les fléchisseurs, il ne les rend pas durs et tuméfiés; quand bien même le rhume produirait de semblables effets, qu'est-ce que l'œdème et la diarrhée auraient à voir avec le rhume?

Presque toutes les malades se rappelaient avoir mangé de la viande de porc hachée (saucisses); on n'avait pas employé de vases métalliques pour la cuisson.

Les douleurs musculaires suffisaient amplement à expliquer la fièvre, l'œdème et la position des malades; aussi, en écartant nécessairement toutes les maladies, j'eus l'heureuse idée de penser à la trichinose, que je résolus d'étudier dès que je serais rentré chez moi. J'y trouvai un collègue qui m'avait fait l'honneur de m'attendre pour que j'assistasse à une consultation au sujet d'une de ses malades. Je m'en fus avec lui, continuant à penser à la trichinose jusqu'au moment où, dans la rue, il commença à m'entretenir de sa malade, m'exposant la rareté de l'affection qu'il ne s'expliquait pas, et me faisant des symptômes un tableau très semblable à celui qui formait l'objet de mes préoccupations. Je me trouvai bientôt en présence de la malade en question, et je l'examinai minutieusement. J'eus alors l'occasion de confirmer mon diagnostic, car j'appris que *la malade avait mangé d'un jambon, non pas du pays, mais bien américain;* la maladie avait débuté par de la diarrhée, puis il y avait eu des nausées, des vomissements et de violentes céphalalgies qui persistaient encore. La face était très œdématiée; le corps et les bras l'étaient moins, mais l'œdème était très apparent sur les mains. Il y avait du chémosis conjonctival avec suffusions périkératiques rouges; on remarquait un léger enrouement, peu de toux, du bruit de souffle dans les grands vaisseaux; le pouls était de 150 pulsations, la température à 39 degrés; décubitus dorsal; membres supérieurs en demi-flexion; on provoquait des douleurs musculaires quand on cherchait à étendre ou à comprimer les muscles; sueurs, prostration, légère dyspnée. La malade éprouvait des douleurs abdominales. La diarrhée persistait.

En me retraçant l'historique de la maladie, tel que je viens de le résumer, mon collègue ajouta qu'il avait commencé le traitement par un purgatif, parce qu'il y avait de l'embarras gastrique, puis il avait administré des opiacés, du sous-nitrate de bismuth et des anexosmotiques pour combattre la diarrhée; le tout en vain, car lorsque la malade semblait aller un peu mieux, elle avait encore, en peu de temps, huit à dix selles. Lorsque je lui eus fait part de mes impressions au sujet des malades dont j'ai parlé plus haut, nous tombâmes d'accord pour diagnostiquer la trichinose, et nous administrâmes du calomel, qui fit encore augmenter le nombre des selles. La malade souffrait moins des douleurs abdominales, et son appétit était meilleur; j'ordonnai le lendemain du jus de viande et du vin, en même temps qu'une nourriture fortifiante. Nous eûmes le soir une autre consultation avec le docteur Martos, qui approuva le diagnostic et le traitement, en prescrivant de la benzine; comme elle répugnait à la malade, on la supprima le lendemain pour la remplacer par l'extrait éthéré de quinquina.

Malgré ce traitement, la faiblesse cardiaque augmentait, et le pouls devenait irrégulier, très faible et fréquent; on donna alors de la digitale, puis du bromure. La malade déclara se sentir mieux; elle mangeait bien, mais le pouls devenait si rapide qu'il était impossible de compter les pulsations; il y eut des soubresauts des tendons, l'essoufflement augmenta; la température descendit dans les derniers jours à 37 degrés. Ces désordres montraient que la malade allait mourir par suite de l'impossibilité où se trouvait le cœur de continuer ses fonctions, faute d'énergie et par suite d'une véritable asystolie. C'est ce qui arriva: malgré tous les stimulants, café, sinapismes, etc., la malade succomba le 13, c'est-à-dire six jours après ma première visite. Malheureusement pour la science, la famille ne voulut pas laisser faire l'autopsie.

Le 9, j'avais examiné au microscope un petit morceau du jambon et l'avais reconnu trichiné; le même jour j'obtins un résultat identique en examinant les saucisses dont avaient mangé les autres malades. Je fis le premier examen microscopique avec le concours de mon ami, le docteur Rodrigo Millan, ton élève. Le soir, je réunis MM. Martos, Cazenove et Toro, ainsi que mon frère François, qui ont été également tes élèves; ils se convainquirent, de la façon la plus absolue, de la parfaite identité de nos préparations avec une préparation française que j'avais. Nous les comparâmes aussi avec des gravures, et nous résolûmes alors d'adresser un rapport au gouverneur.

Ce rapport, rédigé par MM. Martos, Toro et le soussigné, relatait l'observation de la malade au sujet de laquelle avait eu lieu la consultation, signalait l'existence de la trichinose à Malaga, établissait que nous avions reconnu au microscope la présence de la trichine, et invitait le gouverneur à prendre les mesures qu'il jugerait utiles. Avec son activité et son empressement habituels, il convoqua le conseil de santé en nous faisant l'honneur de nous inviter à assister à la séance, et en prenant les mesures que tu connaîtras par les journaux.

J'ai vu depuis lors d'autres « trichinés », et j'ai été assez heureux pour obtenir d'une famille l'autorisation d'enlever sur un cadavre une petite portion du biceps brachial; elle contenait une grande quantité de trichines; lorsque nous l'examinâmes à la Société des sciences, nous pûmes constater les mouvements des helminthes, qui n'étaient pas encore enkystés.

Je ne veux pas terminer cette lettre sans te faire connaître le grand intérêt que la Société des sciences a pris à la question de la trichinose; elle nous a donné les plus grandes facilités pour l'étude du nématode, qui actuellement préoccupe si fort tous ceux qui, comme nous, se consacrent à l'art de guérir.

Dr Antonio Linares Henriquez.

Les accoucheurs des hôpitaux.

Voici la lettre adressée par M. Nicaise, chirurgien des hôpitaux, à M. le préfet de la Seine :

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de membre du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, et je vous prie de la transmettre à M. le ministre de l'Intérieur.

Désigné par les suffrages des chirurgiens des hôpitaux pour siéger dans le Conseil, j'avais, entre autres missions, celle de défendre les principes, toujours respectés jusqu'ici, sur lesquels repose la nomination du Corps médical des hôpitaux, et auxquels il doit sa valeur scientifique et morale, dont l'Administration est la première à profiter.

Le Conseil a porté à ces principes une atteinte grave, qui aura pour conséquence l'abaissement du Corps médical.

Il a voté la création d'accoucheurs nommés par un concours spécial, tandis que les accoucheurs faisant déjà partie du Corps médical hospitalier devaient leur origine au concours général.

Puis, sans tenir compte de l'opinion presque unanime des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, il a voté également l'introduction des accoucheurs issus du concours restreint, dans les jurys des concours de médecine et de chirurgie, bien que, par leurs études et leurs fonctions étroitement délimitées, ils n'aient qu'une compétence spéciale, qui ne leur donne pas l'autorité suffisante pour juger les questions générales de médecine et de chirurgie.

Mon devoir est de protester contre ces décisions et c'est ce qui me détermine, Monsieur le Préfet, à vous remettre ma démission de membre du Comité de surveillance.

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, l'assurance de mon profond respect.

Nicaise.

M. Moutard-Martin, médecin des hôpitaux, a aussi adressé à M. le préfet de la Seine, une lettre à peu près conçue dans le même sens.

Pollakiurie et sychnurie. — M. le professeur Laboulbène nous communique une lettre adressée par lui à M. le docteur Dieulafoy, l'engageant à remplacer, pour exprimer la fréquence de la miction, sans abondance d'urine, le mot *Pollakiurie* (πολλάκις, souvent, et οὖρον, urine), par le mot Sychnurie (συχνὸν, souvent), afin d'éviter une confusion avec *Polyurie* (πολύς, abondant), qui signifie l'abondance d'urine.

Nous croyons en effet que *Sychnurie* est plus euphonique que *Pollakiurie;* mais il nous avait été déjà indiqué, et il est inscrit depuis assez longtemps dans le vocabulaire manuscrit du Dictionnaire encyclopédique. Nous croyons savoir, du reste, sans pouvoir fournir en ce moment d'indication précise, que le mot existe déjà dans la littérature médicale, antécédent tout à l'honneur et non à la confusion de celui qui en propose en ce moment l'emploi. A. D.

Nécrologie : Martin-Damourette. — Le 22 avril a succombé, à l'âge de soixante et un ans, dans la personne de M. Martin-Damourette, un médecin qui, dans sa situation modeste de professeur *libre* de thérapeutique, étranger à tout corps officiel, dépourvu de toute distinction honorifique, doit compter parmi les médecins qui ont rendu le plus de services à l'enseignement. Plus de dix générations d'élèves ont reçu ses leçons, recherchées avec un empressement particulier pour la sûreté des informations et du jugement, comme pour la connaissance approfondie des diverses annexes de la science et de la pratique. Martin-Damourette laisse un vide qui sera difficilement rempli.

— M. Vigneron, interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Boulogne-sur-Mer. Interne de première année il avait constamment été malade depuis son admission.

— Le docteur Cloiraz de Montigny, le doyen des médecins du Valais, vient de succomber à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— Le docteur Baylon (de Genève) vient de mourir à l'âge de soixante-deux ans. Il avait soutenu sa thèse à Paris en 1850, sur l'hystérie.

— Le docteur Comoy, ancien médecin-major des mobiles de la Nièvre et médecin de l'hôpital général de Nevers, est mort dans cette ville, le 24 mars, à l'âge de quarante-cinq ans.

— M. Gassies, directeur du musée préhistorique de Bordeaux, est mort à l'âge de soixante-sept ans.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
Programme des concours.

1881-1883. — (Prix fondé par un anonyme.) Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. Prix : 8000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements, de 300 à 1000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25 000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1882-1884. — Faire l'histoire de l'hystérotomie et de l'hystérectomie et de leurs applications. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 1er février 1884.

Faire une étude comparée de la tuberculose considérée chez tous les animaux domestiques, sous le quadruple rapport des causes, des symptômes, des lésions et du traitement. Faire ressortir éventuellement les rapports qui existent entre la tuberculose et la phthisie pommelière, et établir les conséquences que la consommation de la viande et du lait des bêtes bovines atteintes de pommelière peut avoir sur la santé de l'homme. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 1er février 1884.

1882-1885. — Étudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 février 1885.

1883-1886. — Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. Prix : 1500 francs. Clôture du concours : 1er avril 1886.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand (1), doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

Bruxelles, 31 mars 1883.

Le secrétaire de l'Académie : A. Thiernesse.

(1) Les mémoires, présentés pour prendre part au dernier de ces concours, peuvent être écrits, en outre, en allemand, en anglais et en italien.

Service de santé militaire. — Dorénavant, les médecins majors de 1re classe attachés aux régiments, ou employés dans les hôpitaux sans avoir subi les épreuves prescrites par la note ministérielle du 18 mai 1877 et le décret du 27 avril 1878, et ne figurant point encore au tableau de classement, pourront être proposés par les chefs de corps ou les médecins-chefs, pour le grade de médecin-principal de 2e classe, mais que ces propositions ne deviendront définitives qu'autant qu'ils auront subi avec succès les épreuves suivantes : 1° examen clinique de quatre malades choisis moitié parmi ceux atteints d'affections médicales, moitié parmi ceux atteints d'affections chirurgicales; 2° rédaction de certificats de visite pour des cas donnés de blessures ou d'infirmités, ouvrant des droits à la retraite ou à la gratification de réforme renouvelable en nécessitant des congés de réforme n° 1, n° 2, l'envoi en congé de convalescence ou aux eaux thermales, etc.; 3° interrogations sur la législation et l'administration militaires.

(*Arrêté du Ministre de la Guerre.*)

Mortalité a Paris (17e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 avril 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1330, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 12. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 60.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 267. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 138. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45 ; au sein et mixte, 24; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 125; de l'appareil circulatoire, 90; de l'appareil respiratoire, 104; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 17e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 20 au 26 avril, 1233 naissances et 1330 décès. Ce dernier chiffre qui se rapproche sensiblement de celui de la période précédente (1342) est supérieur à la moyenne des décès survenus pendant les quatre dernières semaines (1306). Les nombres des décès dus aux maladies épidémiques sont encore assez élevés. Si l'on peut constater une atténuation pour la variole et la diphthérie, qui n'ont causé que 12 et 44 décès, au lieu de 16 et 49 (chiffre du précédent septenaire), la rougeole continue à sévir avec quelque intensité (40 décès au lieu de 31). Les quartiers les plus frappés sont ceux de *Saint-Ambroise*, la *Gare*, *Montparnasse*, *Clignancourt*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la tuberculose expérimentale, par M. le docteur M. X. J. Schmitt. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 3 fr.

Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision, par M. le docteur J. Chauvel. 1 vol. in-18 de la bibliothèque diamant, avec 150 figures. Paris, G. Masson. 6 fr.

De l'hérédité syphilitique, par M. le docteur H. Blaise. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Chirurgie orthopédique thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades, par M. le docteur A. de Saint-Germain. 1 vol. in-8 de 650 pages et 129 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie au point de vue de l'hygiène, par M. E. J. Armand Gautier. 1 vol. in-18 de 310 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1883, par M. le docteur E. Bouchut. 1 vol. in-8 de 256 pages. J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales, par M. le docteur M. Jousset. In-8 de 176 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

L'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation. Leçon d'ouverture du cours de M. le docteur T. Gallard. Paris, H. Lauwereyns. 1 fr. 50

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique des dyspepsies.

Il y a quelque temps, nous appelions l'attention de nos lecteurs sur une nouvelle médication des dyspepsies, dont l'efficacité thérapeutique a été établie par une longue série d'expériences.

Ce traitement est venu, fort heureusement, combler une lacune de la thérapeutique de cet état pathologique. Car on chercherait vainement, à l'heure actuelle, dans les traités de pathologie, une médication applicable à la dyspepsie. La plupart des auteurs de ces ouvrages n'ont en général qu'un but : combattre les symptômes si variés de cette maladie si fréquente.

Or ce ne sont pas seulement les symptômes qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes.

En réduisant la digestion stomacale à sa plus simple expression physiologique, on voit que tout acte digestif se réduit à deux facteurs : des sécrétions et des mouvements. Que les sécrétions de l'estomac soient altérées dans leur quantité ou leur qualité, que l'acide et que la pepsine ne soient plus en proportions voulues, et l'acte chimique de la digestion est incomplet, il en résulte une digestion difficile, irrégulière, c'est-à-dire la dyspepsie. L'irrégularité des mouvements, leur manque d'énergie peuvent aussi troubler la digestion, c'est encore la dyspepsie. Hâtons-nous d'ajouter que les sécrétions jouent un rôle beaucoup plus important que les mouvements.

Pour certains auteurs, la dyspepsie n'est que le résultat d'un trouble de sécrétion, d'un trouble chimique. Pour être rationnel, le traitement des dyspepsies doit donc être basé sur ces origines chimiques, il faut avant tout suppléer à l'insuffisance du suc gastrique. L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez répond parfaitement à cette indication, sa composition est absolument rationnelle et physiologique.

S'inspirant des remarquables travaux de MM. Berthelot et Ch. Richet sur le suc gastrique, M. Grez est parvenu à reproduire le principe actif du suc gastrique en combinant ses deux ferments essentiels, la pepsine et l'acide chlorhydrique. Ce nouveau ferment, doué d'un pouvoir énergique, puissant, associé aux amers, constitue la base de cette nouvelle médication.

On voit que cette préparation agit en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion. Tandis que la pepsine chlorhydrique agit directement sur les aliments, les amers, le quinquina, la coca stimulent l'appétit, augmentent la sécrétion du suc gastrique en excitant la muqueuse.

L'expérience est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication et la rapidité de son action. Il nous suffira de rappeler les expériences faites par M. le professeur Gubler, qui démontraient que cette préparation possédait une action digestive puissante, et que la plupart des dyspepsies, notamment la dyspepsie chez les anémiques, les tuberculeux, était combattue avec le plus grand succès par l'emploi de ce traitement.

Des expériences plus récentes de MM. Dujardin-Beaumetz, Frémy (de l'Hôtel-Dieu), Gombault (de Beaujon), Huchard et Lucas-Championnière, sont venues confirmer les premiers résultats, et démontrer que cette préparation jouissait d'une efficacité remarquable dans les différentes formes de la dyspepsie.

A ces succès dans le traitement des dyspepsies, il faut joindre encore ceux qui sont obtenus dans le traitement des troubles gastro-intestinaux des enfants. Des expériences faites à l'hôpital des Enfants par MM. Archambault et Bouchut ont démontré que l'emploi de cette médication donnait, chez les enfants, des effets merveilleux.

Le succès si légitime de cette préparation est justifié par son mode d'emploi si facile, son action rapide, ses propriétés digestives et reconstituantes, qui en excitant l'appareil digestif amènent une suractivité dans les phénomènes de la nutrition, suractivité à laquelle, selon toute probabilité, doivent être rapportés les heureux effets qu'elle produit chez les chlorotiques, les anémiques, les scrofuleux et les convalescents.

Dr Germond.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le so en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée: une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons, le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes.

Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

DEUX DICTIONNAIRES DE MÉDECINE

(PARIS, G. MASSON, ÉDITEUR)

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur A. Dechambre, par demi-volumes, en quatre séries simultanées; la première commençant par la lettre A, la deuxième par la lettre L, la troisième par la lettre Q et la quatrième par la lettre E. Chaque volume paraît en deux fascicules de 400 pages chacun, grand in-8°. Prix de chaque fascicule, 6 francs.

La médecine étend chaque jour son domaine; chaque jour aussi toutes les spécialités sont de la part des hommes les plus compétents l'objet de travaux et d'expériences qui font de chacune d'elles non plus seulement une branche de la science, mais un tout complet qu'il faut étudier et connaître dans tous ses détails.

Aussi les monographies succèdent-elles aux monographies, apportant chacune une pierre nouvelle à l'édifice, sans que personne puisse être assuré, quelque budget qu'il consacre à ses achats de livres, de trouver à un moment donné le résumé exact et complet d'une question qu'il lui importe d'étudier soit au point de vue scientifique, soit pour les besoins de sa pratique.

Le moment était donc venu de réunir dans une vaste encyclopédie tout ce qui touche aux sciences médicales.

Plus de 250 collaborateurs, parmi lesquels figurent les savants et les praticiens les plus éminents de toute la France, se sont réunis sous la direction de M. A. Dechambre. Une société puissante s'est constituée, et 65 volumes, qui représentent plus des deux tiers de l'œuvre totale, ont été successivement publiés.

Grâce à une division en *quatre séries* paraissant simultanément, la publication a été menée de plus en plus rapidement, et les 12 fascicules, publiés annuellement, en moyenne, sont, grâce au caractère compact employé, chacun l'équivalent d'un fort volume in-8° ordinaire.

Il est à peine nécessaire d'insister sur la valeur scientifique du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Il fait absolument autorité dans la science, et les articles en sont cités dans tout le monde savant

Mais ce qu'il convient de faire remarquer, c'est le caractère pratique que les auteurs ont su imprimer même aux articles les plus scientifiques; c'est le soin de la direction, de choisir pour chaque article le collaborateur absolument compétent; c'est le développement donné aux articles dits de sciences accessoires, si souvent utiles aux médecins, et qu'ils ne trouvent d'habitude traités, surtout à leur point de vue, dans aucun des livres qui constituent une bibliothèque professionnelle même étendue; c'est enfin le nombre des figures exécutées avec le plus grand soin et presque toutes originales.

On nous permettra, du reste, de réunir ici quelques détails statistiques qui, sans toucher au fond même de l'œuvre ou à sa valeur scientifique, sont bien propres à en montrer l'importance:

Les 65 volumes, aujourd'hui complets, représentent un total de 51 200 pages, dont chacune comprend 4000 lettres. Les articles sont au nombre de 10 193; les figures ne s'élèvent pas à moins de 2176. Tous les volumes ont été plusieurs fois remis sous presse, quelques-uns cinq à six fois, et la somme déjà dépensée s'élève à près de deux millions de francs; le nombre des feuilles de papier nécessaires au tirage a été jusqu'à ce jour de dix-neuf millions, et les feuilles constamment composées à l'imprimerie Lahure et en cours d'impression pour assurer la marche régulière de l'œuvre ne représentent pas moins de 10 000 kilogrammes de caractères d'imprimerie. C'est, croyons-nous, le matériel le plus considérable qui ait jamais été mis au service d'une seule publication.

Tout en un mot, au point de vue industriel comme au point de vue scientifique, contribue à faire du *Dictionnaire encyclopédique* une des entreprises de librairie les plus considérables du dix-neuvième siècle.

ÉTAT DE LA PUBLICATION AU 1er MAI 1883

Le *Dictionnaire encyclopédique* paraît en quatre séries :

A-E	18 volumes publiés	(A — Diapason)	1re série.
F-K	8 1/2	— (F — Glandes)	2e série.
L-P	17 1/2	— (L — Orizaba)	3e série.
Q-Z	11	— (Q — Sternopliages)	4e série.

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par MM. A. Dechambre, Mathias Duval, L. Lereboullet. Un très fort volume grand in-8° imprimé sur deux colonnes. Prix : 30 francs.

Les *Dictionnaires de médecine* répondent selon leur plan et leur étendue à des besoins bien distincts.

Les uns, comme le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, prétendent, dans une série d'articles longuement étudiés, présenter le tableau complet de la science : ils tiennent dans les bibliothèques la place de nombreuses monographies sur tous les sujets qui intéressent le médecin. Ce sont des livres d'étude, et dont la publication est œuvre de longue haleine.

Les autres, poursuivant un but plus modeste, mais non moins utile, donnent peu de place à la discussion, ménagent les phrases et l'espace, mais résument, classées par ordre alphabétique sous une forme précise et didactique, les définitions et les indications éparses dans cent traités ou manuels; ils permettent de connaître rapidement la signification d'un mot technique, d'apprendre ce que l'on ne sait pas; de revoir rapidement ce que l'on sait, de le retrouver dégagé de tout ce qui ne touche pas à la question même que l'on veut étudier.

Ce sont, quand ils ont été bien conçus et bien exécutés, des ouvrages précieux non seulement au médecin, mais à l'étudiant, au légiste, aux gens du monde même, dont la curiosité et l'attention sont si souvent appelées par leurs lectures ou le hasard des conversations sur des choses ou des mots qui leur sont absolument étrangers. C'est, en un mot, le livre que nous avons voulu faire, et que nous présentons aujourd'hui au public, pleins de confiance dans l'accueil qu'il fera à notre entreprise.

Cette entreprise d'ailleurs n'est pas sans précédents. Il existe dans la littérature médicale plusieurs dictionnaires de médecine abrégés : un surtout justement apprécié, et maintes fois réimprimé. On sait que des deux hommes éminents dont la collaboration avait fait la fortune de cet ouvrage, le premier est mort, le second s'en est volontairement retiré; une nouvelle édition confiée à d'autres mains en est à peine à ses débuts. Là n'est cependant pas le motif qui a décidé les auteurs et l'éditeur du *Dictionnaire usuel* à entreprendre à leur tour ce vaste travail.

Ils ont cru qu'en concevant d'ensemble une œuvre entièrement nouvelle, en adoptant une méthode plus nettement médicale, ils pourraient répondre mieux que ceux qui les ont précédés, au but réel d'un pareil livre, aux besoins et aux goûts de ceux qui sont destinés à le consulter.

Comme nous l'avons dit plus haut, un dictionnaire usuel n'est pas une œuvre de discussion : aussi, au point de vue doctrinal, en psychologie comme en pathologie générale et en anthropologie, on s'est efforcé de ne point soulever d'inutiles controverses, mais de donner des définitions exactes, et un résumé précis de ce qui ne peut être contesté par aucun savant impartial et instruit.

Au point de vue pratique, on n'a rien négligé de ce que peut et doit connaître le médecin. En réunissant dans un seul article des mots dont la définition seule encombrait les précédents dictionnaires et qui se retrouvent dans tous les lexiques de la langue française et s'expliquent facilement, on a su se ménager l'espace que réclamaient des descriptions souvent étendues; et il n'est guère de choses que le médecin ou l'étudiant aient intérêt à savoir qu'ils ne trouvent au moins indiquées, sous une forme précise et didactique, et là même où ils iront tout naturellement les chercher.

Les noms des auteurs du *Dictionnaire* sont à eux seuls un programme et une garantie. Ceux-ci ont su s'entourer en outre de savants collaborateurs qui ont donné à chaque article spécial un caractère de compétence absolue. Grâce à une entente parfaite entre tous, à un plan bien nettement arrêté dès l'origine, le nombre des collaborateurs n'a pas empêché l'unité générale de doctrine et de méthode.

Ajoutons enfin, car ce n'est pas chose à dédaigner dans un ouvrage compact, nécessairement imprimé en caractères assez fins, que les dispositions typographiques, le soin de l'exécution matérielle, permettent de consulter et de lire le dictionnaire sans fatigue; que les figures sont nombreuses, toutes utiles et appropriées au sujet, destinées en un mot à compléter l'article, à le rendre plus clair, plutôt qu'à réunir et à utiliser les richesses plus ou moins grandes d'un matériel de librairie.

Deux fascicules ont paru. Ils vont jusqu'au mot FOLIE donnant en 640 pages, 6120 articles ; le troisième sera publié à sa date, c'est-à-dire le 15 mai. Dans huit mois environ, l'ouvrage sera complet, et la littérature médicale française aura été dotée d'une œuvre nouvelle, qui aura pendant de longues années sa place dans toutes les bibliothèques.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Le *Dictionnaire usuel* paraît dans le format grand in-8° raisin sur deux colonnes de chacune 74 lignes de 60 lettres.

Il sera complet en 6 fascicules de chacun 320 pages (640 colonnes). Prix du fascicule : 5 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Le brome, doué de qualités très irritantes, difficile à administrer médicalement, est peu employé en médecine; c'est le bromure de potassium qui est généralement adopté.

Le bromure de potassium a été étudié, dans ces derniers temps, par des expérimentateurs et des thérapeutistes d'une grande valeur, MM. Bazin, Besnier, Bidd (de Philadelphie), Brown-Séquard, Cersoy, Ferrand, Gubler, Moutard-Martin, Pletzer, Ricord, Stone, Tessier (de Lyon), Thomas (de Sedan), Voisin. Ces études expérimentales et cliniques ont mis en lumière les effets physiologiques et les propriétés médicinales du bromure de potassium, et ont permis d'instituer avec cet agent une médication rationnelle, remarquable par la régularité et la certitude relative des résultats obtenus suivant les doses prescrites.

L'influence générale propre de la médication par le bromure de potassium consiste à modérer, ralentir et régulariser l'action du cœur, et à produire le calme de la circulation. C'est bien certainement en agissant d'abord sur les centres nerveux que le bromure de potassium exerce son influence sur le cœur; mais on admet de plus que c'est par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, dont il augmente l'action, que ce médicament amène la sédation et l'hyposthénie de tout le système.

Indépendamment de cette action générale, le bromure de potassium manifeste, sur certaines régions, une action élective. Cette action s'observe à l'entrée des voies respiratoires et des voies digestives, où l'on signale l'augmentation de la salive, et, lorsque la dose est suffisante, l'insensibilité de l'isthme du gosier et du pharynx; sur l'appareil génito-urinaire, où elle se révèle par la cessation ou l'amoindrissement des excitations anormales du système génital, et par l'augmentation de la sécrétion urinaire.

Mais, bien qu'il ne présente pas à beaucoup près les qualités irritantes du brome, le bromure de potassium, avec sa saveur salée et son arrière-goût amer, demande à être administré avec certaines associations, qui en rendent l'usage plus agréable et plus efficace M. Laroze, qui depuis longues années fabrique en grand et avec succès le sirop d'écorces d'oranges amères, a été conduit tout naturellement à en faire le véhicule du bromure de potassium; cette association du bromure de potassium avec le sirop d'écorces d'oranges amères est parfaitement rationnelle. D'ailleurs, dans cette préparation, le bromure de potassium est à l'état chimiquement pur, c'est-à-dire qu'il n'est pas uni à la plus petite parcelle d'iodure de potassium; sans cet état de pureté, la préparation ne justifierait pas son titre de sirop sédatif. De plus, le dosage du médicament y est fixe, toujours le même. Une cuillerée à bouche représente invariablement 1 gramme de bromure de potassium; une cuillerée à café, le quart de cette dose, soit 25 centigrammes.

Le *sirop sédatif* d'écorces d'oranges amères *au bromure de potassium* convient dans tous les cas d'irritation, soit nerveuse, soit circulatoire; dans les hyperhémies en général, dans les congestions des centres nerveux; c'est un agent hypnotique précieux là où les préparations opiacées échoueraient. Son utilité n'est pas moins marquée dans certaines maladies du cœur, et surtout contre les palpitations nerveuses ou symptomatiques. Il combat avec efficacité la toux spasmodique de la bronchite, la toux convulsive de la coqueluche, les crise de suffocation de l'emphysème et de l'asthme, la toux déchirante des phthisiques; il adoucit les douleurs cruelles de la laryngite ulcéreuse; il est indiqué dans les phlegmasies de l'isthme du gosier et du pharynx, dans les cas d'œsophagisme et de disphagie. On a cité des cas de guérison d'angine pseudomembraneuse par ce médicament. Il y a donc indication du sirop sédatif dans la diphthérite. Il combat les névroses en général, la chorée, les convulsions, le tétanos, la toux nerveuse et les autres phénomènes de l'hystérie, et surtout l'épilepsie. Dans le *delirium tremens* son emploi est utile. Aucun autre agent n'est plus précieux pour combattre l'éréthisme génital, les érections nocturnes, pour guérir la spermatorrhée, pour dissiper les souffrances qui ont pour cause la névralgie du col de la vessie. Le sirop d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium devient précieux dans la médecine des femmes et des enfants. Aussi les vomissements nerveux quotidiens, pendant la grossesse, en réclament l'emploi. Chez les enfants en bas âge, il calme l'agitation, l'insomnie, la toux pendant la dentition, et peut, dans certains cas, prévenir les convulsions. Il s'emploie pour faire tomber, chez les enfants, l'excitation anormale des organes génitaux, qui aboutit si souvent à des habitudes vicieuses. Toutefois, chez les petits enfants, la diarrhée est une contre-indication.

La médecine opératoire sait utiliser les propriétés du sirop sédatif, qui, en produisant l'anesthésie de l'isthme du gosier, rend plus faciles les opérations qui se pratiquent dans cette région, en particulier la staphyloraphie, et surtout l'exploration laryngoscopique. Enfin, la même préparation, donnée à la dose de une à deux cuillerées à bouche immédiatement après une opération pratiquée sous l'influence anesthésique de l'éther ou du chloroforme, empêche les nausées consécutives à l'éthérisation de se produire. On l'a vu faire cesser ces nausées lorsqu'elles existaient déjà, et même lorsqu'elles étaient suivies de vomissements. La dose à prescrire du sirop sédatif d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium varie suivant l'effet qu'on en veut obtenir. Comme sédatif ou anesthésique, la dose doit être de deux cuillerées à bouche au moins par jour pour les adultes, de quatre cuillerées à café pour les enfants. Si l'on veut calmer les accès de suffocation de certaines formes de l'asthme, il faut porter la dose à trois et quatre cuillerées à bouche. La même dose et même une dose plus élevée peuvent être nécessaires pour enrayer les convulsions choréiques, les accidents de l'hystérie. Dans le traitement de l'épilepsie, on administre de cinq à huit cuillerées à bouche, et même dix cuillerées par jour.

Hygiène alimentaire.

Il ne s'agit pas ici d'un médicament qui, comme le précédent, a déjà fait ses preuves, — c'est un médicament ou plutôt un aliment nouveau dont le but est de suppléer à l'insuffisance des éléments salins de l'organisme. Il est essentiellement composé : 1° de toutes les matières minérales et azotées du blé, du maïs et de l'avoine, que les RR. PP. Trappistes, par un artifice tout mécanique, sont parvenus à séparer, au moment de la mouture, de la partie centrale et beaucoup moins riche des grains, produisant ainsi une farine supérieure à celle qui serait retirée du grain tout entier; 2° de petit lait, résidu de la fabrique de fromage qu'exploitent les RR. PP. au monastère du Port-du-Salut. Or personne n'ignore que c'est le petit-lait qui contient les parties salines du lait.

Il est facile de comprendre que le mélange de cette farine et de ce petit-lait qu'on a appelé Semouline, réunit au plus haut degré possible les éléments salins propres à suppléer à l'insuffisance de ceux que les aliments ordinaires ont apportés dans l'organisme.

C'est donc un produit perfectionné qu'on peut conseiller en toute assurance aux personnes faibles, aux convalescents, aux enfants, aux estomacs fatigués, aux poitrines débilitées, et en général, à toutes les constitutions délicates. Il s'emploie en potages ou en bouillies, et peut se prendre à toute heure de jour ou de nuit : 25 grammes, soit une forte cuillerée, suffisent pour un potage à l'eau, au lait ou au bouillon, et 35 grammes pour une bouillie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

LA FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

La fièvre typhoïde devant l'Académie de médecine.

LA QUESTION PARASITAIRE.

Le précédent article avait été présenté comme devant être le dernier. Il a paru cependant utile de dire encore quelques mots de la question parasitaire : on a beaucoup parlé, en effet, de microbes à l'Académie. C'est d'autant plus étonnant que la maladie ne s'y prêtait guère. Malgré des tentatives nombreuses et obstinées, la fièvre typhoïde a gardé son secret. « Rien, disait M. Proust à la séance du 31 octobre, n'a encore été découvert de précis à cet égard et le grand nombre de microbes décrits et figurés par d'autres observateurs, montre plutôt notre pénurie que notre richesse à cet égard. » Cette phrase résume assez bien l'état actuel de la science. Toutefois il n'est pas sans intérêt de suivre les phases principales par lesquelles a passé l'étiologie parasitaire d'une affection qui préoccupe à un si haut degré le corps médical et les gouvernements.

En voici l'historique sommaire d'après un travail déjà ancien, complété par les publications les plus récentes. Nous signalerons tout spécialement un excellent travail d'Eberth (*Der Typhus bacillus mal die intestinale Infection*, in *Sammlung klinischer Vortræge*, n° 226) paru au commencement de la présente année.

Il y a dix ans environ, on commença à parler de micrococcus dans la fièvre typhoïde, dans les abcès de la convalescence, dans la rate et les ganglions tuméfiés, dans le foie et les vaisseaux. Ces micrococcus n'offraient aucun caractère particulier : leur existence même était douteuse, leur signification était ambiguë. A ces constatations de la première heure, qui ne méritent pas d'être tirées de l'oubli, se rattachent les noms de Recklingshausen, Eberth, Klein, Fischel et Sokoloff, Halber, Birsch Hirschfeld, Eichhorst.

Bientôt il devint évident que les cadavres des malades morts de fièvre typhoïde, contenaient, comme tous les cadavres, dans tous leurs tissus une foule d'organismes inférieurs. On chercha dès lors à découvrir un organisme particulier au sein de cette masse confuse, à lui assigner des caractères anatomiques qui le fassent aisément reconnaître. Ces études, toutes modernes, ne remontent pas au delà de trois ans.

FEUILLETON

Fragments d'histoire et de bibliographie.

II

L'hygiène et les institutions sanitaires dans l'Inde ancienne. — Les édits du roi Piyadasi. — Les voyages des pèlerins bouddhistes. — L'hygiène des camps d'après les épopées et l'Ayurvéda.

Parmi les documents épigraphiques et autres concernant l'histoire de l'Inde antique, il n'en est pas de plus précieux que cette série d'édits, publiés dans toute l'étendue de son vaste empire, par ce roi Açoka ou Piyadasi, qui monta sur le trône au milieu du troisième siècle avant notre ère. C'était un ardent défenseur et un zélé propagateur des doctrines du bouddhisme, et ses édits portent tous l'empreinte de ses préoccupations religieuses, et du souci qu'il avait de la foi de ses sujets, comme de leur bonheur moral et de leur bien-être matériel. Les édits de Piyadasi sont surtout très utiles pour le synchronisme de l'histoire, car il ne nomme pas moins de cinq souverains grecs comme ses contemporains : Antiochus, de Syrie; Ptolémée Philadelphe, d'Egypte; Antigone Gonatas, de Macédoine; Magas, de Cyrène; Alexandre II, d'Epire. Il fut en relation suivie avec le roi Antiochus, de Syrie, à cause, sans doute, des alliances que son aïeul Candragupta, le Sandrocottus des Grecs, avait, trois quarts de siècle plus tôt, conclues avec Séleucus, dans cette cour de Palimbothra, où Mégasthènes, secrétaire du roi Séleucus, reçut plusieurs fois l'ordre de se rendre. C'est à la suite de ces missions de confiance, pendant lesquelles il pouvait, à son aise, étudier ce monde indou qu'Alexandre n'avait fait qu'entrevoir, qu'il réunit les matériaux de ses *Indica*, dont les historiens grecs et latins ont si souvent tiré parti depuis. Wilson avait cru tout d'abord que le roi de Syrie désigné dans les édits d'Açoka était Antiochus le Grand; mais des considérations historiques, comme l'absence de la men-

En 1880, Eberth trouvait des bactéries dans les ganglions lymphatiques. Ces bactéries pouvaient être différenciées, d'après l'auteur, de celles de la pyohémie et de la diphthérie par les réactifs colorants. D'ailleurs dans diverses maladies infectieuses (tuberculose, pyohémie, endocardite parasitaire, etc.) on constata l'absence régulière de bactéries dans les glandes lymphatiques.

Le microbe décrit était un bâtonnet court et gros qui ne ressemblait guère à ceux qui avaient été décrits jusqu'alors. Notons en passant que les conclusions du travail d'Eberth sont fort réservées et que le ton général est modeste et sans prétention.

A la même époque, Klebs annonçait que son élève Eppinger avait découvert le parasite de la fièvre typhoïde en faisant des études sur les lésions du larynx dans cette maladie. Des bactéries avaient pénétré dans un cas jusque dans les capsules cartilagineuses, où elles étaient devenues très visibles. Les mêmes éléments furent retrouvés dans les organes les plus divers chez une douzaine de malades. La bactérie fut dénommée immédiatement par Klebs : *Bacillus typhosus*. Elle affecte la forme de bâtonnets minces et généralement allongés, présentant des spores brillantes à l'intérieur.

Le mémoire, très volumineux, du professeur de Prague portait ce titre audacieux : *Der Typhus abdominalis, eine Schistomykose!* Pour lui, la nature pathogénique et spécifique de la bactérie découverte ne peut même pas être mise en doute. La constatation anatomique est présentée comme un fait d'une importance décisive, comme pour le microbe tuberculeux, et certains passages de son mémoire rappellent exactement ce qui s'écrit aujourd'hui à propos de la phthisie.

Les recherches anatomiques ayant démontré l'existence dans la fièvre typhoïde de l'homme de faits certains et difficiles à méconnaître (il s'agit de la présence du *bacillus typhosus*), nous possédons un criterium suffisant pour l'appréciation de l'inoculation aux animaux si souvent essayée. Autrefois l'on était forcé, pour arriver à une appréciation des résultats, de se baser sur le plus ou moins de ressemblance macroscopique des altérations typhiques, ce qui amenait des erreurs inévitables : on devait se contenter, par exemple, pour faire le diagnostic, des gonflements des plaques de Peyer et de leur ulcération. Aujourd'hui la démonstration du bacillus typhosus est le criterium absolu. (*Jetzt bildet erst der Nachweis des Bacillus typhosus das entscheidende Moment!*)

Koch discute à son tour la question du parasite de la fièvre typhoïde, et, comme on va le voir, dans un sens favorable à Eberth.

Dans la fièvre typhoïde, dit-il, on a découvert des microorganismes de trois espèces différentes : des micrococcus, des bâtonnets gros et courts (Eberth), des filaments allongés (Klebs). Les premiers sont assez rares, les seconds se rencontrent dans la moitié des cas environ dans l'intimité des tissus, les troisièmes autour des altérations typhiques. On peut se demander si l'un de ces microbes mérite le nom de bactérie du typhus, et lequel.

Les deux sortes de bacilles sont les compagnons ordinaires de l'affection; par contre les micrococcus sont plus rares et ressemblent à ceux qui existent secondairement dans d'autres maladies; ils peuvent en conséquence être considérés comme une production accidentelle.

Klebs estime que ses bâtonnets sont identiques à ceux d'Eberth, dont ils représenteraient un développement plus avancé. Je ne suis pas de cet avis. Mon expérience m'a appris que les bâtonnets des glandes mésentériques de la rate, du rein, du foie, ont toujours la forme indiquée par Eberth; il en est de même dans les portions de l'intestin qui environnent les ulcérations, comme j'ai pu m'en convaincre par de nombreuses préparations. Il est vrai qu'à la superficie des tissus nécrosés on rencontre les filaments de Klebs. Je n'ai jamais trouvé des formes de transition, et je suis obligé de les considérer comme d'espèces différentes, tant à cause de leur différence morphologique que de leur pouvoir colorant et de leur distribution différente.

J'ai rencontré, comme Eberth, dans la moitié des cas, presque dans tous les organes, des foyers de bâtonnets courts caractéristiques. Sans émettre aucune prétention à la priorité, je dois dire que les photographies que je publie actuellement reproduisent des préparations faites avant qu'Eberth n'ait publié son mémoire. La signification de ces bâtonnets est d'autant plus importante, qu'on les rencontre dans les organes internes. (*Mittheilungen aus dem K. Gesundheitsamte*, p. 45.)

Il semble, d'après ce qui précède, que le microbe décrit par Eberth mérite seul d'attirer notre attention. Sans entrer dans des détails qui allongeraient inutilement ce petit historique, nous dirons qu'il a été retrouvé par W. Meyer, par Friedlænder, par Maragliano et par Almquist (1), dans les mêmes conditions.

Sa recherche n'est pas exempte de difficultés.

Là où les champignons spéciaux de la fièvre typhoïde apparaissent en grande quantité, ils ont l'aspect de masses de micrococcus. Même en employant des grossissements moyens, même en ajoutant de l'acide acétique concentré, on n'observe guère que des

(1) W. Meyer, *Untersuchungen ueber den Bacillus des Abdominal typhus* (thèse de Berlin, 1881). — Friedländer, *Notiz ueber Typhus bacillen* (Du Bois-Reymond's *Archiv.*, 1881).— E. Maragliano, *Pathogenese des Abdominal typhus* (*Cent. für med. Wiss.*, 1882, n° 41). — Almquist, *Typhoidsfeberns Bacterie* (Brochure in-8°. Stockholm, 1882).

---

tion d'Eutydême de Bactriane, et d'autres que nous n'avons pas à examiner ici, ont fait admettre qu'il s'agit plutôt d'Antiochus II Théos (263-246).

L'un de ces édits, celui qui nous intéresse tout spécialement aujourd'hui et que nous avons déjà signalé, est consacré à la création de véritables institutions de prévoyance sanitaire et de maisons de secours pour les malades et les infirmes. C'est précisément un de ceux qui révèlent les relations du roi de Palimbothra avec le souverain Séleucide. On y voit jusqu'à quel point était faible le lien qui rattachait à la monarchie syrienne les provinces voisines de l'Indus, dans lesquelles le roi indien pouvait, à son gré, publier des proclamations religieuses et donner ses ordres.

L'inscription qui nous occupe est la deuxième de la série dite des inscriptions sur rochers et qui ont été retrouvées jusqu'ici dans cinq localités différentes, échelonnées de l'est à l'ouest de l'Inde, avec des rédactions qui ne diffèrent que dans la mesure des dissidences dialectales locales; chacune d'elles nous donne, par conséquent, une idée exacte du langage populaire de l'époque, dans ces diverses régions. Elles sont écrites avec le même alphabet archaïque, d'où devait sortir l'alphabet sanscrit classique.

Notre inscription a été traduite successivement par Prinsep (*Journal of the Soc. of Bengal*, 1838, p. 158), par Wilson (*Journal of the roy. asiat. Soc.*, t. XII, p. 163), par Kern (*Over de Jaartelling der Zuidelijke Buddhisten*, Amsterdam, 1873, p. 89), et enfin par M. Sénart, l'habile orientaliste, qui a eu à sa disposition les textes revus du général Cunningham (*Corpus inscript. indicarum*, t. I. *Inscriptions of Asoka*. Calcutta, 1877, in-4°). Nous donnons, d'après M. Sénart, la traduction de cet édit, qui appartient aux plus anciens documents que l'Inde nous ait laissés :

« Partout, dans le territoire du roi Piyadasi, cher aux Devas (dieux), et aussi des peuples qui sont sur ses frontières, tels que les Çodas, les Pamdyas, le pays de Satyaputra, de Ketalaputra, jusqu'à Tambapanni (Ceylan), [dans le territoire

petites sphères brillantes. Ce n'est que lorsque la couche est moins épaisse, ou lorsque ces amas parasitaires sont isolés et séparés sous le microscope, que l'on reconnaît qu'il s'agit en réalité de bâtonnets courts arrondis aux extrémités. De forts grossissements montrent dans certains bâtonnets 2-3 corpuscules brillants, probablement des spores.

Si l'on examine le suc des ganglions lympnatiques, on trouve ces bâtonnets accouplés en chaînons. Ces préparations permettent, si le liquide a été séché sur le porte-objet, une bonne coloration au moyen du violet de méthyle ou de gentiane, du brun de Bismark. Sur les préparations durcies, au contraire, la coloration est pâle et n'atteint jamais la coloration foncée des autres schyzomycètes. Ces deux propriétés, arrondissement des extrémités, faible coloration, différencient ces organismes de ceux de la putridité. (Eberth, *loc. cit.*, p. 5.)

Eberth fait remarquer, dans son dernier mémoire, que l'on rencontre jusqu'à 7 ou 8 microbes différents dans les organes des typhiques :

1° Les *filaments* de Klebs. D'après leur aspect et leurs réactions, ce sont des agents de putréfaction du contenu intestinal qui se sont logés dans les parties nécrosées de la muqueuse.

2° Des *micrococcus* rencontrés d'une façon inconstante et seulement dans les cas anciens. Quoique l'on ne puisse constater aucune différence morphologique dans ces micrococcus, on peut soupçonner qu'ils sont de trois à quatre espèces différentes. On rencontre le micrococcus de la *diphthérie* sur le pharynx, les amygdales, les parties génitales, les ulcérations de décubitus, les ulcérations de l'épiglotte.

Le micrococcus de la *pyohémie* se rencontre dans le poumon, le cœur, le foie, les reins, la peau, la rate, les ganglions, etc. Il est la cause des abcès miliaires, aussi bien que de la pleurite et de la péritonite. Ce micrococcus est exceptionnel dans les cas récents. Il est permis de supposer qu'il n'a pénétré dans l'organisme que lorsque les pertes de substance ont favorisé son entrée.

Un troisième micrococcus est celui de l'*érésypèle* : un quatrième appartient aux microbes de la *putréfaction*. Ce dernier se rencontre avec les filaments allongés de Klebs dans les ulcérations, ou même dans le sang.

3° Les *microbes de la septicémie*, dans le sang ou dans les interstices des tissus. Ce sont des bacilles de différentes grandeurs, aux extrémités arrondies. Ces microbes se distinguent très nettement de ceux du typhus par leur coloration rapide et intense sous l'influence du violet de méthyle. Les bacilles de l'œdème malin (septicémie de Pasteur) peuvent être rencontrés de même. Ils se multiplient de préférence dans le tissu cellulaire lâche et ne passent qu'avec difficulté dans le sang. L'œdème putride avec développement gazeux est le produit de leur action.

Des différents microbes énumérés par Eberth, un certain nombre n'ont pas la signification que leur assigne l'auteur : il serait tout aussi prématuré de parler du microbe de la diphthérie ou de l'érésypèle, que de celui de la fièvre typhoïde lui-même. Mais la coexistence de différents parasites dans le même organisme est tout aussi vraisemblable pour la fièvre typhoïde que pour la fièvre puerpérale (Pasteur) et cette hypothèse n'est pas sans éclairer d'un jour intéressant ce que les cliniciens appellent les *cas compliqués* de fièvre typhoïde. Que de fois n'est-il pas arrivé au médecin voyant évoluer devant lui, avec une rapidité terrible, des gangrènes multiples, des œdèmes malins, des œdèmes de la glotte, des pneumonies, etc., de penser qu'il y avait quelque chose de subitement *surajouté* à la fièvre typhoïde, qui la veille se montrait relativement bénigne. Cette vue de l'esprit est confirmée par une observation très intéressante de L. Brieger et Ehrlich (*Ueber das Auftreten des malignen Œdems bei Typhus abdominalis* in *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 4), que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en détail. Dans un de ces cas compliqués dont il a été question plus haut, ils ont retrouvé et mis en évidence dans les œdèmes gangreneux des extrémités inférieures, le vibrion septicémique de Pasteur.

Si cette prévision devait se vérifier par la suite, il faudrait dire que souvent la fièvre typhoïde est grave, non par suite de son évolution normale ou de ses complications naturelles, mais par suite de l'intervention d'un microbe différent, tel que celui de la septicémie, de la pneumonie, etc. Ainsi pourrait-on s'expliquer les insuccès de la médication par l'eau froide dans les épidémies où dominent ces affections mixtes. Dans toute l'Europe, l'épidémie de 1880 a présenté une mortalité remarquable, presque toujours par le fait de la pneumonie ou des gangrènes superficielles.

Quoi qu'il en soit de cette doctrine, que nous ne présentons que comme une pure hypothèse, il paraît avéré que dans la moitié environ des cas de fièvre typhoïde, des observateurs compétents ont retrouvé dans la plupart des organes un certain microbe, les gros bâtonnets courts d'Eberth. Sommes-nous autorisés à conclure de cette présence plus ou moins constante à l'action pathogénique de cette bactérie? Oui, si l'on admet, avec Koch, que la constatation anatomique suffit; non, si avec la majorité des savants actuels on réclame le contrôle de la science expérimentale.

Dans le cas particulier, l'expérimentation n'a fourni aucun résultat. On n'est pas arrivé à cultiver le microbe, et l'on

---

d']Antiochus, le roi des Grecs, et aussi des rois qui l'avoisinent, dans l'Ariana, partout, le roi Piyadasi, cher aux Devas, a répandu des remèdes de deux sortes : remèdes pour les hommes, remèdes pour les animaux. Partout où manquaient les plantes utiles, soit aux hommes, soit aux animaux, elles ont été importées et plantées. Partout où manquaient des racines ou des fruits, ils ont été importés et plantés, et même des arbres. Et sur les routes, des puits ont été creusés pour l'usage des animaux et des hommes. » (*Journ. asiat.*, 1880, t. XV, p. 491.)

Les autres et nombreux édits du roi Piyadasi n'ont pas trait directement à la médecine, ni aux soins des malades; mais, aux admonestations morales et religieuses qui en sont toujours le fond, se mêlent, à chaque pas, des prescriptions qui touchent, de plus ou moins près, à l'hygiène. L'abus des viandes pour le régime de la table, les excès d'alimentation, l'usage exagéré des plaisirs de toutes sortes, sont signalés comme dangereux, et doivent être remplacés, en vue de la vie future, par une existence plus simple, plus restreinte autour du foyer domestique, sanctifiée par l'affection et le respect pour les parents et les prêtres. Aux prodigalités inutiles, il conseille de substituer des actes de générosité en faveur de la propagande religieuse des vérités bouddhiques. Néanmoins, comme l'avait déjà remarqué Burnouf, et comme ce fut le cas aussi dans le Cambodge, c'est toujours avec un véritable sentiment de respect, et sans la moindre aigreur, qu'il est fait allusion aux prêtres du culte brahmanique.

Il ne ressort pas avec évidence des textes du roi Piyadasi qu'il ait créé de véritables hospices; mais les renseignements que nous fournit sur le même sujet un pèlerin bouddhiste, Fa-Hien, voyageur chinois dont A. de Rémusat a traduit le livre, et qui visita Patalipoutra (Palimbothra, aujourd'hui Patna), la capitale de Piyadasi, à la fin du quatrième siècle, c'est-à-dire 600 ans après son règne, ne laisse aucun doute à cet égard; il trouva encore dans cette ville des institutions analogues, florissantes, dues aux petits rois et aux nobles des

n'a pas davantage reproduit la maladie sur les animaux.

Les premières expériences, dues à Letzerich, sont trop naïves pour mériter d'être reproduites. Dans les expériences de Klebs, faites sur des pigeons, des cabiais et des lapins, on constate l'absence régulière des ulcérations caractéristiques : la mort, très rapide, rappelle celle de la septicémie. Walder a essayé sans succès de produire l'affection en faisant absorber des selles typhiques ou du sang à des animaux. Les expériences de Brautlecht, de Tizzoni, etc., sont encore moins démonstratives. Nous signalerons en passant les résultats fort curieux obtenus par Marix en injectant de la levure de bière dans la veine des lapins.

C'est l'absence du contrôle expérimental qui crée toute l'obscurité de la question. Sans doute le fait de rencontrer dans tous les organes des malades atteints de fièvre typhoïde, un microbe bien caractérisé morphologiquement, établit une certaine présomption en faveur de son rôle pathogénique. La critique peut être tentée de se relâcher de sa sévérité ordinaire, depuis que des expériences mémorables ont appris à tous que les parasites rencontrés au sein des tissus n'étaient pas des organismes indifférents et devaient être tenus pour suspects. Mais nous avons été tellement gâtés en France par les clartés du charbon et du choléra des poules, que notre esprit n'est pas satisfait par la simple constatation du fait anatomique. Soyons logiques jusqu'au bout : c'est la meilleure manière de ne pas se tromper.

Vous demandez l'impossible, dira-t-on ; nul animal n'est susceptible de prendre spontanément la fièvre typhoïde : les expériences ont toujours échoué. — Il y a là un obstacle de premier ordre qui paraît de plus en plus difficile à tourner. Nous avons suivi avec la plus grande attention et à ce point de vue spécial les essais multiples, publiés depuis deux ans, d'inoculation aux animaux. Nous pensons en effet que l'immunité des animaux tient à certaines conditions physiologiques ou anatomiques qu'il s'agit de découvrir. La poule et la grenouille charbonneuse de Pasteur, les chiens tuberculeux de Tappeiner et de Koch nous avaient fait espérer que l'on arriverait à se rendre maître, par un artifice de laboratoire, de cette immunité gênante. Nous reconnaissons que rien de nouveau ne s'est produit dans cet ordre d'idées, mais nous n'abandonnons pas pour cela l'espoir de voir un jour des lapins devenir malariques ou typhoïdiques.

Sur cette question spéciale de la fièvre typhoïde, est venue se greffer incidemment une discussion fort vive de l'origine parasitaire des maladies infectieuses. Un professeur de la Faculté de médecine de Paris, et non des moins considérables ni des moins sympathiques, a cru devoir attaquer les doctrines « chimiatriques et pastoriennes, » non pas dans leurs exagérations, mais dans leur essence même. Il l'a fait du ton de chaleureuse émotion d'un homme qui vient de prendre une grande résolution, au nom de la médecine, de la science synthétique dont l'esprit est contradictoire avec toutes les sciences analytiques qui se nomment chimie, physiologie, etc. M. Bouley, toujours visiblement épris des doctrines microbiques, lui a répondu avec non moins de chaleur et non moins d'émotion. M. Pasteur lui-même a voulu, peut-être à tort, se mêler à ces luttes académiques, il est intervenu dans la séance du 17 avril par une communication simplement destinée à redresser les erreurs qu'on lui avait attribuées.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire, ni même utile, de suivre M. Peter sur le terrain où il s'est placé. Le savant professeur a annoncé qu'il ferait son cours l'année prochaine précisément sur les maladies infectieuses, et qu'il saurait rendre justice à tout le monde. Cette détermination l'amènera à étudier de très près les documents nombreux qui concernent l'origine parasitaire, et à en méditer les conclusions.

Nous avons passé par les mêmes incertitudes, M. Ducazal et moi, et l'examen approfondi des documents nous a amenés, après une étude entièrement impartiale, aux conclusions insérées dans un travail que M. Peter a bien voulu citer à la tribune de l'Académie (*Revue des sc. méd.*, 1881.). Nous ne doutons pas un instant que cet esprit indépendant et original ne revienne sur un certain nombre de préjugés.

Il nous paraît cependant nécessaire de dire un mot de quelques-unes des objections les plus inattendues.

Ainsi, par exemple, l'histoire de la poule charbonneuse. Cette poule, qui est malade parce qu'elle est terrorisée et qu'elle souffre, rappelle l'histoire de ce professeur de clinique qui, ne voulant rien admettre des modernes, ni surtout des Allemands, disait que la thermométrie clinique est un trompe-l'œil. — « On apporte, disait-il, dans les salles d'énormes instruments de physique, dont la vue seule suffit à terrifier les malades et à abaisser de plusieurs degrés leur chaleur naturelle. » L'expérience de M. Peter est facile à réaliser : il suffit de ligoter ou de clouer, s'il le préfère, une poule sur une planche, de la terroriser et martyriser par tous les moyens imaginables, sans faire intervenir la réfrigération : il verra bien si l'inoculation du charbon sera fructueuse.

Dans un autre passage les parasitologistes sont priés de se

---

environs. « Les délégués que les chefs des royaumes entretiennent dans la ville, dit Fa-Hien, y ont établi chacun une maison de médicaments du bonheur et de la vertu. Les pauvres, les orphelins, les boiteux, enfin tous les malades des provinces vont dans ces maisons, où on leur donne tout ce dont ils ont besoin. Les médecins y examinent leurs maladies; on leur sert à boire et à manger selon les convenances, et on leur administre des médicaments. Tout contribue à les tranquilliser; ceux qui sont guéris s'en vont d'eux-mêmes » (A. Rémusat, *Foe-koue-ki, ou relation des royaumes bouddhiques*, etc. Paris, 1836, in-4°, p. 255). D'après le même auteur, toutes les sectes hérétiques avaient fait établir, sur les grandes routes, des maisons de refuge pour les voyageurs malades ou en détresse; ils y trouvaient le couvert, des lits, le boire et le manger, etc. Les religieux mendiants eux-mêmes y étaient momentanément reçus (*Id.*, p. 175).

Parmi les inscriptions sanscrites du Cambodge, offertes récemment par M. le capitaine Aymonnier à la Société asiatique, et qui n'ont pu être encore que l'objet d'un examen sommaire, dû à M. le professeur Bergaigne, il en est une, attribuée à un roi bouddhiste encore inconnu, et dont la date est probablement 984, qui a trait à la fondation d'un hôpital. Elle nous apprend que 500 ans après Fa-hien, les souverains bouddhistes, fidèles en cela aux sages traditions de leurs prédécesseurs, ne négligeaient pas, dans les contrées nouvelles acquises à leur foi, d'associer à la propagande religieuse les œuvres de bienfaisance.

La traduction complète de l'inscription, qui sera prochainement donnée, présentera un véritable intérêt. Nous savons déjà que l'hôpital était fondé pour les quatre castes, sans distinction. Le texte relate l'indication du nombre des médecins, infirmiers, cuisiniers et serviteurs de tout genre, probablement aussi celle de leurs salaires, et enfin une adjuration aux souverains futurs du Cambodge de respecter l'œuvre de leur prédécesseur. (Bergaigne, *Les inscript.*

mettre d'accord. M. Chauveau pense que la bactéridie tue par une action toxique spéciale, M. Pasteur, par simple multiplication des organismes. De ce désaccord flagrant, M. Peter se fait une arme contre la doctrine. Nous ne voyons pas pourquoi.

Ainsi, par exemple, il est certain que l'arsenic est un poison. Eh bien, l'on ne sait pas exactement par quel mécanisme il produit la mort. Les journaux sont remplis d'études de pathologie expérimentale dont les auteurs cherchent à démontrer que la mort est due à une action sur les viscères intestinaux ou sur le sang ou sur le système nerveux. Ce désaccord empêche-t-il l'arsenic d'être un poison?

M. Peter ne voit pas les clartés que la théorie des parasites jette sur les parties essentielles de la médecine, « sur l'anatomie pathologique, sur l'évolution, sur le traitement, soit surtout sur la prophylaxie des maladies virulentes... Que m'importe qu'il y ait un microbe ou non dans la fièvre typhoïde... Ce ne sera qu'un microbe de plus. »

M. Peter a laissé un peu dans l'ombre la question de prophylaxie, après avoir montré que l'anatomie pathologique, la clinique, la thérapeutique peuvent se passer de la notion parasitaire : or c'est la question de prophylaxie qui domine la matière. Que le médecin qui lutte avec plus ou moins d'avantages contre une fièvre typhoïde à l'hôpital, ou à domicile, épuisant successivement la nombreuse liste des médicaments pronés tour à tour par les savants académiciens, se préoccupe peu de savoir s'il y a un microbe en jeu, ou non, nous le concevons jusqu'à un certain point. « Les microbes, une fois installés dans l'organisme vivant, y produisent une série de troubles fonctionnels et de lésions contre lesquels nous avons à lutter, et il ne s'agit plus alors de microbe. »

Mais nous n'oserions affirmer que le médecin-major du régiment de cuirassiers ou de dragons de l'Ecole-Militaire, toujours menacé de fièvre typhoïde, souvent surpris, fasse aussi facilement abstraction de la doctrine. Il serait sans doute fort aise de savoir qu'il y a un microbe, et cette simple notion lui permettrait déjà d'orienter sa prophylaxie. Si on pouvait lui apprendre par surcroît quel est l'habitat préféré de ce microbe, on lui rendrait, à n'en pas douter, un signalé service. Autre chose est de soigner les individus ou de soigner les collectivités. Et quand on a passé par les inquiétudes que donne le souci de combattre une épidémie, quand on a connu ces heures d'incertitude où l'esprit se débat au milieu des obscurités, des préjugés, du vide des mots ou de l'inconnu des faits, on comprend la sympathie anxieuse avec laquelle les médecins militaires, ou d'une façon plus générale tous ceux qui s'occupent de la prophylaxie des maladies populaires, suivent les travaux de ces « sciences accessoires » si vertement malmenées à l'Académie. Nous ne parlons même pas de la méthode générale d'atténuation des virus, dont on ne peut encore prévoir le résultat. La simple notion de l'origine parasitaire d'une maladie infectieuse, suffit à faire sortir la prophylaxie des tâtonnements inutiles, et c'est là un grand bienfait.

En terminant son discours, M. Peter nous avertit charitablement que les Allemands se moquent de notre *Microbenfanatismus*. Les Allemands auraient tort de rire de ce fanatisme s'il était réel, mais ce n'est pas, et nous le regrettons sincèrement. Le monde médical français, surtout le monde savant, montre depuis quelque temps vis-à-vis de la doctrine parasitaire, une réserve et une froideur au moins singulières. Tandis que l'historique qui précède contient une vingtaine de noms allemands, on chercherait en vain un nom français. Est-ce une supériorité ou une infériorité? Nos lecteurs en jugeront. Combien nous préférons l'opinion de M. le professeur Arnould, dans le travail magistral qu'il publiait dernièrement: « Gardons-nous de jeter le moindre discrédit sur ces » travaux dont l'aspiration est absolument légitime et scien- » tifique et l'exécution aussi délicate que méritoire. » (*Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde* in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1882.)

Voilà la vérité.

Quant à notre *Microbenfanatismus*, il a été mis en avant par un homme qui s'est fait remarquer par son attitude hargneuse vis-à-vis de la France et de la science française. Mieux vaut passer sous silence cette raillerie insignifiante. Wernich écrivait dernièrement (*Der abdominal typhus*, Berlin, 1882, p. 90) que c'était « non du scepticisme, mais une paresse de l'esprit (*Denkfaulheit*) que d'accueillir par un haussement d'épaule indolent les efforts qui tendent à mettre la maladie en rapport avec une cause tangible. » Cela prouve tout au moins que les avis sont partagés.

En somme la discussion de l'Académie de médecine, toute regrettable ou inopportune qu'elle ait pu paraître, n'aura pas été inutile au point de vue de l'éducation du monde médical. Le problème est posé nettement : l'attention du public est violemment attirée vers ces importantes questions. La doctrine parasitaire ne peut que bénéficier de cette agitation féconde.

---

sanscr. du Cambodge, p. 5. Extrait du *Journ. asiat.*, 1882, n° 8.)

Ces excellentes mesures, qui sont en parfaite concordance avec les dispositions bienveillantes, les efforts pour l'adoucissement des mœurs, le rapprochement et la fusion des classes, les tendances démocratiques, dirions-nous volontiers, à la faveur desquelles le bouddhisme avait entrepris la conquête du monde oriental, eurent, comme on le voit, des effets durables, et l'impulsion donnée par le grand roi de Magadha retentit longtemps dans les institutions indiennes.

Nous allons rechercher maintenant quelles furent, dans la suite des temps historiques, les conditions hygiéniques dans lesquelles vécurent les populations de l'Inde. Nous avons, pour répondre à cette question, tout d'abord les vieux livres classiques traitant de la médecine, comme les ouvrages encyclopédiques de Suçruta, de Caraka, de Vagbhata, etc.; puis, en dehors d'eux, les anciennes descriptions de l'Inde, les renseignements fournis par l'archéologie et l'épigraphie indiennes, sciences relativement nouvelles, dont l'*Indian antiquary* est l'organe justement estimé; puis les livres d'érudition modernes. Mais nous ne devons pas manquer de mentionner les autres relations de pèlerins bouddhistes que la Chine, après sa conversion à la religion de Câkya-Mouni, envoyait si fréquemment visiter la contrée qui était le berceau de sa nouvelle foi.

Il n'existe malheureusement pas encore de traduction de toutes ces relations de voyage, si curieuses et si précises. En dehors des voyages de Fa-hien, dont nous venons de citer quelques passages, nous ne possédons que la relation de ceux de Hiouen-Thsang, dans l'Inde, de 629 à 645, écrite en 648 sous le titre de : *Mémoires sur les contrées occidentales*. L'histoire de la vie de Hiouen-Thsang et de ses voyages, par Hoeï-li et Yen-Thsang, leur sert d'introduction; ces deux ouvrages ont été merveilleusement traduits par Stanislas Julien. Ils nous fourniront quelques notes utiles.

Contributions pharmaceutiques.

TEINTURE DE MARS ET LIQUEUR DE FOWLER.

L'arsénite de fer est un sel insoluble, et un des moyens de combattre l'empoisonnement par l'acide arsénieux est précisément fondé sur cette insolubilité. On administre le plus rapidement possible de l'hydrate de peroxyde de fer gélatineux fraîchement préparé, et on espère ainsi provoquer la formation d'un arsénite de fer dont l'élimination sera inoffensive. Malheureusement la réaction ne s'opère pas dans l'estomac comme dans un ballon et le résultat est ordinairement peu favorable.

Bussy avait proposé de remplacer l'hydrate de fer par celui de magnésie, qui, tout en donnant naissance à un arsénite de magnésie insoluble, avait l'avantage d'être laxatif, propriété heureuse dans ce cas-là et dont le fer est dépourvu.

D'ailleurs, quel que soit le moyen que l'on emploie, est-il sérieusement possible d'être averti assez tôt pour obtenir la neutralisation du poison dans l'estomac? Nous ne le pensons pas; aussi est-ce sans conviction et simplement par acquit de conscience que le médecin, après avoir vidé l'estomac, administre les agents dont nous venons de parler.

Mais ce n'est pas de l'empoisonnement par l'acide arsénieux qu'il s'agit en ce moment: c'est du mélange, si souvent employé, de liqueur de Fowler et de teinture de Mars tartarisée.

On formule habituellement ainsi :

Teinture de Mars.......	10 grammes.
Liqueur de Fowler.....	10 —

Mêlez et conservez dans un flacon bouché à l'émeri. Dose : environ 20 gouttes par jour dans un peu d'eau.

Quand on exécute cette ordonance pour la première fois, on ne peut se défendre de l'idée qu'il se formera un sel ferrique insoluble. Bien au contraire, le liquide reste parfaitement limpide et se conserve indéfiniment. Un flacon, en surveillance depuis longtemps, reste dans le même état que le premier jour.

Nous ne voyons qu'une critique à faire à ce médicament : c'est qu'il y a un des deux facteurs dont le dosage n'est pas exact. (Voy. un précédent article sur la teinture de Mars.) Aussi devrait-on remplacer la teinture de Mars par le tartrate ferrico-potassique, sel toujours identique à lui-même et d'une grande solubilité.

On formulerait ainsi :

Tartrate de fer et de potasse en paillettes.	10 grammes.
Liqueur de Fowler....................	10 —

Dissolvez, filtrez et conservez dans un flacon bouché à l'émeri.

Cette solution est d'un vert si sombre qu'elle paraît noire (comme celle qui est préparée avec la teinture de Mars); elle est d'une consistance presque sirupeuse. Elle se conserve très bien et contient par gramme 0gr,50 de sel ferrique et 0gr,005 d'acide arsénieux, proportions convenables qui permettent de la prescrire à la dose de 10 à 25 gouttes par jour et d'avoir ainsi un médicament ferrico-arsenical titré, sur lequel on peut compter.

Les 10 grammes de tartrate ferrico-potassique, lorsqu'ils sont complètement dissous dans partie égale de liqueur de Fowler, font augmenter de moitié le volume de cette dernière, et sous un maximum qu'il ne faut pas dépasser. Le dosage par gouttes se fera aussi facilement que par grammes, en sachant qu'au compte-gouttes titré, c'est-à-dire muni d'un tube de 3 millimètres de diamètre, 1 gramme de cette mixture donne 25 gouttes.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Rachitis et syphilis, par M. le docteur Gébert.

Dans le débat soulevé par M. le professeur Parrot depuis quelques années, il me paraît nécessaire que tous ceux qui ont quelque chose d'utile à dire le fassent sans s'arrêter à la crainte d'être incomplets. En province nous n'avons jamais ou presque jamais l'occasion de faire des autopsies; nos mœurs françaises s'y opposent; et dès lors, quand il s'agit d'une question qui divise les meilleurs observateurs, il est naturel d'être timide. Je me placerai donc uniquement sur le terrain clinique, disant ce que j'ai vu et ce que je vois tous les jours, heureux si je puis aider à établir la vérité.

En 1878, au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, M. Parrot fit une communication à la section d'anthropologie. C'était, si je ne me trompe, la première fois qu'il présentait en public l'exposition de ses idées. Il mon-

---

Les prêtres bouddhistes accordèrent toujours la plus grande attention à l'art de guérir et aux institutions se rattachant à la médecine. A Ceylan, où la mission de convertir le pays fut confiée au fils même d'Açoka, de vastes hôpitaux furent construits de très bonne heure. Il est vrai que des orientalistes autorisés rapportent ces créations à l'influence chrétienne, sans que la question ait été jusqu'ici définitivement résolue. Chez les bouddhistes du nord, dans le Kashmir, on a signalé la création d'un hospice dont la construction remonterait à l'an 24 de notre ère (voy. Heusinger, dans le journal *Janus*, 1847, p. 393, et Hœser, *Gesch. der medicin*, 2e éd., t. I, p. 9). Quant à l'association de la médecine vétérinaire à la médecine humaine et aux soins à donner aux animaux dans des hospices spéciaux, ou même, ce qui excite aujourd'hui nos sourires, dans les mêmes hospices, c'est une pratique qui, dans l'Inde, ne semble pas être jamais tombée en désuétude. Il y a eu toujours, dans ce pays, des maisons de ce genre, dont la plus célèbre est le grand hôpital dit des Banyans, à Surate, dont la description a été donnée par Burnes, dans le *Journal of the roy. asiat. Soc.*, 1834, p. 36 (voy. aussi Prinsep, in *Journal of the asiat. Soc. of the Bengal*, 1838, t. VII, p. 166, et Hamilton, *Descript. of the Indoustan*, t. I, p. 718).

Le docteur C.-A. Gordon, qui occupe un grade élevé dans la chirurgie militaire anglaise, et à qui un séjour dans l'Inde a permis d'étudier sur place, dans de bonnes conditions, le sujet qu'il voulait traiter, a publié récemment dans le journal de Madras, un intéressant mémoire intitulé : *On hygiene in ancient India* (*Madras Journal of literature and science, for the year* 1879, édit. by G. Oppert. Madras, 1880, in-8°, p. 1-35). L'auteur, après avoir indiqué les principales sources auxquelles il s'est adressé, débute par des considérations historiques, desquelles il résulte qu'il s'en tient encore aux appréciations, aujourd'hui abandonnées, concernant l'âge de certains livres indiens, comme les lois de Manou, l'*Ayurvéda* de Suçruta et le livre de Caraka. L'antiquité qu'il leur

tra à la section des crânes américains et décrivit avec la précision et la méthode d'un professeur d'histoire naturelle, l'altération osseuse qu'il désigne sous le nom caractéristique de crâne natiforme.

Pour lui, cette déformation pathologique du crâne était un signe certain de syphilis et il en conclut que la syphilis était antérieure à la conquête de l'Amérique. Chemin faisant il donna à entendre que, sans pouvoir le prouver encore d'une manière irréfutable, il était convaincu que rachitisme et syphilis était une seule et même chose.

J'avais la bonne chance d'être présent à la séance. Fortement frappé de ce que j'entendais, je pris la parole. Je dis qu'il ne m'avait pas fallu bien des années de pratique pour voir qu'il était impossible d'admettre que le rachitisme fût seulement l'effet d'une alimentation vicieuse, et je demandai la permission de présenter le lendemain deux enfants qui permettraient au professeur Parrot de compléter sa communication.

Broca qui présidait m'y autorisa, et le lendemain je présentai deux enfants atteints tous deux à un haut degré de la déformation crânienne signalée par M. Parrot.

L'un, dont la petite figure amaigrie paraissait se dissimuler sous un énorme casque, était évidemment un syphilitique. Il était couvert de syphilides cutanées et muqueuses.

L'autre ne portait aucune trace de syphilis, mais tous les os du corps étaient atteints de nouure rachitique. Le crâne présentait les bosses pariétales aussi développées que le premier. M. Parrot reconnut comme moi que le second enfant ne portait aucune trace de syphilis, mais il ajoutait que plus tard, sans doute, il serait en état de donner la preuve que, même alors, l'altération osseuse est de nature syphilitique.

Cette dissertation de M. Parrot fut un trait de lumière pour moi, et dès lors je m'attachai à étudier avec le plus grand soin tous les cas de syphilis et de rachitisme qui se présentaient à mon observation quotidienne. Je ne tardai pas à acquérir la conviction que M. Parrot avait raison, et c'est grâce à lui qu'un grand nombre d'enfants doivent d'être guéris de cette odieuse maladie qui s'appelle le rachitisme.

Dans une question aussi complexe il faut absolument déblayer le terrain des erreurs courantes. C'est ce que je ferai d'abord en prouvant que l'alimentation vicieuse ne produit jamais, n'a jamais produit un seul cas de rachitis. Ce fait-là m'était connu bien avant que j'eusse entendu la leçon faite au Congrès du Havre. Dès mes premières années de pratique j'étais frappé de certaines observations dont je citerai quelques-unes, qui sont d'une netteté lumineuse, au moins à mon sens.

Obs. I. — M. X... est marié depuis deux ans. Il a quinze ans de plus que sa femme, qui est grande, forte, un peu lymphatique. Le premier enfant qui naît de ce mariage est confié à une vigoureuse nourrice bourguignonne. Je suis appelé dans cette famille alors que l'enfant, un garçon, est âgé de sept mois. A cette époque il présente déjà les signes d'un rachitisme généralisé. Les bosses pariétales sont développées, le crâne est en disproportion avec l'âge de l'enfant. Les côtes sont aplaties et présentent le chapelet noueux caractéristique du rachitisme. Le sternum est porté en avant en forme de bracelet. Les extrémités radiales, fémorales et tibiales sont gonflées. En un mot cet enfant est en pleine évolution de rachitisme. Je fais de suite analyser le lait de la nourrice et l'analyse est magnifique. L'enfant tète bien, digère bien, se nourrit parfaitement. J'ordonne de continuer l'allaitement et je prescris quelques préparations calcaires, des bains salés, etc.

Ce n'était pas le premier cas de ce genre que j'observai; il était hors de doute pour moi que cet enfant ayant une nourrice aussi excellente était atteint de rachitisme, non par le fait de l'alimentation, mais par le fait d'une maladie transmise par les parents et dont je ne m'expliquai pas d'ailleurs la nature.

Obs. II.— Un confrère et ami, le docteur Lafaurie, m'appelle en consultation pour voir un enfant de sa clientèle, appartenant, comme le premier, à des parents riches et qui donnent à tous leurs enfants les bienfaits d'un long allaitement par le lait d'une Bourguignonne. Impossible de voir un exemple plus complet de rachitisme généralisé. Le crâne en particulier présente cette forme de casque qui est si caractéristique. L'étranglement thoracique est porté à ses dernières limites. Le lait de la nourrice est excellent. La quantité de lait que l'enfant tète est plus que suffisant pour le nourrir et cependant la maladie suit son développement sans arrêt. Les os sont mous; l'enfant que je vois à l'âge d'un an ne se tient pas sur ses jambes qui sont grêles; le rachitisme a déformé le thorax et le crâne plus que les membres. La colonne vertébrale est atteinte aussi, ce qui est très rare, malgré l'opinion courante.

Dans ce cas comme dans le premier, impossible de mettre un instant en doute la qualité de l'alimentation. Une seule chose me frappe cependant, c'est que le père a une déformation semblable à celle du fils. Là encore, ignorant à cette époque les relations de la syphilis et du rachitisme, j'étais contraint d'admettre qu'il s'agissait d'une cause spéciale et évidemment héréditaire.

A ces deux observations j'en pourrais joindre une série d'autres qui mettent hors de doute cette conclusion : Des enfants de la classe aisée, nourris au sein d'excellentes nourrices, sont, malgré l'alimentation la plus rationnelle et la plus riche, atteints de rachitisme.

Je sais bien ce qu'on peut objecter à cette conclusion; on me dira qu'il y a des enfants pour qui le lait de femme constitue un alimentation insuffisante; qu'à ceux-là il faut donner une alimentation tout autre, des farineux, par exemple, des potages, gras ou maigres, dès qu'ils peuvent les supporter, etc. ; je nie absolument la justesse de cette objec-

---

suppose n'est plus actuellement acceptée par personne. « Nous pouvons, dit-il, avec une certaine certitude les rapporter à quelques siècles avant notre ère. » Rien, au contraire, n'est moins probable que cette manière de voir. Le docteur Gordon, de plus, regarde ces différents traités comme des productions homogènes, et conservées jusqu'à nous dans leurs formes premières. Tout au moins ne fait-il aucune mention des remaniements nombreux qu'ils ont supportés, aussi bien le code de Manou, qui contient de fréquentes allusions aux règles de l'hygiène, que les encyclopédies médicales. Une étude attentive des *Védas* eux-mêmes, et particulièrement du *Rig-Véda*, pourrait certainement fournir quelques notions intéressantes concernant les habitudes hygiéniques des Indous à ces époques reculées; mais ce n'est pas en ce sens qu'il faut entendre ce que le docteur Gordon dit des conditions du peuple aux temps védiques, et ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'il faut accueillir cette expression, lorsqu'on la rencontre dans son mémoire. Cela ne nous a pas empêché de lire avec fruit son intéressante compilation, à laquelle nous ferons quelques emprunts.

De tous temps, néanmoins, les questions hygiéniques semblent avoir préoccupé les législateurs et les médecins de l'Inde, dans le but de préserver l'homme des maladies. Ceci est d'autant plus digne de remarque, que les maladies leur apparaissaient, le plus souvent, comme des punitions infligées pour des fautes antérieurement commises.

Dans le grand poème épique intitulé le *Mahâbhârata*, dont certaines parties sont très anciennes, et où l'on trouve déjà le nom du médecin Suçruta, au nombre des fils de Viçvamîtra, qui tous se sont rendus célèbres dans les diverses branches du savoir, on rencontre, ainsi que dans le *Râmâyana*, des descriptions de la vie des camps et de l'existence dans les villes et les villages, qui fourniraient à l'hygiéniste plus d'une note utile ; mais les ouvrages médicaux les plus anciens sont plus explicites, et consacrent déjà des chapitres spéciaux aux questions de cet ordre.

tion ; mais enfin je serais ébranlé si je ne pouvais pas établir avec rigueur cette seconde proposition : *une alimentation vicieuse, quelle qu'elle soit, ne produit jamais le rachitis.*

Pour établir la vérité de cette proposition je suis obligé de dire quelques mots des éléments d'observation que j'ai entre les mains. Depuis 1875, j'ai vu, dans le dispensaire pour enfants malades, environ dix mille enfants. Un grand nombre, le plus grand nombre d'entre eux, appartient à la classe la plus pauvre du Havre, en particulier celle qui habite la vieille ville, berceau des ouvriers du port, des manœuvres, peu payés et misérables. Les mères nourrissent rarement leurs enfants, soit parce que l'habitude ne les y contraint pas, soit qu'elles aient un travail qui les conduit chaque jour hors de chez elles, soit qu'elles n'aient pas de lait.

Les bébés sont alimentés au biberon, prennent des potages de toute espèce, depuis la farine lactée jusqu'au gruau ou l'eau panée. La mortalité qui sévit au Havre sur les enfants de 0 à 1 an a été effroyable pendant bien des années puisqu'on a pu constater 60 pour 100 de décès. Si elle est diminuée aujourd'hui, elle atteint encore un chiffre qui va du minimum 25 pour 100 à celui de 30, 32 et 36, qui est le plus fréquent.

De ces enfants, un grand nombre me passent par les mains et j'ai vu chez eux tous les degrés de ce que Chossat appelait l'inanitiation et que M. Parrot a décrit si bien sous le nom d'athrepsie.

Eh bien, parmi les centaines d'enfants mal nourris, succombant à la diarrhée chronique et à l'émaciation qui en est la conséquence, je n'ai pas observé *un cas de rachitisme.* Aujourd'hui, après une expérience personnelle que je considère, peut-être à tort, comme ayant de la valeur, je puis mettre au défi qu'on me montre un enfant mal nourri qui, par le fait de cette mauvaise alimentation, en dehors bien entendu de toute contamination syphilitique, ait jamais été atteint de rachitisme. Qu'on ne confonde pas non plus le rachitisme avec les troubles de nutrition osseuse qu'un régime alimentaire insuffisant en qualité et en quantité peut amener. Il est clair qu'on peut rencontrer de l'ostéomalacie qui n'a rien de commun avec le rachitisme.

Il est un point sur lequel, d'ailleurs, je le reconnais, il faudrait opposer autre chose qu'une assertion; mais pour le moment je dis que les lésions rachitiques connues, que la nouure des jointures, le gonflement des épiphyses, puis l'induration osseuse qui est le procédé de guérison, les courbures définitives des os longs que tout le monde connaît, tout cet ensemble qui ne permet pas d'erreur de diagnostic est dû à une maladie spéciale, une, ne reconnaissant qu'une cause unique, morbide et non pas physiologique. *Le rachitisme n'est pas le produit de l'alimentation vicieuse.*

Quelle est donc cette cause de rachitisme? Est-ce la syphilis, comme le croit M. Parrot. Dans une prochaine lettre je donnerai sur ce sujet le résultat de mes observations qui portent déjà sur un assez grand nombre de cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1883.— PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

CONCOURS. — M. *Vallin* adresse à l'Académie, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un *Traité des désinfectants et de la désinfection. Expériences sur la valeur de divers désinfectants, étude de l'action de l'acide sulfureux sur les virus morveux, tuberculeux*, etc. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

CANDIDATURES. — MM. *Brown-Séquard* et *J. Guérin* prient l'Académie de vouloir bien les comprendre parmi les candidats à la place actuellement vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Sédillot. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

NOUVELLES RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LA TERMINAISON DES CONDUITS BILIAIRES DANS LES LOBULES DU FOIE. Note de M. *Kanellis*.— « Comme on le sait, la terminaison des conduits biliaires dans les lobules du foie se fait par un réseau très fin dont les mailles entourent les cellules hépatiques (Irminger, Frey, Kölliker). Par des injections au nitrate d'argent faites sur des foies de lapins, nous avons reconnu sur les derniers canalicules, qui ont 3/1000es de millimètre de diamètre, un épithélium applati, mince et pavimenteux, tandis que les conduits plus gros sont pourvus d'un épithélium prismatique. Nous établissons sur cette observation la distinction de deux fonctions glycogénique et biliaire; l'épithélium du réseau intra-lobulaire sécréterait la bile, et les cellules du foie formeraient la matière glycogène.

DE L'INCUBATION DES ŒUFS D'UNE POULE ATTEINTE DU CHOLÉRA DES POULES. Note de M. *A. Barthélemy*. — Une poule ayant pondu pendant le choléra, dont elle est morte, quatorze œufs, ceux-ci ont été soumis à l'incubation. Aucun n'est arrivé à éclosion. En ouvrant les œufs, entre le huitième et le dixième jour, on trouve sous la coquille et à la surface de l'allantoïde, un véritable lac sanguin d'un sang noir et répandant l'odeur spéciale du sang des poules mortes de la maladie. Pendant longtemps encore l'artère ombilicale présente des pulsations très lentes, qui prouvent que la vie met longtemps à s'éteindre dans l'embryon. Quant à celui-ci, il est noyé au fond de la poche amniotique, gorgé d'une très grande quantité de liquide, tandis que toute l'albumine a

---

Dans l'*Ayurvéda* de Suçruta, l'influence des climats et des saisons est l'objet d'une étude spéciale. L'auteur en étudie l'action non seulement sur l'homme et sur sa santé, mais aussi sur les plantes médicinales dont les qualités peuvent, dit-il, se changer en influences dangereuses, lorsqu'elles-mêmes ont vécu dans des milieux mal appropriés. L'auteur étudie les variations dans le mode de développement et la marche des maladies, en rapport avec les conditions climatériques et saisonnières; ce que nous appelons les constitutions médicales ne lui était pas inconnu. Il savait distinguer et apprécier la valeur des éléments divers des *milieux*, comme la température, les eaux et les vents, auxquels il attribue une action sérieuse sur les variations dans les humeurs du corps et les qualités du sang.

Aussi loin dans le passé que les documents nous permettent de remonter, nous voyons la population indoue disséminée dans des huttes assemblées en villages, légèrement et très simplement bâties, souvent à peine couvertes, mais déjà fréquemment garnies, ou plutôt ornées, de plantes grimpantes et de fleurs. De très bonne heure aussi, le sentiment de la conservation personnelle, aidé sans doute par les prescriptions religieuses ou les conventions locales, semble avoir amené une sorte de réglementation des précautions hygiéniques.

« Dans les villes et les villages,... dit Hiouen-Thsang (*Voyages*, etc., t. II, p. 66), les bouchers, les pêcheurs, les comédiens, les bourreaux et ceux qui enlèvent les ordures, sont relégués en dehors des villes, et leurs habitations sont notoirement désignées. Quand ils vont et viennent dans les villages, ils se tiennent sur le côté gauche du chemin. » Les maisons, riches ou pauvres, étaient toujours, pour un même lieu, orientées dans la même direction. Déjà, à cette époque, au commencement du septième siècle, le pèlerin signale les couvents comme des demeures splendides, où l'élégance du mobilier le disputait à la richesse de la décoration.

(*A suivre.*) Dr G. LIÉTARD.

complètement disparu. Le sang est rempli de bactéries, tandis que le liquide amniotique contient des monades d'une extrême petitesse.

Il est évident que l'œuf contenait les germes des microbes dont les liquides de la mère étaient gorgés, et que ces germes ne se sont développés qu'avec la respiration aérienne, lorsque l'allantoïde a donné au liquide sanguin l'oxygène nécessaire au développement des bactéries.

Comparaison entre les bacilles de la tuberculose et ceux de la lèpre (éléphantiasis des grecs). Note de M. *Babes*, présentée par M. *Vulpian*. — Suite de la précédente communication de l'auteur. Voici les principales différences signalées.

Dimension. — On trouve, par ordre de fréquence, pour le bacille de la tuberculose, longueur: 3μ,7; 3; 2,4; 4,8; 2; épaisseur: 0μ,4; 0,6; 0,34; 0,7; 0,3. Pour le bacille de la lèpre, ongueur: 4μ; 2,94; 5,6; 3; épaisseur: 0μ,4; 0,5; 0,32; 0,45.

Forme. — Au point de vue de la forme, le bacille de la tuberculose est plus rigide, rectiligne, quelquefois articulé, tandis que celui de la tuberculose présente des lignes ondulées ou des courbes.

Groupes. — Les bacilles de la tuberculose forment des groupes irréguliers, ou bien ils sont disposés comme les doigts de la main, et parfois ils sont entrelacés dans le protoplasma; réunis en plus grande masse en dehors des cellules, ils décrivent des arabesques ou des touffes. Quand les bacilles de la lèpre sont réunis en masse, ils forment des blocs compacts, qui se substituent totalement au protoplasma des cellules, ou bien ils se montrent à leur périphérie, en constituant une sorte de bague solide.

Migrations.— Les deux espèces de bactéries peuvent traverser les revêtements épithéliaux, comme je l'ai déjà indiqué (Note présentée à la Société de biologie le 21 avril 1883), celle de la tuberculose plus facilement que celle de la lèpre. La bactérie de la tuberculose se propage surtout par les voies lymphatiques le long des vaisseaux, celle de la lèpre montre une certaine prédilection à se propager le long des tendons et des tubes nerveux. Plus tard les deux bacilles pénètrent dans les canaux glandulaires et dans les vaisseaux sanguins oblitérés.

Académie de médecine.

Séance du 8 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le docteur *L. Testut* (de Bordeaux) adresse un mémoire manuscrit sur *la portion brachiale du nerf musculo-cutané*. — Renvoi à l'examen de MM. Sappey et Mathias Duval.

M. le docteur *Renon* (de Saumur) et M. le docteur *Luton* (de Reims) envoient chacun un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Coutaret* (de Roanne) envoie un ouvrage intitulé: *Vingt-cinq ans de chirurgie dans un hôpital de petite ville et à la campagne*, pour le concours du prix Godard de 1883. (Inscrit sous le n° 3.)

M. le docteur *Durand* (de Marseillan) adresse un mémoire manuscrit sur *la loi Roussel dans le canton d'Agde*. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Gautrelet* (de La Flèche) envoie une note manuscrite relative à un *procédé volumétrique rapide pour le dosage de l'acide urique dans l'urine.*

M. le docteur *Salle* adresse un *Rapport sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1882 au 25e d'artillerie*. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose: 1° au nom de M. le docteur *P. Miquel*, un livre intitulé: *Les organismes vivants de l'atmosphère*; 2° de la part de M. le docteur *Reibel* (de Strasbourg), une brochure ayant pour titre: *Intervention chirurgicale comme dernière ressource dans le traitement de la péritonite aiguë et diffuse arrivée à sa période suprême ou asphyxique*; 3° au nom de M. le docteur *Winternitz* (de Vienne), une brochure intitulée: *Zur Behandlung des typhoïsen Fiebers mit Wärmeentziehungen.*

M. *Mathias Duval* présente, de la part de M. le docteur *Gellé*, une *Étude clinique du vertige de Ménière.*

M. *Marjolin* fait hommage du 14e volume de l'*Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance.*

M. *Larrey* présente le *Bulletin de l'Assistance aux mutilés pauvres.*

M. *Giraud-Teulon* dépose un ouvrage de M. le docteur *Badal* (de Bordeaux), ayant pour titre: *Leçons sur l'opération de la cataracte.*

M. *Bouley* fait hommage, de la part de M. le docteur *Layet* (de Bordeaux), de deux Rapports manuscrits sur *les expériences entreprises par le service municipal de vaccine de Bordeaux au sujet d'un cas de cowpox spontané, découvert à Eyzines par M. le docteur Ducamp de Bruges.* (*Commission de vaccine.*)

M. *Oulmont* présente, au nom de M. le docteur *Logerais*, une brochure sur *le traitement des affections du foie par les eaux de Pougues.*

Commission. — MM. *Bergeron* et *Lagneau* sont désignés pour faire partie de la Commission des épidémies de 1883 en remplacement de MM. Davaine, décédé et Jaccoud, non acceptant.

Conjonctivite rhumatismale. — M. *Maurice Perrin* lit une nouvelle observation, que lui a adressée M. le docteur Challan de Belval, père, de conjonctivite purulente très manifestement rhumatismale.

Physiologie générale. — M. *Béchamp* s'élève contre l'opinion exprimée par M. Bouley à l'une des dernières séances, à savoir que l'homme ne différerait pas des animaux au point de vue physiologique. L'identité de l'état anatomique des parties ne permettrait pas, suivant lui, de conclure à l'identité de fonction: c'est ainsi que les microzymas de la salive humaine empèsent l'amidon, tandis que chez le chien et le bœuf ils ne jouissent pas de cette propriété; le pancréas de l'homme est semblable à celui du bœuf, mais le premier a de grandes analogies fonctionnelles avec les glandes salivaires, contrairement à ce qu'on constate pour le second; les différents laits, provenant de mamelles identiques, ne se ressemblent pas. Par contre, certains organes, quoique différents anatomiquement, possèdent les mêmes fonctions; par exemple, le lait de la femme renferme un microzyma dont l'action est la même que celle du microzyma de la salive humaine. On ne saurait donc conclure de la forme anatomique d'un organe à sa fonction.

Rapports. — MM. *Moutard-Martin* et *Mesnet* donnent lecture des rapports qu'ils ont été chargés de faire, le premier sur le concours du prix Godard de 1882 et le second sur le concours du prix Falret de 1882. — Les conclusions de ces intéressants rapports sont réservées pour le comité secret de la fin de la séance; les rapports ont été lus en séance publique, sur la demande, conforme au règlement, mais exceptionnelle, des commissions spéciales.

Gravelle urinaire simulée chez les hystériques. — M. le docteur *J. Brongniart* fait remarquer que la plupart des cas de simulation de gravelle urinaire rapportés par les auteurs, ont été observés chez des femmes ou des jeunes filles; les trois observations qui lui sont personnelles, portent sur une jeune fille et sur deux femmes manifestement hystériques. Il attribue cette fréquence relative chez la femme d'une simulation rare: 1° à la conformation anatomique des organes urinaires de la femme permettant l'introduction de corps étrangers dans l'urèthre et la vessie; 2° à la sensibilité particulière de l'urèthre de la femme qui rend fréquente chez elle la masturbation uréthrale. Il pense, en outre, que les douleurs lombo-abdominales, si fréquentes chez les hystériques, peuvent provoquer la simulation de la gravelle urinaire par des malades, dont les unes sont poussées à une supercherie maladive, quelquefois imitative, liée à l'hystérie, et dont les autres cherchent simplement à mettre une fausse étiquette sur leur maladie.

Société de chirurgie.

Séance du 25 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Tumeur dermoïde congénitale. — Suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule. — Rachitisme et syphilis; signes tirés des lésions trophiques des dents.

M. *Poncet* lit un rapport sur une observation de tumeur dermoïde, adressée à la Société par M. Brière (du Havre):

Le 3 novembre 1882, on présente à M. Brière un enfant de trois jours qui portait sur la joue gauche une tumeur du

volume d'une noisette, avec un prolongement allant jusqu'à l'œil gauche. Cet œil n'avait que le tiers interne de la cornée et le tiers interne de l'iris ; pas de pupille. A la place du cul-de-sac conjonctival externe se trouvait un tissu charnu. L'examen histologique a montré que la tumeur avait la structure du derme.

— M. *Beauregard* (du Havre) fait une communication sur la structure osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement.

Un homme de trente-quatre ans reçoit, le 23 février 1883, un coup de pied de cheval sur le genou gauche : fracture de la rotule. Le fragment supérieur, attiré en haut, comprend la presque totalité de l'os; le fragment inférieur, très petit, ne pouvait être fixé; impossibilité de produire la crépitation. Le lendemain, gonflement considérable. Le 25 février, le malade est chloroformé. M. Beauregard ouvre l'articulation et enlève le sang coagulé; un fil d'argent est passé dans le fragment supérieur et sous le fragment inférieur dans le ligament rotulien. — Tube à drainage dans l'articulation; pansement de Lister; appareil plâtré. Guérison.

M. Beauregard présente le malade à la Société de chirurgie; il a pu réunir 19 observations analogues, dans lesquelles l'opération n'a pas été suivie d'accidents graves.

— M. *Magitot* fait une communication sur la question de la descendance syphilitique du rachitisme. Dans l'une des dernières séances, dans une discussion qui a suivi la communication faite sur ce sujet par M. Cazin (de Berck-sur-Mer), des arguments tirés de l'observation clinique ont été opposés par MM. Cazin, Després, Horteloup, Lucas-Championnière, à la doctrine de M. Parrot. Il semble donc qu'il ne reste plus désormais à l'actif de cette doctrine que les signes tirés des lésions trophiques des dents : sillons, échancrures, etc., qui dans la pensée de l'auteur seraient absolument caractéristiques de la syphilis héréditaire, puisqu'il les désigne sous le nom de *syphilis dentaire*.

Or, à son tour, M. Magitot veut essayer de démontrer que l'érosion des dents, telle que la décrivent MM. Hutchinson et Parrot, ne représente nullement un caractère de syphilis héréditaire. Il se bornera d'ailleurs, dans cette communication, à poser les trois problème suivants :

1° L'érosion des dents est-elle, comme l'affirme M. Parrot, un signe caractéristique et indéniable de la syphilis héréditaire?

2° La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions reconnaissables, et quel est le caractère de ces lésions?

3° Quelles sont les causes et la nature de l'érosion?

A la première question, M. Magitot répond par les arguments suivants :

1° Des sujets notoirement affectés de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion caractéristique; tel est le témoignage de MM. Cazin, Horteloup, Alfred Fournier. A ces témoignages, M. Magitot croit devoir ajouter une preuve fournie par la science ethnologique. On sait, depuis les travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, que la syphilis est endémique chez les Kabyles d'Algérie, tandis que d'après l'enquête la plus minutieuse entreprise par M. Magitot à Fort-National, en 1881, sur les tribus le plus fréquemment atteintes de lèpre kabyle, l'érosion ne s'y observe pas.

Il est d'autres races chez lesquelles la syphilis est très répandue, telles que les Chinois, les Japonais, les Mexicains, les Péruviens, etc., et, bien que les observations directes fassent ici défaut, il résulte de l'examen des collections assez nombreuses de crânes appartenant soit à l'époque contemporaine, soit à des époques plus ou moins anciennes, que l'érosion dentaire est complètement absente sur ces pièces osseuses. Il est vrai que sur le maxillaire inférieur d'un jeune Franc de l'époque gallo-romaine, on a découvert un double sillon d'érosions des plus caractérisées; mais, en l'absence de tout renseignement sur les maladies intercurrentes de l'enfance du sujet d'où provient cette pièce, il n'est pas possible de lui accorder la moindre valeur séméiologique.

2° Des sujets affectés d'érosion dentaire prétendue caractéristique de la syphilis héréditaire ont pu contracter un chancre infectant contre lequel ils auraient dû être préservés en vertu de l'immunité acquise héréditairement. M. Horteloup a signalé un exemple de ce genre.

3° Un grand nombre de sujets chez lesquels l'enquête la plus minutieuse n'a pu réussir à retrouver les traces de la syphilis, présentaient les érosions les plus manifestes.

Les exemples de ce fait abondent, et M. Magitot, pour sa part, en a recueilli un nombre considérable, dont 40 ont été communiqués au Congrès de Londres en 1881.

4° L'érosion des dents se retrouve avec les caractères de netteté et de précision parfaite chez les animaux que la syphilis n'atteint pas. On l'a observée sur deux incisives d'une mâchoire de bœuf, et, tout récemment, sur une mâchoire de chien (M. Capitan).

A la seconde question : La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions trophiques appréciables? M. Magitot répond : Oui, assurément la syphilis infantile exerce sur l'évolution des dents, comme sur celle de bien d'autres organes en voie de formation embryonnaire, une influence considérable, mais ce n'est pas sous l'une des formes quelconques de l'érosion que cette influence se manifeste. Bien plus, la syphilis héréditaire, pour M. Magitot, serait incapable de produire cette lésion si spéciale : cupules, sillons, échancrures, caractéristique de l'érosion. Si l'on considère, par exemple, l'un des types de l'érosion, le sillon simple qui est dû essentiellement à l'arrêt du développement de l'ivoire et de l'émail, arrêt de développement exactement limité à ce sillon, tandis qu'au-dessus et au-dessous de lui les tissus ont leur structure normale; que doit-on conclure? Que l'interruption a été non seulement brusque, subite, mais temporaire. Son niveau et sa hauteur représentent d'ailleurs exactement à la fois l'époque de l'invasion et la durée de l'influence pertubatrice. Or un sujet, né syphilitique, qui, dès la période fœtale, suivant M. Parrot, et pendant les premières années de la vie, serait d'une façon permanente en puissance de syphilis, pourrait-il présenter cette lésion de l'érosion, de caractère à la fois si brusque et de si courte durée? Dans la syphilis infantile, les dents ressemblent à ceux des enfants attardés, scrofuleux, idiots et surtout rachitiques. On y trouve les dents petites, difformes, ordinairement conoïdes, de constitution anatomique et chimique défectueuse, etc.

En ce qui concerne les causes, il faut les chercher dans les affections de l'enfance qui présentent le plus nettement les conditions d'apparition subite et de perturbation grave de la nutrition, au milieu de la période d'évolution la plus normale, phénomènes suivis à leur tour, après ce temps d'arrêt, du rétablissement également brusque et complet de l'état physiologique; ce sont les affections à forme convulsive, c'est-à-dire l'*éclampsie infantile*, incapable, sans doute, à ne considérer que la crise en elle-même, de produire l'érosion, mais indiquant un trouble profond du système nerveux dont l'attaque n'est qu'une manifestation extérieure. En outre, en peut-on nier la gravité, alors que l'éclampsie cause si souvent la mort ou qu'elle laisse après elle les plus grands désordres : le strabisme, la surdi-mutité, les contractures, l'idiotie? Quoi d'étonnant qu'un tel état puisse affecter les dents dont l'évolution est contemporaine de ces périodes de crises?

Cette explication, du reste, ne saurait être mise en doute en présence des preuves de toute sorte sur lesquelles on s'appuie : preuves historiques d'abord, car c'était une vérité banale pour les anciens auteurs, que l'origine éclamptique de l'érosion; preuves cliniques, ensuite, car les observations sont innombrables qui établissent cette relation indubitable

entre l'éclampsie et l'érosion, en l'absence de toute autre intervention morbide.

De ces considérations et de quelques autres, M. Magitot croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'érosion des dents, sous les formes décrites par MM. Hutchinson et Parrot, n'est nullement caractéristique de la syphilis héréditaire; 2° la syphilis héréditaire imprime aux dents des lésions spéciales, communes d'ailleurs à toutes les diathèses en général et qui se traduisent par un ou plusieurs des états suivants : réduction numérique, retards d'éruption, nanisme, amorphisme, mais non par l'érosion; 3° la cause de l'érosion dentaire réside dans certaines affections du premier âge avec troubles du système nerveux et de la nutrition générale, et plus particulièrement dans les états à forme convulsive tels que l'éclampsie infantile.

M. *Lucas Championnière* a vu des enfants ayant l'érosion dentaire et qui n'avaient pas eu de convulsions.

M. *Sée* compare ce qui se passe du côté des dents avec ce qu'on observe sur les ongles, qui reflètent souvent les maladies dont le sujet est atteint; la syphilis, comme les autres maladies générales, produit ces déformations.

M. *Magitot*, dans un relevé de 40 observations, n'a trouvé que des attaques d'éclampsie comme causes de l'érosion des dents.

M. *Guéniot* se propose de chercher une série de 40 enfants ayant des érosions dentaires et n'ayant jamais eu de convulsions.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Bothriocéphale et tænia serrata chez un chien : M. Mégnin. — Influence de la putréfaction sur les bacilles de la tuberculose : M. Vignal. — Action du gallium : M. Rabuteau. — Coloration verte de l'orphée : M. Dubois. — Protoxyde d'azote et oxygène : M. P. Bert. — Cœur de balénoptère : MM. Beauregard et Boulard. — Lésions cérébrales dans la cécité des mots : M. Magnan.

M. *Mégnin* a trouvé dans l'intestin d'un jeune chien né et élevé à Vincennes, un *bothriocéphale* en même temps que plusieurs *tænia serrata*. La présence du bothriocéphale paraît surprenante dans ces conditions; M. Mégnin pense qu'il s'est développé directement chez l'animal.

— M. *Vignal* a cherché l'influence de la putréfaction et de divers réactifs les plus employés en anatomie pathologique sur la recherche du bacille du tubercule; il a trouvé que la putréfaction même assez avancée ne paraît pas nuire à leur recherche; les pièces conservées même un temps assez long dans l'alcool et le liquide de Müller montrent d'une façon très nette les bacilles du tubercule, tandis qu'il lui a été impossible de les mettre en évidence sur des pièces en contenant beaucoup et ayant séjourné dans l'acide picrique. Les méthodes de coloration employées sont celles de Erlich et de Brun.

— M. *Rabuteau*, étudiant les propriétés physiques, chimiques et toxiques du gallium, conclut que cette substance est un poison musculaire comme la plupart des métaux ; son action est en rapport avec son poids atomique et sa chaleur spécifique.

— M. *Dubois* attribue la coloration verte des os du poisson vulgairement appelé l'*orphée* à une matière verte qui résiste à la coction et à l'incinération; c'est probablement du phosphate de fer hydraté. On n'y trouve pas trace de cuivre.

— M. *P. Bert*, reconnaissant la difficulté pratique des appareils à pression pour l'anesthésie par le protoxyde d'azote, a pensé à rendre l'administration du gaz plus facile en faisant respirer alternativement du protoxyde d'azote et de l'oxygène : le résultat fut médiocre. Il est arrivé à obtenir une anesthésie régulière en produisant d'abord le sommeil avec du protoxyde pur et en entretenant la respiration avec un mélange de 80 pour 100 de protoxyde et de 20 pour 100 d'oxygène.

— MM. *Beauregard* et *Boulard* communiquent les résultats des mensurations qu'ils ont pratiquées sur les différentes parties d'un cœur de balénoptère.

— M. *Magnan* décrit les lésions du cerveau dans un cas de cécité des mots. Le malade, frappé d'apoplexie deux ans auparavant, avait ensuite présenté de l'aphasie, puis de la *cécité psychique des mots*. A l'autopsie on trouva sur la troisième circonvolution frontale gauche de nombreuses lésions; il existait un foyer de ramollissement s'étendant du pli courbe au lobe sphénoïdal et au lobe occipital.

SÉANCE DU 5 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Tænia serrata développé sans cysticerque : M. Mégnin. — Altérations cutanées dans le lichen : MM. Vidal et Leloir. — Réclamation de priorité : MM. Dastre et Marcacci. — Anomalie congénitale du cœur : MM. Gibert et Blanchard.

M. *Mégnin* montre un exemple du développement du tænia serrata, chez un jeune chien, sans l'intermédiaire de cysticerques.

— MM. *Vidal* et *Leloir* communiquent les résultats de leurs études sur les modifications de la structure de la peau dans le lichen plan simple, le lichen plan corné et le psoriasis. Il existe une assez grande analogie entre ces diverses affections, analogie qui se retrouve aussi au point de vue clinique, le diagnostic différentiel étant souvent difficile.

Toutefois les lésions de l'épiderme et du derme dans le lichen plan diffèrent assez en général de celles du psoriasis.

La kératinisation épidermique est beaucoup plus accentuée que dans le psoriasis; la couche granuleuse est souvent hypertrophiée; les prolongements interpapillaires du corps muqueux présentent une disposition plus régulière et ont moins de tendance à s'anastomoser.

Pour les lésions dermiques, on trouve l'infiltration beaucoup plus dense et abondante dans le lichen ; les glandes présentent souvent des dégénérations granulo-graisseuses; elles peuvent même s'atrophier et disparaître complètement.

— M. *Dastre* fait constater l'*identité* d'une note qu'il a communiquée, en décembre 1880, au nom de M. Marcacci à la Société et d'une note que M. Kanellis a présentée à l'Académie des sciences le 23 avril dernier : l'identité existe non seulement pour les faits, mais les termes n'ont pas même été changés. Il s'agit des effets produits sur l'excitabilité de la racine antérieure par la conservation ou la section de la racine postérieure.

— M. *Blanchard* présente, au nom de M. *Gibert* (du Havre), une pièce intéressante et peut-être unique, de malformation congénitale du cœur. Il y ajoute quelques remarques et montre la pièce et le dessin. Il s'agit d'un prolongement en doigt de gant de la cavité ventriculaire gauche, véritable anévrysme partiel tubulé du ventricule. Du vivant de l'enfant (qui a succombé à l'âge de un an à une pneumonie double) on sentait, au-dessus de l'ombilic et grâce à une éventration de la ligne blanche, des battements rythmés, pris un instant pour des pulsations de l'artère ombilicale persistante. M. Gibert s'aperçut bientôt qu'il s'agissait bien des battements du cœur, malgré la présence de la masse principale de l'organe à sa hauteur ordinaire.

L'autopsie a montré que le ventricule gauche avait fourni le prolongement indiqué à travers une ouverture anormale du péricarde et du diaphragme; cette espèce de doigt de

gant pulsatile était maintenu fixé à la paroi abdominale par un repli séreux.

Les faits de défaut de soudure des parois abdominales sur la ligne médiane, avec formation incomplète du diaphragme, défaut de clôture du péricarde et ectopie du cœur, ne sont pas rares. Ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est la présence du cœur à sa place et la projection vers le bas d'une partie de la paroi constituant un anévrysme vrai, sans amincissement des fibres musculaires.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

La quassine (M. Adrian) : M. Delpech. — Propriétés du quebracho : M. Huchard. — Transfusion du sang : M. Roussel (de Genève).

M. *Delpech* communique un travail de M. Adrian sur *la quassine* et sa préparation. On peut obtenir 1gr,25 à 1gr,50 de quassine par kilogramme de copeaux de quassia. La quassine se présente sous deux formes, la quassine amorphe et la quassine cristallisable; elle est soluble surtout dans l'alcool, et dans 300 parties d'eau chaude; insoluble dans l'éther. Les échantillons obtenus par M. Adrian, et placés sous les yeux de la Société, diffèrent par leur pureté et leur coloration blanche de la quassine impure et brunâtre préparée en Allemagne.

— M. *Huchard* présente, en son nom et au nom de M. Eloy, un premier travail sur *les propriétés physiologiques, toxiques et thérapeutiques du quebracho et de ses alcaloïdes.* Après avoir spécifié qu'il s'agit du *quebracho blanco*, arbre de la famille des apocynées, originaire de la République argentine, différant du *quebracho colorado* par ses propriétés, il rappelle que c'est Penzoldt (d'Erlangen) qui, en 1879, expérimenta le premier l'écorce (qui seule est active) de l'*aspidosperma quebracho.* Cette écorce était déjà employée dans la République argentine comme tonique, fébrifuge et antiasthmatique. Penzoldt reconnut, par des expériences sur des animaux, qu'à dose toxique le quebracho provoquait la mort avec paralysie des membres, dyspnée intense et convulsions asphyxiques terminales. Plus tard, lorsque le principal alcaloïde du quebracho, l'*aspidospermine*, eut été isolé par Fraude, il fit d'autres expériences avec cette substance et constata une action réelle sur la respiration et la dyspnée. Des recherches analogues ont été entreprises en Angleterre, en Allemagne et en Italie ; en France, M. Strœbel a publié un travail sur ce sujet. — Le quebracho renferme six alcaloïdes : l'*aspidospermine*, l'*aspidospermatine*, l'*aspidosamine*, la *quebrachine*, l'*hypoquebrachine* et la *quebrachamine;* les cinq derniers ont été isolés par O. Hesse. Il renferme encore un corps à caractère alcoolique, le *quebrachol.* Toutes les expériences faites jusqu'à ce jour sont sujettes à revision, puisque ces divers alcaloïdes, comme l'ont vu MM. Huchard et Eloy, ont des propriétés différentes et presque antagonistes, et que, jusqu'ici, les divers expérimentateurs se sont servis de l'aspidospermine du commerce, qui est un mélange de tous les alcaloïdes. MM. Huchard et Eloy ont employé les alcaloïdes préparés par M. Tanret et ont expérimenté, dans le laboratoire de Brown-Séquard, sur des chiens et des lapins. Ils ont étudié : 1° *l'action de l'aspidospermine sur la respiration.* Chez tous les animaux ils ont observé, à l'aide d'appareils enregistreurs, une élévation de l'amplitude des mouvements respiratoires (phase d'augmentation d'amplitude), puis, plus tard, une accélération de ces mouvements (phase d'augmentation du nombre). Ces modifications de la respiration survenaient quelques minutes (5 à 10) après l'injection sous-cutanée de 4 à 6 centigrammes de chlorhydrate d'aspidospermine. Mais, lorsqu'on arrive à des doses toxiques, la respiration s'embarrasse et l'animal succombe, après un temps variable, au milieu de convulsions ; — 2° *l'action sur le sang et la température.* Bien que diminuant, à dose toxique, la contractilité des muscles respirateurs, l'aspidospermine ne tue pas l'animal par asphyxie. En effet, chez tous les animaux autopsiés, le sang veineux a été trouvé d'un rouge vermeil très éclatant. De plus, la température s'est abaissée graduellement de 39 degrés à 36°,5. Cette coloration rouge du sang ne peut être comparée qu'à celle du sang des animaux empoisonnés par l'acide prussique; elle est due probablement au phénomène que Brown-Séquard désigne sous le nom d'*arrêt des échanges;* l'abaissement de la température, observé cinq minutes après la première injection, est dû sans doute à la même cause. — Ces faits sont en désaccord apparent avec ceux qui ont été publiés par les divers auteurs, mais ce désaccord s'explique par ce fait que les expériences antérieures avaient été faites avec l'aspidospermine du commerce, qui renferme un mélange de tous les alcaloïdes du quebracho. Or la *quebrachine* a une action toute différente de l'aspidospermine. Elle semble agir, en effet, en paralysant les muscles respirateurs; beaucoup plus toxique que l'aspidospermine, elle produit la mort par asphyxie, avec coloration noire du sang et élévation de la température. Un cobaye a succombé, en cinq minutes, à l'injection de trois gouttes d'une solution à 4 pour 100, renfermant de la quebrachine, de l'hypoquebrachine et de l'aspidosamine. — Avec l'aspidospermine, MM. Huchard et Eloy ont encore observé quelques autres phénomènes : salivation, coloration des muqueuses, tremblement, etc. En résumé, les résultats de cette première série d'expériences permettent dès maintenant de poser les conclusions suivantes : 1° l'aspidospermine est un modificateur des mouvements respiratoires, un agent provocateur de l'arrêt des échanges et un modificateur de la température ; ces diverses propriétés sont importantes au point de vue des maladies qui produisent la dyspnée, l'apnée et l'anoxhémie. 2° A côté de cet alcaloïde, il en existe d'autres dans le quebracho, tels que la quebrachine, ayant un pouvoir toxique puissant et une action physiologique différente de celle de l'aspidospermine. Ils produisent l'asphyxie par paralysie musculaire et accumulation probable d'acide carbonique dans le sang; ils déterminent une élévation thermique et une exagération des échanges. 3° L'usage de l'extrait de quebracho comme eupnéique expose donc, par son emploi à doses élevées, à des dangers d'empoisonnement et à des échecs thérapeutiques, puisqu'il entre dans sa composition des alcaloïdes ayant des propriétés toutes différentes et presque antagonistes.

M. Huchard présente, à l'appui de ces recherches, trente tracés de la respiration recueillis sur les divers animaux auxquels l'aspidospermine a été administrée. Il a fait, avec la collaboration de M. Eloy, un certain nombre d'expériences sur quelques autres alcaloïdes du quebracho (aspidosamine, quebrachine, hypoquebrachine); ce travail fera l'objet d'une communication ultérieure. Il se propose également d'entretenir plus tard la Société des essais thérapeutiques qu'il a déjà commencés, dans son service de l'hôpital Tenon, à l'aide de l'aspidospermine, sur les malades atteints de dyspnée.

M. *C. Paul* rappelle que le quebracho renferme une grande quantité de tannin. Il a expérimenté ses propriétés astringentes, comme topique, dans les cas de blennorrhagie, vaginite, métrite, etc. Il serait conduit à lui préférer, pour le même usage, le mimosa : c'est un excellent astringent qui réussit fort bien dans le traitement des plaies atoniques.

— M. *Roussel* (de Genève) rapporte deux observations de transfusion non suivies de succès. La première a été faite à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. L. Labbé, chez une femme de trente-quatre ans, opérée d'un volumineux sarcome de la région cervicale. La transfusion fut facile, s'ac-

complit suivant les règles, et la malade reçut 400 grammes de sang; l'opération fut pratiquée à onze heures du matin et la malade, un instant ranimée, mourait à six heures du soir. Peut-être la mort doit-elle être attribuée à une hémorrhagie secondaire sous le pansement. La seconde a été relatée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux (voy. le n° du 6 avril). M. Roussel objecte aux critiques dont il a été l'objet de la part de M. Millard à cette occasion, qu'il est souvent très difficile d'introduire la canule dans une veine vide de sang, surtout chez une personne grasse; d'ailleurs le thrombus qui s'est produit dans ce cas peut servir à démontrer la *vitalité* du sang transfusé, car il se résorbait rapidement et avait presque disparu le lendemain de l'opération. — M. Roussel (de Genève) se propose à l'avenir d'appliquer une bande au niveau du biceps et de rouler ensuite la bande d'Esmark sur l'extrémité du bras, de façon à faire gonfler par le reflux du sang et à immobiliser la veine dans laquelle il devra introduire la canule du transfuseur. En outre, une serre-fine, attachée à la canule, servira à pincer les tissus autour de l'incision veineuse et à les maintenir intimement fixés contre la canule pendant toute l'opération. — Il croit que ce n'est pas une raison, parce qu'il a échoué une fois sur cent, pour déclarer son instrument mauvais et rejeter la transfusion qui peut rendre de si grands services.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'empoisonnement par les helvelles, par M. Bostrœm.

Les helvelles constituent un genre de champignons dont la plupart des espèces passent pour comestibles. « Toutes les helvelles, dit Roques, fournissent un aliment sain et d'un goût agréable; elles se rapprochent beaucoup des morilles. On n'en connaît aucune qui soit de nature suspecte ou vénéneuse. » La plus respectée est la mitre (*Helvella esculenta*, *Morschel* des Allemands), dont nos voisins d'outre-Rhin font une grande consommation. L'auteur eut l'occasion de faire, en 1879, l'autopsie de deux enfants que l'on supposait morts à la suite d'ingestion de ce champignon, réputé inoffensif.

Fort étonné de cette imputation, il fit des recherches et trouva qu'en effet un assez grand nombre de cas du même genre avaient été publiés : ainsi en 1844, 2 relations; en 1846, 4 relations; en 1853, 2 relations; en 1879, 3 relations. Depuis lors, Bostrœm s'est livré à la solution expérimentale de ce problème. Comment peut-il se faire qu'un champignon consommé impunément chaque année par des milliers de personnes, puisse devenir un poison violent pour d'autres? Voici le résultat de ces expériences intéressantes :

1° La mitre contient un poison extrêmement violent, et, par conséquent, elle devrait être, en principe, rayée du nombre des champignons comestibles.

2° Mais, comme il suffit *de la cuire et de jeter l'eau de cuisson*, ou bien de la saler avec énergie, pour faire disparaître entièrement l'élément toxique, il est utile de lui conserver la dénomination de *champignon comestible* en faveur de sa haute valeur nutritive.

3° Lorsque le champignon est complètement desséché, il devient inoffensif; la dessiccation fait disparaître peu à peu le poison.

4° La mitre cuite récemment est donc surtout dangereuse; plus elle produit d'eau d'évaporation, moins elle devient nocive.

5° L'espèce imaginée par Krombholtz (*Helvella suspecta*) pour expliquer les cas d'empoisonnement, n'existe pas.

6° Le poison est facilement et entièrement dissous dans l'eau chaude et peut être extrait en petite quantité par la macération dans l'eau tiède, jamais dans l'eau froide. Il est ou très volatil ou facilement décomposable.

7° Le poison de l'helvelle est un poison *du sang*, qui dissout rapidement l'hémoglobine des globules rouges, d'où résulte la pauvreté en éléments oxygénés, l'hémoglobinurie et l'ictère.

8° L'ictère est manifestement hématogène.

Ce travail est consciencieux et intéressant. Nous devons cependant faire remarquer que la conclusion principale de l'auteur nous paraît nécessiter des réserves. Constater que la mitre est toxique et cependant en permettre la vente, sous prétexte qu'une certaine préparation culinaire la rend inoffensive, est une contradiction évidente. Il se peut que la masse du peuple bénéficie de la valeur nutritive du champignon, mais ce sera aux dépens de quelques malheureux, ignorants ou incultes, qui continueront à en mourir, comme il est arrivé jusqu'ici. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXXII.)

Syphilis de la trachée et des bronches; pneumonie syphilitique, par M. Kopp.

Les altérations produites par la syphilis débutent d'ordinaire, dit l'auteur, par des dépôts gommeux dans le tissu sous-muqueux de la trachée. Ces dépôts se ramollissent et déterminent des ulcères qui guérissent bien par un traitement approprié, mais qui forment, lors du processus de cicatrisation, un tissu dense avec grande tendance à la rétraction et par suite à la sténose. Souvent l'on rencontre au-dessus et au-dessous du rabaissement, une dilatation du canal, souvent l'on y voit des ulcérations ou des arêtes saillantes. Ces dernières détruisent quelquefois l'anneau trachéal lui-même, qui est alors mis à nu, nécrosé, saillant dans l'intérieur du canal bronchique, et finalement expectoré. L'ulcère peut s'étendre entre deux anneaux cartilagineux et le tissu péritrachéal peut être entraîné dans la participation.

Les lésions syphilitiques du poumon, connues depuis longtemps par les cliniciens, ne présentaient rien de spécial pour les anatomistes. Dans ces derniers temps cependant on a cherché à démontrer que les lésions du poumon sont identiques, comme forme et spécificité, à celle du foie, de la rate, etc.

Dans un cas publié par Kopp, l'examen histologique a montré une abondante infiltration des petites cellules dans les septas alvéolaires et le tissu interlobulaire, avec cirrhose consécutive et destruction des alvéoles par compression. L'analogie des lésions histologiques dans le poumon et la trachée est si frappante, qu'il n'est pas douteux que le même processus soit la base des lésions des deux organes.

Deux observations intéressantes servent de base à ce travail; l'une d'elles est absolument comparable à celle de Violing. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXI.)

Si nous nous demandons, ajoute l'auteur, de quel droit nous considérons les lésions décrites ci-dessus comme des produits de la syphilis, nous sommes obligés d'avouer que notre conclusion n'est pas absolument exacte au point de vue anatomo-pathologique, attendu qu'il existe une maladie, rare il est vrai, le farcin chronique, qui donne anatomiquement et microscopiquement le même tableau. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXII.)

Travaux à consulter.

L'immunité contre la septicémie, par M. Semmer.—Expériences faites à l'instar de celles de M. Toussaint; injections préventives de sang septique préalablement chauffé à 55 degrés centigrades. Résultat favorable. (*Cent. fur med. Wiss.*, 1880, n° 48.)

De l'utilité des lavages utérins après l'accouchement. — Discussion intéressante sur ce sujet à la Société de gynécologie de Berlin; avis partagés, non sur la théorie, mais sur la pratique. Schrœder accorde aux lavages désinfectants une importance de premier ordre : « C'est le couronnement, s'écrie-t-il, de l'édifice de Semmelweiss. » On ne saurait trop les multiplier; ils constituent le seul traitement rationnel et pratique de la fièvre puerpérale. — Gasseron ne partage pas entièrement cet enthousiasme, tout en reconnaissant qu'en principe le traitement est rationnel; mais il exige, pour être exactement suivi, un personnel et un matériel fort considérable, dont on ne dispose que fort rarement, même dans les hôpitaux. D'autre part, il n'est pas possible de rejeter entièrement l'emploi des médicaments internes, la quinine, par exemple, qui a rendu de si signalés services aux accoucheurs. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 40.)

De l'empyème, par M. König. — L'auteur combat avec vivacité le procédé de la ponction avec lavages répétés, qu'il considère comme un pas en arrière. Lorsque l'ouverture de la poitrine est faite à temps et a des dimensions suffisantes, il est inutile de pratiquer des lavages phéniqués. Comme méthode opératoire, il recommande la résection sous-périostée d'une portion (1/2 à 2 centimètres) de la quatrième ou cinquième côte au bord du grand dorsal. (*Cent. für Chir.*, 1880, n° 48.)

De la conduite de la délivrance, par M. Runge. — La méthode de l'*expression utérine* de Crede est universellement adoptée en Allemagne, où elle a donné de très bons résultats. A une condition cependant, mise en lumière par Dohrn, c'est de ne pas trop se hâter, sans quoi l'on fait bien sortir le placenta, mais au risque de laisser dans l'utérus quelque cotylédon, quelques débris de membranes qui deviendront ultérieurement la cause d'hémorrhagies ou même d'accidents plus graves. Runge attribue à l'emploi trop hâtif de l'expression utérine dans la délivrance la grande fréquence des métrorrhagies observée à Strasbourg en 1877. Il confirme les conseils de Dohrn, et expose ainsi l'enseignement de Gusserow : surveillance du fond de la matrice avec la main à plat, expression du délivre décollé *au bout de quinze minutes* seulement. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 44.)

BIBLIOGRAPHIE

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

De la sclérodermie, par le docteur C. Leroy. Thèse de concours pour l'agrégation (Pathologie interne et médecine légale). — Paris, 1883. Henri Rey.

Quelle est la nature de l'affection décrite sous le nom de sclérodermie, quelle est sa cause prochaine, sa pathogénie? telles sont les questions que n'ont pu résoudre encore les dermatologistes et auxquelles M. Leroy, dans sa monographie sur le sujet, n'a pu répondre que par l'exposé et la discussion des diverses opinions émises par les auteurs. Si l'étude clinique de cette maladie, si la description de ses caractères objectifs et de ses symptômes ont été tracées de main de maître, principalement dans ces dernières années, si les observations publiées sont aujourd'hui nombreuses et permettent de grouper autour du type principal un certain nombre de variétés plus rares, il faut reconnaître, avec l'auteur, que les examens histologiques sont encore insuffisants et laissent dans l'obscurité bien des points de l'anatomie pathologique de cette curieuse affection.

C'est à Alibert que revient l'honneur d'avoir le premier décrit, dans sa *Nosologie naturelle*, en 1817, la sclérémie des adultes qu'il distingue du sclérème des nouveau-nés, et d'avoir fait connaître des cas de sclérémie partielle; il rangeait le genre *sclérémie* dans la classe des *trophopathies*, et en faisait une maladie du *corpus crebosum* ou tissu cellulaire. De nombreuses revendications de priorité ne pouvaient manquer de se produire à cet égard, et M. Leroy, dans un exposé peut-être un peu minutieux du débat, consigne les noms des divers auteurs qui ont successivement apporté leur contingent à l'histoire de la sclérodermie : Thirial, Gintrac, Forget, Brück, Fœrster, Hebra, Charcot, E. Besnier, Vidal, Schwimmer, etc.

La sclérodermie présente dans son évolution trois périodes distinctes, que l'on voit se succéder dans la plupart des faits qui ont été rapportés; c'est : 1° la période des troubles nerveux; 2° la période œdémateuse, qu'il serait peut-être plus juste, vu la dureté extrême de ce faux œdème, de nommer *état sclérémateux;* 3° enfin, la période d'endurcissement. Quant aux formes mêmes de l'affection, elles peuvent toutes rentrer dans trois groupes principaux devenus classiques : la sclérodermie en plaques disséminées; la sclérodermie des extrémités ou sclérodactylie et la slérodermie généralisée. Telles sont les divisions admises par M. Leroy dans son étude symptomatologique, complétée par la description des phénomènes généraux et des complications nombreuses qui se produisent au cours de l'affection; le système nerveux paraît fréquemment intéressé d'une façon plus ou moins profonde et les troubles intellectuels, l'irascibilité, les hallucinations ont été signalés par la plupart des auteurs. Quant aux lésions qui caractérisent la sclérodermie, ce sont des lésions irritatives manifestes; on constate l'augmentation notable du tissu élastique et du tissu conjonctif, avec des traînées de cellules embryonnaires le long des vaisseaux. Il s'agit évidemment d'une inflammation chronique, envisagée par Cornil et Ranvier comme une véritable *cirrhose cutanée et sous-cutanée.* Mais quelle est la nature de ce processus scléreux? S'agit-il d'une lésion des centres nerveux, des nerfs périphériques, du système du grand sympathique? Les recherches faites dans ce sens ne permettent pas, jusqu'ici, de répondre d'une manière catégorique à cette question. C'est ce qui explique les diverses théories émises au sujet de la pathogénie de l'affection, les uns, avec Verneuil et E. Besnier, admettant qu'il s'agit d'une dermatose rhumatismale développée chez des sujets arthritiques sous l'influence du froid ou de l'humidité, les autres se ralliant avec Brown-Séquard à un trouble de nutrition relevant du système nerveux, à une trophonévrose constitutionnelle, quelques-uns enfin, avec Hebra et Rasmussen, cherchant à expliquer la production des lésions cutanées par une stase de la lymphe dans les tissus malades.

Quoi qu'il en soit, la sclérodermie est une affection rare, plus fréquente chez la femme, qui se développe d'ordinaire d'une façon insidieuse et progresse le plus souvent en dépit des traitements employés; si elle n'est que rarement mortelle par elle-même, elle n'en comporte pas moins le plus souvent un pronostic assez sombre.

Quant à la question de diagnostic différentiel, l'auteur lui a accordé l'importance qu'elle mérite, par suite des discussions qui se sont élevées, à diverses époques, au sujet des relations qui unissent la sclérodermie à certaines affections connues sous les noms d'asphyxie locale des extrémités, cachexie pachydermique, morphée des auteurs anglais. Nous pensons, avec M. Leroy, que seule la morphée doit être entièrement assimilée à la sclérodermie dont elle représente, d'après les descriptions de Tilbury Fox et de Erasmus Wilson, une simple forme, depuis longtemps connue chez nous, la sclérodermie en plaques disséminées.

En résumé, si la thèse de M. Leroy n'est pas un travail original, ce que les conditions mêmes de cette épreuve du concours ne permettent pas de lui reprocher, c'est du moins un intéressant exposé de l'état actuel de la science relativement à une maladie rare et encore mal connue sous bien des rapports.

André Petit.

VARIÉTÉS

Les accoucheurs des hôpitaux.

Les accoucheurs des hôpitaux ont envoyé à leurs confrères et à la presse médicale cette circulaire que nous nous empressons de reproduire :

La librairie Germer-Baillière vient de publier un factum *anonyme* intitulé : « Les Concours des Hôpitaux en 1883 ».

Ce factum anonyme, quelques articles que l'on a fait publier dans les journaux politiques, le *Figaro*, le *XIXe Siècle* du 1er mai, renferment des erreurs et des insinuations calomnieuses contre les accoucheurs des hôpitaux.

Voici la vérité :

Dans un premier rapport (1878) fait au nom d'une commission composée de MM. Trélat, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker ; Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité ; Guéniot, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés ; Millard, médecin de l'hôpital Beaujon ; Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière ; M. Siredey, rapporteur, déclare « que les accoucheurs » seront assimilés aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux » et jouiront des mêmes prérogatives que tous les chefs de ser- » vice. C'est à cette proposition que la commission s'est unanime- » ment ralliée ».

Dans un second rapport (1881), M. Siredey dit encore que « la » commission s'est préoccupée avant tout d'assurer chez les can- » didats des garanties de savoir analogues à celles que fournis- » sent les médecins et les chirurgiens. En outre, elle a cherché » à établir une harmonie aussi grande que possible entre les » épreuves des accoucheurs et celles des chirurgiens : elle en a » adopté le même nombre et les a divisées comme pour les con- » cours de tous les chefs de service en deux séries ».

Un arrêté de M. le sénateur, préfet de la Seine, en date du 26 décembre 1881, dit : « Il est créé pour les services d'accou- » chement dans les hôpitaux et pour les services d'accouchement » chez les sages-femmes agréées, un ordre nouveau de prati- » ciens qui prendront le titre d'accoucheurs des hôpitaux. »

Enfin, M. le directeur général de l'Assistance publique, avec l'approbation du Conseil de surveillance, a déclaré que les accoucheurs, « nommés au concours, se trouvent dans les conditions » prescrites par l'article 6 de la loi du 10 janvier 1849, et pren- » dront rang dans le personnel médical des établissements hospi- » taliers, à la suite des médecins et des chirurgiens. »

Si les accoucheurs n'avaient pas dû avoir dans les hôpitaux cette situation qui en fait les collègues des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, ils déclarent qu'aucun d'eux n'aurait pris part au concours. Ils aiment à croire que, dans des conditions analogues, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux auraient cru de leur dignité d'agir ainsi.

Depuis le mois de novembre dernier, les accoucheurs, au nombre de quatre, ont été chargés par l'Administration d'organiser les services qui leur étaient confiés, de faire les accouchements laborieux dans tous les hôpitaux (sauf trois), de surveiller les accouchements chez les sages-femmes agréées qui sont dispersées dans tout Paris et d'y pratiquer les opérations nécessaires. Ils n'ont pas reculé devant cette lourde tâche, ils y ont sacrifié bien des journées et bien des nuits.

Ils continueront à consacrer leur temps à soigner les femmes et les enfants que l'Administration de l'Assistance publique leur confie; ils ne le perdront pas à réfuter des insinuations calomnieuses et anonymes. Ils ont mieux à faire, on le voit.

P. Budin, ancien interne en médecine et en chirurgie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de la Charité. — Ch. Porak, ancien interne en médecine et en chirurgie, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis. — A. Pinard, ancien interne en médecine et en chirurgie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de l'hôpital Lariboisière. — A. Ribemont, ancien interne en médecine et en chirurgie, ancien chef de clinique de la Faculté, accoucheur de l'hôpital Tenon.

Nous ne trouvons dans cette circulaire rien qui ait trait au procès en litige : le droit que réclament les accoucheurs de faire partie de tous les jurys des concours de l'Assistance publique. Un seul des documents visés aborde cette question, mais c'est le rapport de M. Siredey, *rejeté* par la commission générale. Il n'exprime plus qu'une opinion personnelle, singulièrement modifiée depuis par les circonstances et les discussions subséquentes.

La question est donc entière ; elle reste encore à résoudre et nous demandons aux accoucheurs quels arguments ils invoquent en faveur de leurs prétentions. « Nous sommes tous égaux, répondent-ils, et nous avons droit aux mêmes prérogatives. » Nos confrères oublient que siéger dans un jury est non un droit, mais un devoir exigé de chacun selon ses capacités. Or existe-il, dans les épreuves du Bureau central en médecine et en chirurgie, « une seule épreuve où l'accoucheur soit aussi compétent que l'un quelconque des juges dont il prendra la place ? »

Voyez ce qui se passe à l'Ecole de médecine. Tous les agrégés se valent ; il n'y a là ni préséance, ni droit, ni prérogatives que chacun n'exerce au même titre. Si le chirurgien demandait à faire passer les examens de médecine, le physicien les examens de chirurgie, que répondrait la commission scolaire ? Si l'un de nous prenait la place de MM. les accoucheurs au cinquième de doctorat, ils trouveraient sans doute l'usurpation excessive.

Un dernier mot : les accoucheurs, dans leur circulaire, insistent sur la multiplicité de leurs devoirs et sur le dévouement dont ils ont toujours fait preuve. C'est bien, et dans son « factum anonyme » M. Nicaise leur rend justice tout le premier. Sans diminuer en rien leur mérite, n'est-il pas nécessaire de rappeler cependant que, tandis que médecins et chirurgiens touchent une indemnité annuelle de 1200 francs, celle des accoucheurs s'élève à 6500 francs ?

P. S. — Suivant une observation qui nous a été faite, la *Lettre médicale* insérée dans le dernier numéro aurait commis une erreur en disant que l'une des deux épreuves *définitives* du concours pour les places d'*accoucheur des hôpitaux* était relative à la *gynécologie*. Nous apportons dans ce débat trop de bonne foi et de modération pour ne pas accorder à ceux que nous combattons toutes les satisfactions possibles. Or voici l'exacte vérité. L'épreuve dont il s'agit consiste en une consultation écrite *sur une femme* atteinte d'une affection chirurgicale ou *sur un enfant nouveau-né*. Ce choix exclusif du sexe féminin et de l'enfant sortant de l'utérus, on en conviendra, sent bien un peu la gynécologie. Il est exact, pourtant, que le sujet de la consultation peut être pris parmi les maladies chirurgicales communes aux deux sexes ; mais si, au lieu d'un gonflement ganglionnaire du cou (désigné une fois, paraît-il), il plaisait au jury de présenter aux candidats un polype utérin, un kyste ovarique, une tumeur de la vulve, enfreindrait-il pour cela les règles du concours ? Nous croyons que non et alors l'épreuve serait franchement... gynécologique.

Voici la réponse de M. Nicaise à la circulaire de MM. les accoucheurs des hôpitaux :

Dans une note imprimée, les accoucheurs des hôpitaux affectent inutilement de considérer comme « anonyme » la brochure que j'ai publiée sous le titre : *Les concours des hôpitaux en* 1883, tandis qu'il est nettement indiqué qu'elle est formée exclusivement de documents qui se rapportent à la question de l'introduction des accoucheurs dans les jurys, et pour la plus grande partie de mon rapport au Conseil de surveillance.

Quant à l'expression « d'insinuations calomnieuses » de la note des accoucheurs, il n'y a pas à y répondre, car elle ne peut s'appliquer à aucun passage de la brochure.

La note déplace encore le débat. Il ne s'agit pas d'une question de prérogatives ou de grade, mais d'une question de compétence. C'est là le seul point en discussion. Les accoucheurs, très compétents en accouchement, ne le sont ni en médecine, ni en chirurgie.

Nicaise.

Concours. — La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question : « Comment meurent les goutteux? » Elle vient de décerner une première médaille d'or à M. le docteur Alphonse Sordes (de Tarare), et une seconde médaille d'or à M. le docteur Caradec fils, professeur à l'Ecole de médecine de Brest.

Les deux lauréats ont, en outre, été proclamés membres correspondants de la Société.

Académie des sciences; élections. — L'Académie des sciences a procédé, le lundi 7 mai 1883, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Sédillot.

Au premier tour de scrutin, 57 votants, majorité 29 : M. Richet obtient 22 voix, M. Brown-Séquard 18, M. Jules Guérin 14, M. Sappey 2, M. Charcot 1. Au deuxième tour, 58 votants, majorité 30 : M. Richet obtient 32 voix, M. Brown-Séquard 23, M. Jules Guérin 3.

M. Richet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre titulaire.

Excursion scientifique. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 13 mai, dans la forêt de Saint-Germain. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à 11 heures 35 minutes.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs Vaugelard, à Condé-sur-Noireau; Louis, à Villars-les-Dombes; Brest, à l'Esterel; Nellet, à la Haye-Pesnel; Casabianca, à Poggio-di-Naza; Viaud, à Saint-Jean-de-Monts; Dagallier, à Pont-de-Veyle; Pouget, à la Roquebrou; Ducellier, à Montmorillon, et Cellier, à Mostaganem.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-83, par M. Levrat, agrégé.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-83, du cours auxiliaire de chimie médicale.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Caussanel, ancien suppléant, est rappelé à l'exercice jusqu'au prochain concours en qualité de suppléant des chaires de médecine

Faculté de médecine de Caen. — M. le professeur Bourienne est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de l'Ecole. M. Delouey, professeur adjoint, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Bouvier, transféré, sur sa demande, dans la chaire d'accouchements.

École de médecine de Tours. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, d'hygiène et thérapeutique, s'ouvrira, le 19 novembre 1883, à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie. — La Faculté de médecine de Nancy vient de faire une grande perte dans la personne de M. le professeur Michel. Il est mort dans la nuit du 29 au 30 avril, dans sa propriété de Saulx (Haute-Saône), des suites d'une affection des centres nerveux dont la nature ne nous est pas bien connue.

— Nous apprenons la mort de M. Courtin, médecin-major de première classe, et de M. Toussaint, médecin aide-major de deuxième classe.

Morphiomanie; cas de pharmacie légale. — Un pharmacien vient d'être condamné par le tribunal correctionnel de Paris (2 mai 1883) pour avoir livré à une dame par doses successives, dans l'espace de dix-huit mois, pour 1900 francs de morphine, sans autre autorisation que deux anciennes ordonnances, prescrivant de faibles doses du médicament. La dame était devenue aliénée. La poursuite visait une contravention à l'ordonnance de police de novembre 1840, interdisant la vente de substances vénéneuses sans prescription de médecin.

Le prévenu a été condamné à 8 jours de prison, 1000 francs d'amende et 2000 francs de dommages-intérêts envers le mari.

Mortalité a Paris (18e semaine, du vendredi 27 avril au jeudi 3 mai 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1230, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 21. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 37. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 64.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 247. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 34 ; au sein et mixte, 32; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 80; de l'appareil respiratoire, 86; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 18e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 27 avril au 3 mai, 1311 naissances et 1230 décès. Ce dernier chiffre est notablement inférieur à celui de la période précédente (1330) et à la moyenne des quatre dernières semaines (1313). En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette période et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la variole (21 décès au lieu de 12); une diminution pour les autres : fièvre typhoïde, 31 au lieu de 37; rougeole, 30 au lieu de 40; diphthérie, 37 au lieu de 44. Cependant la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse pour la fièvre typhoïde un nombre d'admissions qui a passé brusquement de 50, chiffre relevé au dernier Bulletin, à 107, pour la période du 23 au 29 avril.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Formulaire des maladies des voies urinaires, par M. le docteur Mallez. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 3 fr. 50

De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Quinquaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré, par M. le docteur Dreyfous. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 3 fr. 50

Du traitement de la péritonite aiguë, par M. le docteur L. Debrand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 3 fr.

Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée, par M. le docteur Ramonède. In-8 avec 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 3 fr.

Manuel des injections sous-cutanées, par MM. les docteurs Bourneville et Bricon. 1 vol. in-32. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50
— Cartonné. 3 fr.

Des accidents pernicieux d'origine palustre, par M. le docteur Bard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 2 fr. 50

De la fièvre typhoïde à forme rénale, par M. le docteur Didion. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 2 fr. 50

Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par M. le docteur Baumel. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude anatomique et anthropologique sur les os wormiens, par M. le docteur Chambellan. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote avec ou sans tension suivie d'une note sur la germination en présence du protoxyde d'azote, etc., par M. le docteur Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecresnier. 2 fr.

Traitement de la fièvre typhoïde, par M. le professeur Jaccoud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Le cuivre et les conserves de légumes, par M. le docteur T. Gallard. Paris, H. Lauwereyns. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 17 mai 1883.

De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis.

Entre tous les problèmes médicaux appelés à bénéficier du mouvement actuel des esprits vers les doctrines parasitaires figurent au premier rang ceux qui sont afférents à la fièvre typhoïde et à la syphilis. Comment s'en étonner, puisque ces maladies peuvent, en quelque sorte, être considérées comme des types de processus infectieux, dans leurs deux modalités aiguë et chronique? D'autre part, l'appareil uropoiétique présidant aux phénomènes excrémentitiels, l'étude des manifestations rénales que ces maladies déterminent ne peut que jeter une vive lumière sur leur physiologie. D'où l'intérêt qu'offre l'analyse du symptôme capital de la pathologie rénale, de l'albuminurie, tant dans la fièvre typhoïde que dans la syphilis.

L'albuminurie joue, nul ne l'ignore aujourd'hui, un rôle considérable dans l'évolution typhique. Son importance est-elle aussi grande dans un processus infectieux lent comme la syphilis? Telle est la question que la pathologie générale devait naturellement se poser et que, depuis quelques années seulement, l'observation clinique cherche à résoudre.

Que de la syphilis tertiaire relèvent diverses néphropathies chroniques, sclérose ou dégénérescence amyloïde du rein, probablement aussi néphrite parenchymateuse, ce fait n'est plus, depuis Rayer, révoqué en doute. Mais, en ce qui concerne la syphilis secondaire, la question était en litige, et même tout récemment encore, les syphiliographes les plus éminents, les moins enclins à restreindre le domaine de cette maladie, comme M. le professeur Fournier, répugnaient à admettre qu'elle pût, à sa première étape, toucher le rein. Ce n'est que dans ces dernières années qu'un revirement s'est produit peu à peu dans les esprits sous l'influence de nombreux travaux consacrés à l'albuminurie dans la syphilis secondaire, travaux qui, malgré leurs lacunes, méritent d'attirer notre attention et, à cause de ces lacunes mêmes, demandent à être complétés par une enquête plus approfondie.

I

« Lorsque les facteurs étiologiques d'une albuminurie aiguë vous échappent, cherchez la syphilis, » disait souvent le professeur Gubler, en opposition avec les doctrines cou-

FEUILLETON

Fragments d'histoire et de bibliographie.

II

L'hygiène et les institutions sanitaires dans l'Inde ancienne. — Les édits du roi Piyadasi. — Les voyages des pèlerins bouddhistes. — L'hygiène des camps d'après les épopées et l'Ayurvéda.

(Voyez le n° 19.)

C'est surtout le régime alimentaire qui a fait, de tous temps, l'objet des préoccupations des médecins indous. Ils attribuaient, d'accord en cela avec l'instinct des masses, une importance exceptionnelle aux qualités de l'eau. Faire creuser un puits dans de bonnes conditions de salubrité était considéré comme un des actes charitables les plus méritoires; n'avons-nous pas vu plus haut le roi Piyadasi prescrire la création des puits, dans un édit consacré à la santé publique? Les Indous avaient, dès une haute antiquité, constaté que l'usage de l'eau des mares et même de celle des réservoirs est une cause fréquente de fièvres dangereuses; ils estimaient avant tout les sources sortant des terrains sablonneux, comme ceux qui tapissent les lits des rivières, puis les sources jaillissant aux pieds des montagnes (Wise, *Review of the hist. of. med.*, I, p. 318).

Il ne faudrait pas en conclure que l'eau était l'unique boisson de l'Indou d'autrefois. Il connaissait parfaitement la préparation et l'usage des liqueurs fermentées et il en abusait, à commencer par ce fameux *soma*, liqueur du sacrifice, dans la préparation duquel entrait le *Sarcostemma viminale*, des graines fermentées, etc. Il est tel hymne du *Rig-Véda*, dont l'auteur décrit sur lui-même les effets du soma, qui ne laisse aucun doute sur leur nature. « Les breuvages, dit-il, m'ont transporté comme des vents impétueux, comme des chevaux rapides emportent un char...

rantes. Ici encore, les recherches contemporaines paraissent devoir justifier le dire de notre vénéré maître.

Les deux observations publiées par Perroud en 1867 (*Journal de méd. de Lyon*) avaient passé à peu près inaperçues. Il n'en fut pas de même de la thèse de Descoust (1878), qui nous apportait un fait des mieux étudiés, et, ce semble, des plus démonstratifs. On peut en dire autant des observations de Drysdale (*Brit. med. Journ.*, 1879) et de Coupland (*Med. Times and Gaz.*, 1880). Puis l'intéressante note de Barthelemy (*Ann. de dermat.*, 1881) vint démontrer l'heureuse influence du traitement spécifique dans certains cas de mal de Bright, coïncidant avec des accidents secondaires. Si la thèse de Cohadon (1882) n apporte guère d'éléments nouveaux à la question, celle toute récente de Négel peut-être considérée comme le plaidoyer le plus convaincant en faveur de l'existence d'une albuminurie syphilitique secondaire. Dans ce travail fort étendu, Négel nous donne le résumé de toutes les observations parues jusqu'à ce jour, une vingtaine environ, et aussi l'analyse d'une monographie de Wagner (*Weber morbus Brightii*, 1882), qui malheureusement ne nous est connue que de seconde main, par les extraits publiés dans divers journaux.

Certes, on ne saurait attribuer une valeur égale à toutes les observations reunies par Négel; dans certains cas, on peut se demander si la syphilis n'a pas seulement joué le rôle d'une cause prédisposante, en débilitant l'organisme, en diminuant la résistance vitale aux influences morbides. Mais, si le vieil aphorisme : *post hoc, non ergo propter hoc*, trouve ici, dans quelques cas, son application, il est un grand nombre de faits qui ne se prêtent pas à cette interprétation et oú, d'autre part, l'hypothèse d'une simple coïncidence ne semble guère admissible. Absence de tout élément étiologique appréciable, production de l'albuminurie et des phénomènes brightiques, parallèlement aux accidents secondaires; enfin et surtout, heureuse action du traitement spécifique dans une affection généralement si rebelle à toute intervention thérapeutique, n'est-ce pas assez pour convaincre l'esprit le plus réfractaire aux innovations en pathologie? Quand on voit, comme dans certains faits, celui de Martinet (*France médic.*, 1881), par exemple, un mal de Bright, coïncidant avec une poussée de syphilis secondaire, guérir par la médication mixte alors que le régime lacté avait échoué, est-on en droit de contester la nature spécifique de l'affection ?

Toutefois, nombreux sont les revers ou les demi-succès à la charge du traitement spécifique et les manifestations rénales sont, à n'en pas douter, plus rebelles à l'action du mercure que les autres accidents secondaires. D'autre part, ce n'est guère qu'en associant l'iodure de potassium au mercure qu'on est arrivé à enrayer le mal, double particularité qu'il importait, chemin faisant, de relever.

Mais, comme les faits positifs ont toujours plus de valeur que les faits négatifs, il nous semble que, dès à présent, on est autorisé à ranger l'albuminurie à côté de l'ictère, dans le cadre de la syphilis secondaire. Elle figure sans doute parmi les manifestations relativement rares de cette dyscrasie jusqu'à plus ample informé, car la statistique de Wagner paraît empreinte de quelque exagération.

II

C'est l'étiologie qui, seule, jusqu'à ce jour, différencie l'albuminurie ou le mal de Bright syphilitique des processus analogues d'origine non spécifique. Aussi, n'étaient les antécédents, ou l'influence inespérée d'un traitement spécifique employé en désespoir de cause, la réelle nature de la maladie serait-elle, dans bien des cas, restée lettre close pour le clinicien. Et comme bien souvent la syphilis demande à être cherchée, on conçoit que bien des faits de ce genre aient pu passer inaperçus.

Au point de vue *séméiologique*, des observations publiées jusqu'à ce jour ne nous fournissent pas les éléments d'une étude d'ensemble. Tantôt il ne s'agit que d'une albuminurie plus ou moins accusée, sans aucun phénomène général; tantôt le complexus mortel est celui de l'albuminurie aiguë, à *substratum* et néphrite parenchymateuse, avec son cortège symptomatique habituel (malaise général, douleurs de reins, hématurie, anasarque généralisée, troubles du sensorium); tantôt enfin la physionomie morbide rappelle celle de la néphrite subaiguë classique.

Très variable également la terminaison de l'affection. Souvent, du reste, les malades n'ont été suivis qu'un trop court laps de temps. A côté de guérisons complètes, on relève des cas où la maladie a passé à la chronicité, d'autres, très peu nombreux, où la terminaison a été rapidement fatale.

La rareté des faits mortels explique notre pénurie en renseignements nécroscopiques; cependant diverses observations (Perroud, Rémy, Wagner) permettent d'affirmer qu'il s'agit de néphrites parenchymateuses, comme du reste l'évolution clinique permet de l'inférer à priori. A l'appui de cette manière de voir, nous pourrions invoquer un fait personnel, l'histoire d'un malade qui succomba à l'Hôtel-Dieu, dans le

---

les cinq races m'ont paru comme rien; une seule moitié de moi dépasse les deux mondes; j'ai surpassé en grandeur le ciel et cette grande terre; transporterai-je cette terre ici ou là?... (*Rig-Véda*, X, 119. — Bergaigne, *La religion védique d'après les hymnes du Rig-Véda*, p. 192). Parmi les édits du roi Piyadasi, il en est qui ont pour but d'interdire les banquets et les festins publics, en raison des excès de boissons auxquels on s'y livre; des lois sévères étaient promulguées contre l'ivrognerie; et si, dans des temps postérieurs, les sectes çivaïques ont trop souvent toléré ces abus, il est juste de dire que le bouddhisme les a toujours jugés très durement et énergiquement combattus. « Quant aux vins et aux liqueurs, dit le Chinois Hiouen-Thsang (*op. cit.*, II, 93), on en distingue plusieurs sortes : le jus des raisins et des cannes à sucre est le breuvage des kshattriyas (nobles de la caste guerrière); la liqueur forte tirée des graines fermentées est celle des Vaicyas (caste des marchands). Les brahmanes boivent le jus du raisin ou celui de la canne qui diffèrent tout à fait du vin distillé. » Suçruta consacre une partie de son chapitre sur les aliments (I, cap. 46) à l'appréciation des diverses boissons, à l'eau tout d'abord, puis aux liqueurs fermentées qu'il examine surtout à titre de toniques et de médicaments excitants, qu'il considère comme utiles en beaucoup de cas.

L'eau était fréquemment employée en bains et en lotions; les bains étaient d'un usage habituel. Il y avait telles circonstances de la vie qui entachaient le corps d'une impureté qu'on ne pouvait effacer que par l'usage des bains. C'est ainsi que ceux qui avaient assisté à des funérailles, ne devaient rentrer dans la vie commune qu'après s'être baignés hors des murs de la ville (Hiouen-Thsang, *op. cit.*, II, 88). Les Indous, surtout ceux des classes élevées, c'est-à-dire les kshattriyas et les brahmanes, tout en vivant avec économie, les derniers surtout, semblent avoir toujours beaucoup sacrifié à la satisfaction d'obtenir des conditions de propreté exquises. « Les Indiens, dit Hiouen-Thsang, sans faire de

service de M. Frémy que nous suppléions alors (1881). Chez cet individu, nous avions posé, fort timidement d'ailleurs, le diagnostic de néphrite syphilitique secondaire et institué un traitement en conséquence. Il fut très rapidement emporté par des accidents pleuro-pulmonaires et à l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques du gros rein blanc.

Disons enfin que c'est ordinairement dans l'année qui suit le coït infectant qu'apparaissent les manifestations rénales ; quelquefois elles sont très précoces ; elles ont pu se produire quatre, trois et même deux mois après l'imprégnation syphilitique.

III

L'histoire clinique et anatomo-pathologique de la syphilis rénale secondaire est encore trop indécise pour qu'on puisse formuler, au sujet de la pathogénie de ces déterminations morbides, autre chose que des hypothèses plus ou moins plausibles. Toutefois, à cet égard, deux conditions seulement sont admissibles à priori, comme du reste dans toutes les maladies infectieuses.

A voir dans la syphilis surtout l'état dyscrasique, on peut attribuer les troubles fonctionnels et secondairement les lésions organiques uropoïétiques à une altération primordiale du sang, en particulier de ses globules ou de ses principes albuminoïdes. Mais on pourrait aussi supposer que les micro-organismes de la syphilis, dans leur migration à travers les reins, déterminent une sorte de traumatisme de leurs parois artérielles ou de leurs éléments cellulaires et amènent ainsi une néphrite infectieuse, au sens strict du mot.

Les documents actuels ne nous permettent pas de nous prononcer à cet égard. Pour mener à bien l'enquête sur ce point, il faudrait faire un examen approfondi des urines coagulables d'après la méthode de M. le professeur Bouchard, rechercher par exemple si elles renferment ou non des détritus épithéliaux des microorganismes, si l'albumine est ou non rétractile, etc. Sur ces points nous n'avons d'autres données que celles, fort incomplètes d'ailleurs, que Négel nous fournit dans une de ses observations.

En résumé, c'est à peine si les premiers linéaments de la question qui nous occupe ont été tracés jusqu'à ce jour. Elle offre, au point de vue de la pathologie générale et aussi, ne l'oublions pas, de la thérapeutique, un trop grand intérêt pour qu'on néglige de l'étudier sous ses divers aspects. Ce n'est pas assez que de suivre l'évolution de l'albuminurie spécifique secondaire ; il faudrait encore ne pas perdre de vue les malades, alors même que les manifestations rénales auraient disparu. Il n'y a pas en effet témérité à supposer que ces processus, en apparence guéris, ont souvent leur lendemain, que la *restitutio ad integrum* est un fait exceptionnel et qu'il reste une tare du côté de l'organe atteint, sous forme par exemple de points d'artérite ou de dégénérescence épithéliale. S'il en est ainsi, la moindre étincelle ne pourra-t-elle pas à un moment donné rallumer le vieux foyer mal éteint ? En d'autres termes ne pourrait-on pas faire remonter à une imprégnation syphilitique de date ancienne la production de maintes néphropathies d'origine indéterminée, ou indûment rapportées à des causes banales comme le froid ? Du reste la question se pose dans les mêmes termes pour toutes les maladies infectieuses, et dans cette conception des effets à longue échéance et processus parasitaires se trouve peut-être la solution de nombreux problèmes étiologiques restés obscurs jusqu'à ce jour.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Observation de gangrène totale du gland, consécutive a un phimosis accidentel ; autoplastie, par M. le docteur E. Mathieu, professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Obs. Le sujet a vingt-trois ans ; il est bien constitué, robuste et appartient à l'armée. Le 14 juillet 1881, il s'aperçut qu'il était porteur de deux petites plaies situées sur la face dorsale et supérieure du gland. Le 18, l'une de ces plaies s'est agrandie et un médecin spécialiste consulté déclare qu'il y a là un chancre qui sera peut-être suivi d'accidents généraux. Le surlendemain, apparition de symptômes de balanite aiguë : écoulement abondant, douleur vive, tuméfaction ; dès le 22, impossibilité de décalotter. Le phimosis s'accompagne bientôt de courbature, d'insomnie, d'anorexie et de fièvre. Enfin, le 23, le malade est dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations ; mais, dans un sentiment de pudeur mal défini, il dissimule son état local et entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce comme étant atteint d'embarras gastrique fébrile. Placé dans un service de médecine, il expose sa situation et on l'évacue sur un service de chirurgie après lui avoir prescrit un éméto-cathartique, des injections sous-préputiales à l'acide borique et 4 grammes de chloral pour calmer les souffrances qui sont excessives.

Le 27 juillet, à la visite du matin, je constate l'état suivant : verge tuméfiée en massue, avec prépuce exubérant et fortement rétréci à son orifice ; coloration rougeâtre modéré de la peau, sans chaleur manifeste. A la palpation, consistance pâteuse des tissus

---

distinction de classes, sont extrêmement propres, ils se lavent les mains, les dents, etc., à chaque repas. Ils se frottent le corps avec des parfums de sandal, avec du curcuma, etc. » Les fumigations aromatiques ont toujours été d'un emploi fréquent dans la thérapeutique de l'Inde.

Les aliments étaient très variés, et l'objet des recherches les plus raffinées, à la table des riches ; le riz, chez les pauvres, était, avec les fruits communs, la plus habituelle et presque l'unique nourriture. La cuisine fut de bonne heure un art estimé dans l'Inde. Mégasthènes, à la cour de Sandrocottus, à Patna, fut traité avec luxe et sa table servie avec des mets préparés suivant la coutume indienne. Le poste de maître cuisinier était quelquefois donné comme marque honorifique (Gordon, *op. cit.*, § 2).

Suçruta divise les aliments et les boissons en onze classes, dont la première est uniquement consacrée à l'étude des diverses variétés de riz. Le rôle tout à fait prépondérant du riz dans l'alimentation de la population indienne justifie pleinement l'attention exceptionnelle dont il est ici l'objet. Dans les autres classes, Suçruta étudie les aliments, empruntés soit au règne végétal, soit au règne animal. L'usage de la viande ne fut jamais, en effet, complètement proscrit dans l'Inde, mais simplement restreint dans certains cas déterminés, et Suçruta ne pose même pas la question de légitimité de son emploi. Aussi Hiouen-Thsang nous semble-t-il être allé un peu loin lorsqu'il dit : « On se nourrit ordinairement de gâteaux de farine faite de grains torréfiés, dans laquelle on mêle du lait, de la crème, du beurre, de la cassonade, du sucre solide, de l'huile de moutarde (*sinapis glauca*). Pour ce qui regarde les bœufs, les ânes, les éléphants, les chevaux, les porcs, les chiens, les renards, les loups, les lions et les singes, la loi défend de les manger. Ceux qui en font leur nourriture sont couverts de honte et de mépris, et ils deviennent pour tout le monde, un objet de haine et de dégoût » (*op. cit.*, II, 93). Il est nécessaire de faire ici la part de l'exagération du sectaire tant soit peu fanatique.

avec fine crépitation, déterminée par une pression antéro-postérieure exercée à la base du gland; écoulement sanieux, séro-sanguinolent, exhalant une odeur fétide caractéristique de la gangrène. Le malade est inquiet; il accuse des douleurs extrêmement vives, continues et exaspérées par le contact des urines au moment de l'émission et par les moindres frôlements. Sa langue est saburrale, son pouls fébrile, sa peau chaude; il a mal dormi la nuit précédente malgré la dose de chloral ingéré; l'infirmier de garde dit qu'il y a eu de l'agitation et du délire pendant les courtes périodes de sommeil.

Le diagnostic est évident; il s'agit d'un phimosis accidentel datant de six jours, compliqué de gangrène et consécutif à un chancre dont l'invasion remonte à quatorze jours. La crépitation emphysémateuse perçue au travers du prépuce, l'aspect de la suppuration, son odeur surtout, constituent des caractères qui ne permettent aucun doute.

Deux points cependant restent indéterminés : 1° le siège et l'étendue de la gangrène qui laisse les téguments intacts, à l'inverse de ce qui se voit généralement lorsqu'il y a phimosis gangreneux; 2° la nature des chancres, cause première des accidents. Le malade, très intelligent, dit bien que le médecin auquel il s'est adressé tout d'abord a pressé ses chancres transversalement et a parlé d'induration, mais sans être affirmatif quant aux suites possibles de la lésion. D'un autre côté, le temps d'incubation ne peut être fixé; le dernier coït a précédé de deux jours seulement l'apparition des ulcérations chancreuses et, la veille et les jours antérieurs, le malade a eu des relations avec plusieurs femmes différentes. Aucun retentissement ganglionnaire dans les aines. Peu importe du reste la nature des chancres, il y a gangrène sous-préputiale et un débridement immédiat du phimosis est jugé nécessaire.

Le malade, qui a conscience de la gravité de sa situation, accepte cette décision, mais la sensibilité des parties est telle, qu'il repousse l'anesthésie locale et demande à être chloroformisé. On accède à son désir et le sommeil anesthésique est rapidement obtenu, grâce au chloral absorbé quelques heures auparavant.

L'opération consista en une simple incision dorsale du prépuce, qui fut faite avec le thermo-cautère afin de prévenir l'hemorrhagie inévitable et assez difficile à arrêter lorsqu'on opère au bistouri un phimosis accidentel inflammatoire. L'emploi du couteau thermique exige seulement certaines précautions, commandées par la nécessité de protéger des atteintes du feu le gland, ou ce qui en subsiste, et par l'impossibilité matérielle où l'on se trouve d'introduire dans la cavité préputiale avant la section un corps isolant un peu volumineux. Un vulgaire couteau à papier, dont la pointe a été effilée, permet de surmonter cette difficulté et de débrider pour ainsi dire à blanc sans intéresser les parties sous-jacentes.

La gangrène avait produit chez notre malade des désordres considérables. Sous le prépuce simplement épaissi, le gland était converti en un putrilage noirâtre et fétide, dans les deux tiers supérieurs de sa hauteur. Toute la couronne paraissait envahie, mais le pourtour du méat avait conservé une coloration rosée et de la sensibilité; on pouvait espérer que l'artère du frein assurerait la vitalité de cette portion de l'organe.

Malheureusement le jour même, à la visite du soir, on constatait que les urines s'écoulaient un peu par le méat, beaucoup par une série de fissures occupant la rainure balanique. La gangrène avait gagné en profondeur et lésé le canal de l'urèthre.

Le lendemain, 28 juillet, nouveaux progrès: la mortification a envahi la partie du gland demeurée intacte autour du méat. La teinte noirâtre s'étend du frein aux corps caverneux, dont l'extrémité terminale paraît même intéressée. Lorsque le malade urine, le liquide semble sortir d'une pomme d'arrosoir; la douleur est très vive et il s'échappe quelques gouttes de sang après la miction. Les urines analysées sont reconnues indemnes de sucre et d'albumine.

En somme, le gland s'est sphacélé en totalité, mais la gangrène n'a pas progressé vers la racine de la verge, après le débridement du phimosis.

Deux jours plus tard, la ligne de démarcation entre le mort et le vif se dessinait à peu près à hauteur du sillon balano-préputial, soit à 4 ou 5 centimètres tout au plus en avant du pubis. En même temps la suppuration devenait moins sanieuse et moins fétide, l'état général s'améliorait sensiblement.

Le 2 août, l'élimination des parties mortifiées était à peu près terminée. Il n'y a plus trace d'odeur, ni de détritus organiques; le pus est louable, les chairs sont vermeilles, mais l'extrémité de la verge présente l'aspect singulier reproduit figure 1. En remontant d'avant en arrière, on a d'abord le prépuce étalé et pendant, doublé de sa muqueuse interrompue seulement au niveau de ce qui fut l'insertion du frein et la rainure du gland. Au delà, on remarque une surface cruentée de forme losangique, du milieu de laquelle se dégage une espèce de tube rouge et saillant d'environ 1 centimètre et demi de longueur, constitué par une portion du canal de l'urèthre épargné par la gangrène. L'orifice de ce tube est un peu évasé et présente un léger renflement causé par le renversement de la muqueuse en dehors; l'urine s'en échappe par un jet plein, sans bavures. Au-dessus et sur les côtés se voient deux mamelons divergents, qui figurent l'extrémité antérieure des corps caverneux devenus bifides par suite de la destruction du cône terminal qui s'engage normalement dans l'épaisseur du gland.

A dater de cette époque, la marche de la plaie devint régulière. Les bourgeons charnus se développent, s'étalent et nivellent les anfractuosités; la peau, ramenée vers le canal de l'urèthre comme vers un centre, empiète peu à peu sur les chairs vives et réduit d'autant la solution de continuité. Le malade retrouve son appétit, se lève et reprend quelque confiance dans l'avenir, car son moral avait été singulièrement affecté par la perte de substance qui était venue réduire à 4 centimètres environ la longueur de son pénis.

Le pansement consista en l'application d'une compresse imbibée d'eau alcoolisée et phéniquée, qui fut plus tard remplacée par du vin aromatique. Un taffetas gommé empêchait l'évaporation du liquide. Après chaque miction, la plaie était lavée et le topique reappliqué. Une certaine partie du pansement, destinée à maintenir l'organe, n'était changée que toutes les vingt-quatre heures. Elle se composait d'une compresse longuette épaisse et étroite, enroulée en anneau autour de la verge et soutenue par une bande entre-croisée et nouée à la ceinture. Cet anneau, peu serré, redressait et fixait le pénis sans déborder la plaie, ni gêner le renouvellement des pièces de pansement.

Le 8 août, la plaie affecte dans sa partie supérieure une forme

---

Le docteur Gordon termine son mémoire par plusieurs pages consacrées à l'hygiène militaire; c'est en effet une question que certains documents historiques nous permettent d'aborder. Nous connaissons, par les historiens d'Alexandre, quelques menus détails concernant les armées du Penjab, au troisième siècle avant notre ère. Fa-Hien lui-même en dit un mot, ainsi que Hiouen-Thsang, qui, dans le cours de son voyage, rencontra une armée en campagne, et vit les précautions que l'on y prenait pour éviter les influences de la malaria, si fréquentes dans une grande partie de l'Inde. Le docteur Gordon décrit l'aspect d'un campement militaire d'après les poèmes épiques, dont les images étaient nécessairement empruntées plus ou moins à la vie réelle, et il montre comment on y laissait s'accumuler comme à plaisir les conditions d'insalubrité. S'il faut en croire les descriptions qui nous en sont données, ces camps devaient présenter un aspect des plus pittoresques. Ils étaient encombrés d'artisans et de marchands, de filles de joie, de fleuristes, de laitières, de charmeuses de serpents; les colporteurs de tous genres y offraient leurs marchandises; les bateleurs, les montreurs de singes, les comédiens charmaient les loisirs des longues haltes, auxquelles les marchands de liqueurs fermentées assuraient toujours une animation suffisante, sinon salutaire. Au moment du combat, les guerriers demandaient fréquemment à l'ivresse un courage factice, que l'ardeur de la lutte n'eût pas toujours suffi à produire. Les Marathes, paraît-il, en pareil cas, grisaient même leurs éléphants de guerre.

Partout, nous voyons citée dans les poèmes la présence des chirurgiens d'armée. Dans le *Ramayana*, Sushena, pratiquant des pansements sur le champ de bataille, nous rappelle tout à fait les chirurgiens d'Homère. Mais nous pouvons trouver aussi dans les auteurs médicaux des renseignements curieux sur ce sujet et notamment dans l'*Ayurvéda*. Le chapitre qui y est consacré, du moins en partie, a été introduit entièrement dans un ouvrage persan du quinzième siècle,

longitudinale; mais elle reste étalée au niveau du sommet des corps caverneux, et ce qui subsiste du prépuce fait toujours pendeloque au-dessus de la verge. Cet appendice a acquis une épaisseur de plus de 1 centimètre, sans perdre beaucoup de sa longueur; le malade demande à en être débarrassé. On tente alors une nouvelle opération, qui a pour but non seulement d'enlever la partie exubérante du prépuce, mais de reconvrir de tissus tégumentaires l'extrémité antérieure des corps caverneux et le relief formé par le canal de l'urèthre, de manière à donner à l'organe une apparence plus régulière.

A cet effet, le malade étant endormi, on trace sur le prépuce infiltré et très épaissi deux incisions superficielles, curvilignes, à concavité supérieure, qui partent des côtés de la plaie (fig. 1). La première de ces incisions est conduite sur la face antérieure du prépuce, au-dessus de la limite de la muqueuse et passe sous le canal de l'urèthre; la seconde intéresse la peau et descend à 2 centimètres plus bas que la précédente; c'est elle qui circonscrit le lambeau cutané à conserver. Pour réunir les deux incisions, il

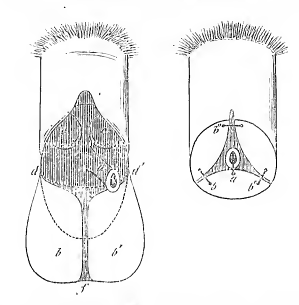


Fig. 1. — Schema de la plaie après la gangrène du gland et le débridement du prépuce. — *a*, canal de l'utérus saillant; *b*, *b'*, prépuce vu par sa face muqueuse, la ligne *f* correspond à ce qui fut le frein; *c*, mamelons formés par le sommet des corps caverneux; *d*, *d'*, tracé des incisions courbes; l'inférieure circonscrit le lambeau cutané, la supérieure a servi de point de départ pour l'abrasion de la muqueuse.

Fig. 2 — Schema du pénis après l'opération de restauration. — *a*, serre-fine réunissant le lambeau inférieur à la muqueuse de l'urèthre; *b*, *b'*, *b''*, serre-fines rapprochant les téguments et donnant à la plaie une disposition triangulaire.

fallut sculpter en quelque sorte dans l'épaisseur du tissu cellulaire transformé en une substance dense et comme lardacée. L'hémostase nécessita la ligature médiate de cinq artérioles qui s'étaient dilatées sous l'influence du travail inflammatoire.

Le résultat de l'opération fut un lambeau cutané à surface antérieure vive, que l'on reploya de bas en haut et dont la partie moyenne fut rattachée par une serre-fine à la muqueuse de l'urèthre légèrement avivée. Trois autres serres-fines, placées à droite, à gauche et au-dessus, réunissent les téguments à eux-mêmes et donnent à la plaie très réduite une disposition triangulaire (fig. 2). Les fils de soie qui ont servi à faire les ligatures pendent aux angles latéraux. Comme topique, on emploie une éponge imbibée d'eau fraîche et la verge est maintenue par le pansement en gimblette déjà décrit.

Le lendemain, la réunion était faite et les serres-fines sont enlevées. L'orifice de l'urèthre, continu à la peau à sa partie inférieure, entourée de tissus en voie de cicatrisation à sa partie supérieure, a pris une forme ovalaire qui reproduit plus ou moins bien l'aspect du méat normal. Le tube isolé et saillant, que formait à un moment donné le canal de l'urèthre, est entouré de téguments et bien soutenu. Le volume et la direction du jet de l'urine prouvent qu'il n'y a ni rétrécissement, ni déviation. Les jours suivants, il survint un peu de décollement de la peau reployée sur elle-même du côté droit, où il avait fallu placer trois ligatures, mais l'écartement des lèvres de la plaie fut très peu prononcé.

Le 25 août, la guérison était incomplète et le malade sortait de l'hôpital très satisfait de son état, car les érections sont revenues et la portion restante de l'organe paraît d'une longueur suffisante pour se prêter au coït.

Revu plusieurs mois plus tard, notre patient se trouvait à peu près dans les mêmes conditions de forme de l'organe. La peau recouvrant l'extrémité antérieure des corps caverneux, a acquis une sensibilité exquise, comparable, paraît-il, à celle de la muqueuse du gland. Pas d'accidents syphilitiques généraux; les chancres, point de départ du mal, étaient des chancres simples.

Cette observation de phimosis accidentel, compliqué de gangrène du gland, nous a paru intéressante à plus d'un titre et tout d'abord par sa rareté même. En compulsant les journaux et recueils périodiques, on relève trois catégories de faits ressortissant du phimosis vénérien gangreneux :

1° Des cas relativement fréquents de gangrène superficielle, limitée au prépuce ;

2° Des cas de gangrène partielle du gland, déjà moins communs, ayant pour conséquences possibles : la déformation de l'organe, une gêne fonctionnelle, des rétrécissements inodulaires ou même des fistules uréthro-péniennes de cure assez difficile ;

3° Des gangrènes totales du gland et de la partie antérieure des corps caverneux, avec ou sans sphacèle du prépuce.

Les accidents de cette dernière catégorie, dans laquelle rentre notre fait, sont tout à fait exceptionnels. Boyer, traitant de la gangrène du pénis, cite Forestus qui en a rapporté une observation consécutive à des chancres (*Obs. et cur. méd.*, lib. XXVI, obs. VI); lui-même en relate deux exem-

intitulé *Tibb-i Sikandàri*, et dont l'auteur se nomme Bhavah-ibn-Khavass-khân. Haas, dans son premier mémoire sur la médecine indienne, ayant utilisé ce chapitre pour son argumentation, nous avons ainsi à notre disposition une traduction qui présente toutes les garanties d'exactitude (voy. *Zeitsch. d. Deut. morg. Gesellsch.*, t. XXX, p. 638 et suiv.). Lorsqu'un Râja se mettait en campagne avec son armée, il devait se faire accompagner par un médecin habile, par un prêtre assez pieux pour que ses prières eussent les meilleures chances d'être exaucées, et par un astrologue clairvoyant qui pût interpréter sûrement les présages et détourner le danger résultant d'une fâcheuse conjonction des astres, par une offrande convenable à la divinité, présentée au moment opportun. Le rôle du médecin était important et grave. « Le médecin, est-il dit, doit examiner avec la plus grande attention les provisions de bouche, l'eau, le matériel de chauffage, les emplacements où l'on campe, les logements, le sol, etc., toutes choses que l'ennemi peut rendre impures par le poison... Dès qu'il a reconnu les signes de l'impureté, il doit immédiatement prendre les mesures nécessaires pour opérer la désinfection et préserver l'armée de la mort et de la destruction. » De même, lorsqu'une maladie commence à sévir sur l'armée, le médecin doit déployer tout son zèle pour en arrêter le cours; il doit surtout songer à préserver la personne du roi, car « certainement, la conservation du roi équivaut à celle de la nation tout entière ». Le médecin, en campagne, avait toujours sa tente dans le voisinage de celle du roi; elle était pourvue d'instruments et de remèdes en suffisance; un signe placé au-dessus servait à la faire reconnaître, afin que les blessés et surtout les empoisonnés, dont le moindre retard dans le traitement compromettait la vie, pussent arriver près de lui sans hésitation (Suçruta, I, *Sutrasthâna*, cap. XXXIV). Rien ne nous permettrait de fixer, même approximativement, une date à l'introduction dans l'*Ayurvêda*, de ces règles d'hygiène et de ces mesures souvent si sages; elles sont associées, dans le même chapitre, à

ples résultant de la coïncidence d'une fièvre adynamique et d'une blennorrhagie (Boyer, 4e édit., 1831, t. X, p. 370). Depuis il en a été rapporté quatre cas détaillés, observés dans les services de MM. Richet, Mauriac et Verneuil, et publiés, le premier par le docteur Rizat (*Thèse de Paris*, 1877), deux autres par le docteur Darget (*Thèse de Paris*, 1880), le dernier par M. Marc Boyer (*Thèse de Paris*, 1881). Soit en résumé, sept observations de gangrène totale de la partie antérieure de la verge, reconnaissant pour origine un phimosis vénérien. Ce petit nombre suffit à démontrer la rareté de cette complication, alors même que certains faits du même genre auraient échappé à nos recherches.

La première remarque que suggère la lecture de ces observations, c'est que la gangrène se développe de bonne heure et très brusquement, après une lésion vénérienne en apparence insignifiante. Ainsi, dans l'observation empruntée à M. le professeur Richet, l'affection débuta par une petite écorchure du bout de la verge; huit jours après tout au plus, l'extrémité du membre pénien était frappée de sphacèle et le malade entrait à l'hôpital dans un état de délire tel qu'il fallut lui mettre la camisole de force. Dans notre observation, le phimosis chancreux se déclare le 22, et cinq jours après, le 27, on trouvait déjà le gland gangrené au-dessous du prépuce intact.

La disproportion qui existe entre la gravité des phénomènes gangreneux et la bénignité habituelle des accidents initiaux, a conduit les observateurs à rechercher la cause de la mortification en dehors des lésions locales. Presque toujours, en effet, on a pu faire intervenir une circonstance étrangère capable d'expliquer la gangrène : adynamie d'après Boyer, traumatisme dans le cas de M. Rizat, alcoolisme dans celui de M. Richet, diabète dans certains cas de sphacèle superficiel, limité à la muqueuse; mais le plus souvent encore excès vénériens antérieurs, condition qui paraît être intervenue chez notre malade. La funeste influence du coït trop souvent répété est du reste bien connue; elle a été signalée par Guersant entre autres, à propos de la gangrène de la verge, consécutive à l'opération du phimosis, ou développée spontanément (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, t. V, p. 201, 1856, et t. IX, p. 25, 1858).

Il nous semble cependant que la sidération due aux excès de coït, ou à toute autre cause, ne saurait être admise que comme une circonstance prédisposante. Une part plus importante doit être accordée à l'affection vénérienne primitive et surtout au phimosis concomitant. Celui-ci, en effet, paraît toujours précéder la gangrène totale du gland; puis il ressort de notre observation et des faits connus jusqu'à présent, que la mortification se limite d'une manière à peu près constante à la rainure balano-préputiale.

Boyer est le seul qui parle de la destruction complète de la verge; mais, dans l'un des deux cas rapportés par l'illustre chirurgien, on eut recours à l'amputation, afin de « faire cesser les vives douleurs qu'occasionnaient l'urine et les pansements ». Dans l'autre, l'élimination des lambeaux gangrenés laissa une plaie *conique*, dont la guérison fut très lente; une certaine portion des corps caverneux avait donc été épargnée. D'après les observations modernes beaucoup plus explicites, la gangrène ne dépasserait guère le gland, et s'arrêterait à hauteur du point d'attache du prépuce, de manière à laisser au pénis une longueur de 3 à 4 centimètres, à l'état de rétraction de l'organe, longueur que les érections portent à 7 ou 8 centimètres. Si les causes générales avaient une influence prépondérante, on ne verrait probablement pas le sphacèle se restreindre aux parties cachées et comprimées par l'étui préputial.

L'influence des conditions locales est encore corroborée par ce fait que la gangrène peut épargner le prépuce. Elle porte d'ordinaire sur le gland et sur le prépuce à la fois; mais, chez notre malade, elle a débuté par la portion renflée du gland et s'est propagée aux parties profondes voisines, *le prépuce conservant toute sa vitalité*. Ne serait-ce pas là la marche normale, habituelle des accidents? Notre sujet a été opéré fort peu de temps après le début de son phimosis; si on eût tardé, le sphacèle se serait propagé suivant toute apparence à l'enveloppe préputiale, dont la température, malgré l'inflammation concomitante, paraissait abaissée plutôt que surélevée. Dans cette manière de voir, la succession des phénomènes serait: chancre développé sur le gland, balanite et phimosis consécutifs, rétention de pus virulent et étranglement profond, mortification de l'extrémité libre de l'organe. Le sphacèle, en l'absence d'intervention chirurgicale, envahirait ensuite le prépuce et assez vite, en général, pour que cette filiation passe inaperçue.

Hâtons-nous d'ajouter que les exceptions sont possibles et, en particulier, lorsqu'un traumatisme figure parmi les circonstances étiologiques de la gangrène. Chez le malade dont parle M. Rizat, le sphacèle survint après un choc violent porté sur les parties et il débuta par le prépuce sur lequel apparut une grosse phlyctène. Mais cet envahissement de dehors en dedans est anormal. Quand le prépuce se mortifie dès le début, il est de règle que le gland reste indemne.

La conclusion à tirer de ces réflexions, c'est qu'il faut se hâter d'intervenir et de débrider le prépuce à titre préventif s'il en est temps encore, ou si la gangrène est déjà déclarée, dans le but d'en arrêter les progrès, de juger son étendue et de faciliter l'élimination des eschares.

L'utilité de cette intervention toutefois n'est pas acceptée par tous les chirurgiens, même après le début de la gangrène. Le docteur Darget, par exemple, proscrit les incisions dans la crainte qu'elles ne contribuent à augmenter les dégâts; il

---

des considérations sur les bonnes conditions de la pratique de l'art que nous avons signalées ailleurs comme le développement d'une pensée qui se retrouve chez Hippocrate dans les mêmes termes; il est possible qu'elles soient très anciennes. Quoi qu'il en soit, leur existence seule, dans un livre classique par excellence, suffira pour montrer que l'esprit prévoyant qui dictait au roi Piyadasi ses intéressants édits, ne disparut jamais complètement de la tradition médicale, dans la péninsule.

Dr G. Liétard.

Inspection des services de bienfaisance. — Par arrêté du Ministre de l'intérieur en date du 12 mai 1883, M. le docteur Lunier, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, a été nommé inspecteur général honoraire.

— Par un autre arrêté portant la même date, M. le docteur Lunier a été spécialement chargé de l'inspection des services se rattachant à la protection des enfants du premier âge.

Choléra. — On télégraphie d'Alexandrie, le 15 mai : « Par suite de l'augmentation de la mortalité résultant du choléra qui sévit à Bombay, tous les navires provenant de cette localité sont soumis à une quarantaine à Suez. »

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Bourdeillette, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Périgueux le 26 novembre 1882, dans sa cinquante-deuxième année.

semble les accepter seulement lorsque le prépuce est déjà mortifié, converti en putrilage ou insensible. Il nous est difficile de partager cette opinion. L'opération du phimosis, il est vrai, a été quelquefois le point de départ d'une mortification; mais celle-ci s'est toujours limitée à une petite étendue des téguments, quand accidentellement elle s'est produite. Puis, que sont les risques d'une gangrène superficielle et circonscrite comparés à ceux que fait courir le même accident portant sur le corps même de l'organe? Enfin ne s'exposerait-on pas, par l'abstention, à voir le mal progresser sur les parties profondes, puisque l'étroitesse du prépuce est par elle-même une cause de rétention de pus, de compression du gland et de gêne circulatoire de l'extrémité de la verge.

Dans le cas soumis à son observation, M. le professeur Richet pratiqua une incision circulaire sur le fourreau de la verge, au-dessus des limites du mal, afin d'en arrêter les progrès. Le procédé est rationnel et il serait urgent d'y recourir si la gangrène se montrait envahissante et menaçait la base de l'organe. Mais la propagation qu'il s'agit de prévenir au prix d'un sacrifice définitif est bien peu probable, puisque le sphacèle se limite ordinairement à la rainure balano-préputiale, à 4 centimètres à peu près en avant du pubis, comme il a été dit. Les incisions antéro-postérieures et limitées au prépuce, employées par M. Verneuil, nous paraissent préférables, quoiqu'il soit peut-être inutile de les multiplier. Citons pour mémoire Boyer, qui eut recours à l'amputation de la verge, après la limitation de la gangrène. Aucun chirurgien probablement ne consentirait aujourd'hui à suivre cet exemple.

Le débridement dorsal du prépuce a été fait chez notre malade à l'aide du thermo-cautère. Demarquay (*Mal. chirurg. du pénis*, 1877, p. 24) avait déjà recommandé le couteau galvanique pour opérer le phimosis chancrelleux. Le but visé était d'empêcher l'inoculation de la plaie d'opération. C'était là une vue théorique. Il est avéré aujourd'hui que le processus gangreneux détruit la virulence des chancres simples, vérité confirmée une fois de plus par l'observation qui fait l'objet de ce travail. On n'a donc pas à se préoccuper de la possibilité d'un semblable accident.

Le thermo-cautère n'en est pas moins un bon instrument pour opérer les phimosis inflammatoires pendant la période d'évolution des chancres, car son emploi prévient l'hémorrhagie en nappe toujours très prononcée, lorsqu'on porte le bistouri sur des tissus congestionnés et épaissis par l'inflammation. Seulement il est indispensable de protéger le gland des atteintes du feu, et on y arrive assez facilement au moyen d'un couteau à papier, en bois, dont la pointe a été effilée et qu'un aide fait progresser sous le prépuce, toujours en avant du couteau thermique.

Pour procéder méthodiquement, le malade étant en décubitus, l'aide se place à sa gauche, tenant de la main droite une pince à disséquer, de l'autre le couteau à papier dont l'extrémité va servir d'abaisseur du gland. Le chirurgien occupe le côté opposé du lit, la main gauche armé d'une seconde pince et la droite du thermo-cautère. Les deux pinces, à courte distance l'une de l'autre, saisissent le bord libre du prépuce par sa partie supérieure, le tendent et le tirent en dehors, tandis que l'aide présente à l'orifice préputial légèrement entr'ouvert le bec du couteau à papier. Le thermo-cautère agit alors sur la partie distendue, d'avant en arrière, et à petits coups, la spatule de bois progressant entre le gland et le prépuce, au fur et à mesure que l'incision s'élargit et de manière à toujours devancer le fer rouge. Les deux mouvements se combinent aisément et, quand l'aide a rencontré le cul-de-sac balano-préputial, l'opérateur arrête son incision à 1 centimètre de distance ou même un peu moins. Pas une goutte de sang n'est répandue, si l'on a progressé avec une lenteur suffisante. Il n'y aurait de restriction à faire à cet égard que si l'on voulait appliquer le procédé à la circoncision. On a beau dans ce cas faire agir l'instrument lentement et sans trop le chauffer, l'artère du frein donne lieu à une petite hémorrhagie, lorsqu'elle est divisée, et le mieux est d'en éviter la section en ne pratiquant avec le thermo-cautère que le débridement ou l'excision dorsale du prépuce.

Notre dernière remarque a trait à la tentative de restauration qui fut faite quelques jours après l'opération de débridement et l'élimination des eschares. C'est grâce à la conservation des lambeaux du prépuce qu'elle a été possible. Le résultat obtenu a laissé à désirer au point de vue plastique, mais au point de vue fonctionnel il a été des plus satisfaisants, car des téguments solides, résistants, ont remplacé la cicatrice qui, seule, eût revêtu l'extrémité pénienne sans cette opération complémentaire.

La continuité de la peau et de la muqueuse uréthrale a été obtenue sans intermédiaire pour ainsi dire, et le méat a été maintenu béant et dans une bonne direction, condition importante qui ne s'est pas toujours réalisée quand on a abandonné la cicatrisation à elle-même. Un rétrécissement cicatriciel est en effet possible. Le docteur Rizat l'a observé et on ne peut guère l'éviter, si l'on ne se ménage pas le moyen de réunir la muqueuse à la peau, qu'en plaçant une sonde à demeure, comme le fit M. Richet; or celle-ci a quelquefois des inconvénients. M. Mauriac, qui dut avoir recours à la sonde pour combattre une rétention d'urine, lui attribue une recrudescence des phénomènes gangreneux, les corps caverneux furent dépouillés de leur fourreau et la verge resta effilée et amincie.

Les fonctions génitales, comme les fonctions urinaires chez notre opéré, purent aussi s'exercer d'une manière régulière après la guérison, par suite de l'interposition de tissus jouissant d'une sensibilité normale, sensibilité qui paraît même s'être affinée par l'usage. Ajoutons que la perspective d'une restauration a une influence considérable sur le moral du malade qu'elle contribue à relever. Il y aurait donc avantage, le cas échéant, à conserver le plus possible du prépuce pour une balano-plastie ultérieure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

ÉLECTION. — M. *Richet* est nommé membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie (voy. *Gaz. hebd.*, n° 19, p. 328).

PRIX BARBIER. — Les membres de la commission nommés à l'élection sont : MM. Gosselin, Chatin, Vulpian, Paul Bert et Larrey.

M. KANELLIS : ACCUSATION DE PLAGIAT. — M. *Dastre* adresse, au sujet d'une note insérée sous le nom de *Kanellis*, dans le numéro du 23 avril 1883 des *Comptes rendus*, p. 1249, les observations suivantes : « Le 11 décembre 1880, je présentai à la Société de biologie, au nom de M. le docteur *Arturo Marcacci*, mon préparateur et mon élève, une note intitulée : *Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices*. Cette note de M. Marcacci, imprimée à la page 397 dans les *Comptes rendus de la Société de biologie* (1881), a été reproduite textuellement par M. Kanellis, sans autre changement que celui du nom de l'auteur. »

M. *Vulpian* présente à cette occasion, sur la *Structure de l'épithélium propre des canaux sécréteurs de la bile*, une observation semblable à la précédente, et à laquelle se joint M. Ch. Robin. Ce titre reproduit celui d'un mémoire de Ch. Legros, publié avec planches (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*. Paris, in-8°, p. 137). Le mémoire de Ch. Legros contient toutes les descriptions et les conclusions rela-

tives à la structure et aux usages du foie, publiées par M. Kanellis dans le dernier numéro des *Comptes rendus* (p. 1320), sans que le nom même de Legros soit cité. Il importe, ajoutent MM. Vulpian et Robin, de signaler un tel plagiat en restituant à Ch. Legros tout l'honneur de cet important travail.

Sur la reproduction directe des Ténias. Note de M. *P. Mégnin.*

« A l'autopsie d'un jeune chien d'appartement, mort à l'âge de quatre mois d'attaques épileptiformes qui le tourmentaient depuis un mois, j'ai trouvé dans ses intestins trois grands ténias de l'espèce *Tænia serrata* de Gœze, de 50 à 80 centimètres de long, qui avaient au moins deux mois d'âge, et une douzaine de jeunes ténias ayant depuis 3 jusqu'à 10 et même 15 millimètres de longueur. Il est certain que les grands ténias ont été contractés au chenil où le jeune chien a été élevé, soit par un contact plus ou moins direct avec d'autres chiens, soit par une alimentation ou des boissons contenant des germes de ténias; quant aux jeunes ténias de quelques millimètres de longueur, et qui n'ont, par conséquent, que quelques jours d'existence (d'après les expériences de van Beneden, un ténia de dix-huit jours ayant plusieurs pouces de longueur), il est impossible d'expliquer leur présence autrement que par une reproduction directe au moyen d'œufs fournis par les grands ténias et éclos dans les intestins; car, pendant le dernier mois de la vie du jeune sujet, où je l'ai eu constamment sous les yeux, je suis absolument certain que sa nourriture a été d'une pureté parfaite, et qu'il n'a ingéré ni cysticerque ni cœnure, que l'on regarde encore, à tort, comme les seuls germes pouvant donner des ténias. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique envoie l'ampliation du décret autorisant la délivrance du legs de Mme veuve Louis (prix triennal de 3000 francs, à l'auteur de l'ouvrage jugé le meilleur sur l'action d'un ou de plusieurs agents thérapeutiques qui auront été désignés et qui sont journellement employés).

M. le docteur *Lallemand* adresse un Rapport sur les vaccinations et revaccinations qu'il a opérées en 1883 au 79e d'infanterie. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *E. Tachard* envoie un Rapport sur les revaccinations qu'il a faites en 1881-82 à Médéah. (*Même commission.*)

M. *Maze*, député, adresse son Rapport sur la proposition de loi de M. Martin-Nadaud concernant l'*assainissement des logements insalubres.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Dally*, deux brochures ayant pour titres : *Du traitement des déformations idiopathiques de la colonne vertébrale* et *Les dangers de la prématuration au point de vue des devoirs sociaux;* 2° de la part de M. le docteur *Lelorain*, un mémoire imprimé, sous le titre suivant : *De l'aliéné au point de vue de la responsabilité pénale;* 3° au nom de M. *Grenier*, avocat général à Amiens, un *Discours sur le secret professionnel.*

M. *Bourgoin* fait hommage de son *Histoire des carbures d'hydrogène.*

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Joly* (de Toulouse), une brochure intitulée : *Études sur les matières organiques et organisées contenues dans les eaux thermales des Pyrénées, notamment sur la sulfuraire;* 2° de la part de M. le docteur *Longmou*, chirurgien général de l'armée anglaise, deux brochures relative aux *contrastes sanitaires des armées anglaise et française pendant la guerre de Crimée.*

M. *Villemin* fait hommage d'un mémoire de M. le professeur *Chauvel* sur *Sédillot et son œuvre chirurgicale.*

M. *Riche* présente un mémoire manuscrit de M. *Husson* (de Toul) sur *les poudres de viande.*

M. *Dechambre* dépose, au nom de MM. les docteurs *Lereboullet* et *Mathias Duval* et au sien, le 3e fascicule du *Dictionnaire usuel des sciences médicales.* Ce fascicule complète la moitié de l'ouvrage.

M. *Jules Guérin* présente un ouvrage de M. *Boutigny* (d'Évreux) sur *les corps à l'état sphéroïdal.*

M. *Besnier* fait hommage d'un ouvrage de M. le docteur *Grellety* sur *la fièvre typhoïde.*

M. *Léon Colin* dépose un mémoire de M. le docteur *Mabboux* sur *les indications et les contre-indications de la médication de Bourbonne dans le traitement des tumeurs blanches.*

M. *Verneuil* présente : 1° au nom de M. le docteur *Thomas* (de Tours), un *Traité des opérations usuelles;* 2° de la part de M. le docteur *Berne* (de Lyon), un ouvrage intitulé : *Leçons de pathologie générale.*

Atrophie du cerveau consécutive a l'amputation d'un membre. — M. *Bourdon* présente à l'Académie les pièces anatomo-pathologiques d'un nouvel exemple d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre. Il s'agit, dans le cas actuel, d'un ancien militaire âgé de soixante-treize ans, qui avait subi, il y a quarante ans, la désarticulation du bras gauche et qui est mort, en trente-six heures, d'une congestion méningo-encéphalique. Jusque-là, il n'avait éprouvé aucun accident cérébral et, néanmoins, dans les dernières années de sa vie, la jambe correspondant au bras amputé s'était peu à peu paralysée. A l'autopsie, on trouve, sur l'hémisphère droit du cerveau, un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le même affaissement se remarque sur le lobule paracentral et sur la crête de l'hémisphère. Le ventricule latéral, du même côté, est considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution affectée, ce qui dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente. Le corps strié voisin présente une dépression à sa partie moyenne, et la couche optique est légèrement aplatie, dans le sens vertical. Des coupes de la protubérance et du bulbe permettent de constater que le raphé médian est dévié à droite et que la substance nerveuse de ce côté est très notablement atrophiée. Les hémisphères ont été pesés avec le plus grand soin et séparément : le droit pèse 31 grammes de moins que le gauche.

Ce fait doit donc être ajouté aux *six* que l'auteur a déjà réunis dans son mémoire sur les centres moteurs des membres. Il démontre, comme eux, que l'amputation d'un membre amène, par suite du défaut d'activité fonctionnelle, une atrophie de la partie supérieure de la zone motrice de l'écorce cérébrale. Elle prouve, de plus, que cette lésion peut s'étendre secondairement aux parties centrales du cerveau et jusqu'à la moelle allongée. Une pareille extension n'avait pas encore été signalée dans les cas analogues. Un fait complètement nouveau ressort de cette observation : c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé : on peut se demander si cette paralysie survenue, graduellement, dans les dernières années de la vie, ne doit pas être attribuée à la propagation de l'atrophie. Cette dernière, dans sa marche envahissante, ne peut-elle pas, en effet, avoir atteint de proche en proche les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé? Il resterait à savoir si la marche progressive de la lésion n'a pas été favorisée, dans le cas particulier, par l'âge avancé du malade, l'atrophie cérébrale étant une altération assez commune chez les vieillards.

Mesure de la lumière. — M. *Gariel* présente quelques observations au sujet d'une communication faite dans l'une des dernières séances par M. Giraud-Teulon sur la physiologie de la vision. Cette communication comportait deux ordres d'idées différentes : un côté physiologique, dans lequel l'auteur discutait la théorie de la vision des couleurs et une question essentiellement physique. C'est à cette seconde question seulement que M. Gariel se propose de répondre. Il fait d'abord remarquer que le spectre solaire n'est pas identique à lui-même dans toutes les circonstances; il varie avec le temps, et cela, on peut le dire, d'un instant à l'autre, aussi est-il difficile de l'utiliser. Le mieux serait de se servir, pour les recherches sur la lumière, d'une flamme monochromatique, obtenue soit directement, par la combustion d'un sel de sodium ou de lithine, par exemple, soit indirectement, en faisant traverser à la lumière des verres rouges ou bleus. D'autre part, le spectre solaire change à chaque instant dans son intensité relative, il ne peut donc servir à ce point de vue, et la question se trouve ramenée à celle-ci : trouver un étalon de lumière. La question s'est présentée tout dernièrement à propos du Congrès d'électricité; un grand nombre de procédés ont été proposés, mais aucun d'eux n'a paru suffisant. On a pensé, cependant, que l'on pouvait s'approcher aussi près que possible du but cherché, en prenant comme unité lumineuse la quantité de radiation lumineuse émise par un centimètre carré de platine en fusion. M. Violle n'a pas terminé encore ses recherches sur ce sujet, mais il a déjà reconnu, à la suite d'une série d'expériences très intéressantes, que l'éclairage fourni par un centimètre

carré d'argent en fusion remplissait les conditions voulues de constance.

Enfin, M. Giraud-Tenlon a regardé la lumière des étoiles comme identique à celle des nébuleuses. M. Gariel trouve cette idée inexacte, car la lumière des étoiles est fournie par des solides ou des liquides incandescents, tandis que celle des nébuleuses est fournie par des vapeurs, et il ne semble pas que l'étude de ces lumières puisse fournir des renseignements sur la lumière blanche.

Dépeuplement de la France. — M. *Lagneau*, en offrant son mémoire sur le *Dépeuplement, la décroissance de population de certains départements de la France*, publié dans les comptes rendus de l'Académie des sciences morales et politiques, montre que, malgré l'accroissement, d'ailleurs minime, de notre population en général, 26 de nos départements, de 1836 à 1881, en quarante-cinq ans, ont vu leur population décroître de 648027 habitants, soit de plus de 7 pour 100. Il fait voir que, sur ces 26 départements à population décroissante, 8 seulement présentent un excédent des décès sur les naissances, mais que 25 présentent un excédent des émigrants sur les immigrants. Or ce mouvement migratoire, au point de vue démographique, comme à celui de la prospérité nationale, est éminemment regrettable, car il est principalement dû à l'abandon des campagnes de ces départements par les habitants se portant vers les grandes villes d'autres départements. villes dans lesquelles, en général, la natalité, surtout la natalité légitime, est faible et la mortalité considérable. Ce déplacement des ruraux vers les villes est malheureusement favorisé par des emprunts, des budgets municipaux exagérés, par des travaux publics nombreux et précipités, des salaires très élevés qui attirent un grand nombre d'ouvriers.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Besnier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale. La section classe les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Lunier; 2° M. Vallin; 3° M. Ollivier; 4° M. Motet; 5° M. Legrand du Saulle; 6° M. Mauriac; candidat adjoint par l'Académie : M. Napias. — L'élection aura lieu mardi prochain.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Pseudo-paralysie syphilitique : MM. Damaschino et Millard. — Muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde : M. Duguet. — Réfrigération dans la fièvre typhoïde : M. Féréol. — Un cas de fièvre puerpérale à Tenon : MM. Rendu et Roques.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Damaschino* rapporte un cas de *pseudo-paralysie syphilitique* survenue brusquement, chez un enfant de quelques mois, au niveau d'un bras, et prise tout d'abord pour une paralysie spinale. L'âge de l'enfant, son aspect cachectique, la douleur déterminée dans la région de l'épaule par les mouvements imprimés au membre permirent à M. Damaschino de rétablir le diagnostic.

L'autre bras et l'une des jambes furent successivement atteints. Le traitement spécifique n'eut aucun résultat, et, à l'autopsie, on put constater les lésions osseuses décrites par Parrot et rapportées par M. Troisier dans la précédente séance : il existait en outre des lésions de syphilis viscérale non douteuse.

— M. *Millard* rapporte une observation exceptionnelle de *pseudo-paralysie syphilitique guérie par le sirop de Gibert.* Le 17 mars 1875, il était consulté pour une enfant de deux mois, dont le bras gauche pendait inerte le long du corps; cette petite fille avait bonne mine, ne présentait aucune éruption cutanée ou muqueuse, et était allaitée par sa mère; l'exploration du bras et de l'épaule était rendue très difficile par les cris et l'agitation qu'elle provoquait chez l'enfant. Le père avouait avoir contracté la syphilis en 1871 : il avait suivi un traitement rigoureux pendant dix-huit mois, et MM. Ricord et Lasègue avaient permis le mariage deux ans et demi après l'éclosion de l'accident primitif, en 1874; l'enfant était né en 1875. — Ne croyant pas, à cette époque, à la possibilité des lésions osseuses isolées comme seule manifestation de la syphilis infantile, et ne rencontrant aucune lésion de la peau ou des muqueuses, M. Millard admit une paralysie spinale tout en conservant quelques doutes sur l'exactitude de son diagnostic. M Roger, appelé en consultation, fut entièrement du même avis. Des vésicatoires furent prescrits au niveau de l'épaule, et la faradisation conseillée pour plus tard. M. Millard regrette de ne pas avoir employé de suite ce dernier moyen, car il aurait pu mettre immédiatement sur la voie du véritable diagnostic : on sait, en effet, que dans la paralysie spinale les muscles ne répondent pas à l'excitation faradique, tandis qu'ils se contractent dans la pseudo-paralysie syphilitique. — L'enfant fut emmené en province, mais, dix jours plus tard, le médecin de la famille fit savoir à M Millard que des phénomènes de paralysie, avec douleur non douteuse au niveau de l'épaule, commençaient à se montrer du côté droit : il n'y avait pas d'atrophie musculaire, pas de fièvre, et l'état général restait bon; il ajoutait que la mère présentait à ce moment une angine accompagnée d'engorgement ganglionnaire cervical, dont la nature spécifique paraissait évidente et qu'il avait prescrit l'iodure de potassium. — M. Millard, éclairé par ces renseignements précis, n'hésita plus pour diagnostiquer une pseudo-paralysie syphilitique, et prescrivit immédiatement d'administrer à l'enfant une cuillerée à café de sirop de Gibert, en deux fois, chaque jour, et de lui faire prendre des bains avec 50 centigrammes de sublimé. Neuf jours après, il y avait une amélioration évidente de l'état général et local : la douleur avait disparu à droite, et le bras de ce côté exécutait quelques mouvements de latéralité. Des ganglions cervicaux étaient apparus. Le 25 avril, le succès était complet; les mouvements normaux à droite et presque parfaits à gauche; l'état général excellent. M. Millard conseilla cependant de continuer le traitement jusqu'à la fin du mois de mai, et de le reprendre deux fois par an, jusqu'à l'âge de six ans. Jusqu'à deux ans, on donna une cuillerée à café de sirop de Gibert; de deux à quatre ans, deux cuillerées; et de quatre à six ans, trois cuillerées. Pendant la dernière année, on administra de nombreux bains sulfureux. Ce traitement prolongé fut certainement utile, car la petite fille fut plusieurs fois atteinte de plaques muqueuses dans la bouche; elle n'a fait d'ailleurs d'autre maladie qu'une rougeole bénigne. Elle a aujourd'hui huit ans et demi, est fort bien portante, très intelligente et vigoureuse. Les parents ont été soumis tous les deux au traitement spécifique : ils ont eu depuis cette époque deux autres enfants fort bien portants; eux-mêmes n'ont présenté aucun accident nouveau.

— M. *Duguet* a observé plusieurs cas de *muguet primitif de la gorge dans la fièvre typhoïde*. Il rapporte cinq cas nouveaux, dans lesquels le début par le voile du palais, les amygdales ou le pharynx a été très net, ainsi que la progression de l'affection crémeuse d'arrière en avant vers la langue, les joues et les lèvres. Dans tous les cas, le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique; dans tous aussi, les badigeonnages boratés et les lotions alcalines ont fait disparaître les accidents en quelques jours. Chez un malade, l'angine crémeuse s'est accompagnée de l'ulcération spéciale du pilier du voile palatin décrite par M. Duguet dans la dernière séance. — Il fait remarquer que le muguet primitif de la gorge semble devenir plus fréquent au cours de la dothiénentérie, mais il pense que cela tient à la confusion qui a été

faite sans doute assez souvent avec l'angine pultacée, lorsqu'on n'a pas examiné au microscope l'exsudat muqueux. La proposition classique du début du muguet par la bouche reste vraie le plus souvent chez l'enfant, tandis que l'angine crémeuse primitive se montre plus fréquente chez l'adulte. M. Duguet pense que la dentition, chez l'enfant, crée dans la bouche un milieu acide propre à l'éclosion de l'*oïdium albicans*, tandis que les angines, si communes chez l'adulte, ont le même effet au niveau de l'isthme du gosier. — Il insiste sur la nécessité d'examiner soigneusement la gorge de tous les typhoïdiques, puisque le muguet, une fois reconnu, peut être rapidement guéri par un traitement simple qui mettra le malade à l'abri des accidents déterminés par la propagation de l'affection parasitaire à l'œsophage et à l'estomac.

M. *Damaschino* a observé deux cas d'angine crémeuse primitive depuis quinze jours; dans l'un d'eux, il y a eu coïncidence de l'ulcération d'un pilier du voile palatin.

— M. *Féréol* donne lecture d'une note sur la *réfrigération dans la fièvre typhoïde* et en particulier sur la méthode de Brand, qu'il ne croit pas avoir été définitivement *enterrée* dans la récente discussion de l'Académie de médecine. Il désire écarter entièrement la question du microbe et la théorie de la fermentation; il pense, en effet, que l'on ne peut s'appuyer sur l'existence du parasite tant qu'il n'aura pas été cultivé et inoculé avec succès En clinique, toute la question est renfermée dans ces mots : Est-il vrai que la réfrigération par la méthode de Brand donne de meilleurs résultats que les autres moyens de traitement? Il faut, avant de discuter la théorie du *pourquoi*, poser d'abord une réponse précise à cette question. La pratique de l'armée allemande, l'importante manifestation de l'école de Lyon semblaient devoir faire triompher la méthode des bains froids, mais l'école de Paris a protesté énergiquement contre sa généralisation; il est vrai que, si tous s'accordent pour jeter le blâme sur le traitement de Brand, ils n'arrivent plus à s'entendre lorsqu'il s'agit de préconiser une autre thérapeutique : les uns sont partisans d'une médication systématique et spécifique, les autres défendent le traitement des indications et l'expectation armée « ou même désarmée ». Charun apporte sa statistique, et les chiffres sont peu différents; cependant la mortalité générale de la dothiénentérie augmente d'une façon évidente. M. Féréol reconnaît que lui-même, après avoir combattu pour le bain froid en 1876, a un peu déserté la cause depuis lors, entraîné par le dissentiment général et privé des ressources de personnel et de matériel dont il pouvait, à cette époque, disposer à la Maison de santé. Il a cependant encore employé le bain froid en ville et à l'hôpital dans un certain nombre de cas, et s'en est fort bien trouvé, surtout lorsqu'il l'a administré dès le début de la maladie. Il a, par contre, essayé toutes les autres méthodes, et doit reconnaître qu'il n'a pas eu d'aussi beaux succès que leurs promoteurs : il a constamment enregistré un mortalité de 19 à 20 pour 100; c'est, d'après M. Jaccoud, la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde. Aujourd'hui, en présence des importantes communications de M. Bouley et des documents si remarquables de la statistique dans l'armée allemande, M. Féréol regrette de n'avoir pas persévéré davantage, et se déclare résolu à recommencer une nouvelle série d'expériences sur la méthode de Brand appliquée dans toute sa rigueur, ce qu'il n'avait jamais fait jusqu'ici. Il est décidé à mettre au bain froid tous les typhoïdiques, aussitôt qu'il sera appelé à leur donner ses soins, sans attendre l'éruption des taches rosées : c'est là, en effet, une des conditions du succès, la méthode de Brand étant plutôt prophylactique que curative. Il apporte, dès aujourd'hui, six observations : les quatre premiers malades ont rapidement guéri, les deux derniers sont morts, tous deux, de pneumonie. Un seul de ces six malades a été mis au bain dès le cinquième jour; c'était une femme de dix-sept ans; elle a pris 34 bains en six jours et entrait franchement en convalescence au douzième jour de la maladie. Les cinq autres malades n'ont été baignés qu'à partir du septième, du neuvième ou du dixième jour. Chez tous les typhoïdiques qui ont guéri, le bain a produit un effet de sédation remarquable, bien que les malades aient constamment trouvé ce mode de traitement très désagréable; la diarrhée, les râles sibilants ont rapidement disparu. Des deux malades qui sont morts de pneumonie, l'un avait une dothiénentérie très grave, ayant débuté par un rash scarlatiniforme et des accident laryngés; il avait tout d'abord éprouvé une notable amélioration.

M. Féréol n'a pas continué les bains froids après le début de la pneumonie; d'ailleurs il sait qu'un de ses collègues a persisté, dans deux cas analogues, à baigner ses malades, et que la terminaison a été également fatale. M. Féréol croit qu'il n'y a pas avantage à éviter au typhoïdique le contact de l'eau, ainsi que le fait M. Dumontpallier avec son appareil; il a d'ailleurs noté, comme lui, la diminution des combustions organiques et le moindre amaigrissement des malades. Il déclare en terminant n'avoir aucun parti pris; il continuera à expérimenter la méthode de Brand, et tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit que deux décès par pneumonie, sur six malades soumis au bain froid, sont des chiffres qui jugent la valeur de la méthode.

— M. *Rendu* présente les pièces anatomiques relatives à un cas de fièvre puerpérale constatée chez une malade, qui, après avoir fait une fausse couche de sept mois dans le service d'accouchement de l'hôpital Tenon, a été transportée mourante dans ses salles quatre jours plus tard. L'enquête à laquelle il s'est livré à cet égard lui a appris que, dans le même service d'accouchement, avait eu lieu, quelques jours auparavant, une crâniotomie, pratiquée par M. Budin, chez une femme atteinte de rétrécissement du bassin, et chez laquelle le forceps, appliqué en ville, puis à l'hôpital, n'avait pu terminer l'accouchement. Cette femme était morte dans le service de M. Roques, où elle avait été transportée *in extremis*. L'autopsie a révélé une perforation *opératoire* de l'utérus et du cul-de sac vaginal; il n'y avait pas d'ailleurs de rétrécissement du bassin.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Influence des traumatismes sur les diathèses. — Traitement des fractures de la clavicule.

M. *Berger* continue la discussion sur l'influence des traumatismes sur les diathèses et réciproquement. Nous connaissons assez d'exemples d'aggravation de lésions organiques produites par des opérations pour qu'il ne soit pas nécessaire de multiplier les observations.

Il est certain que la tuberculisation pulmonaire peut être hâtée, aggravée par les opérations. Un malade avait une tumeur blanche suppurée du genou, avec souffrances atroces; tuberculisation pulmonaire au troisième degré; l'amputation de la jambe fut bien supportée; mort trois mois après par l'aggravation de la lésion pulmonaire. En août 1881, M. Berger voit un autre malade atteint de tumeur blanche tibio-tarsienne; vives douleurs; suppuration de l'article. En janvier 1882, amputation de la jambe quoiqu'il y eût une lésion aux sommets du poumon. Tout alla bien d'abord, mais en février tuberculisation aiguë et mort en avril. Il est donc difficile de refuser à l'action opératoire une influence néfaste sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Observe-t-on cette aggravation chez les sujets atteints de

cancer viscéral quand on opère un cancer superficiel ou un cancer des membres? On manque de documents précis sur ce point. A la suite d'opérations palliatives pour le cancer du rectum, on observe un mieux momentané, mais qui ne prouve rien pour ou contre cette thèse. M. Berger a observé quelques faits qui démontrent que l'ablation des tumeurs cancéreuses hâte la marche des cancers internes. Exemple : Sarcocèle bien limité; rien d'apparent du côté des organes; castration; guérison. Mais bientôt, douleurs rénales et mort de cachexie; à l'autopsie, le foie est cancéreux, les ganglions abdominaux sont envahis. Dans le mémoire de M. Picard sur le sarcocèle et la phthisie cancéreuse, on trouve des faits analogues. La marche rapide du cancer viscéral paraît due à l'action chirurgicale dans de nombreuses observations. C'est une raison pour ne pas faire subir de traumatisme grave aux sujets atteints de lésion interne.

Arrivons aux diabétiques et aux albuminuriques. Un homme a une fracture du coude compliquée de plaie et à la jambe une excoriation qui devient le centre d'un phlegmon diffus; albumine dans les urines; diète lactée et l'albumine diminue; amélioration du côté du coude et de la jambe. Le malade prend un embarras gastrique et l'albumine reparaît. L'influence du traumatisme sur l'albumine n'a été que passagère.

Un homme de trente-trois ans a une brûlure aux premier et quatrième degrés au dos et aux fesses; néphrite parenchymateuse pour laquelle il était soigné avant l'accident. Il y eut anurie passagère; quand l'urine reparut, elle ne contenait pas d'albumine. L'influence du traumatisme fut ici très peu marquée.

Certains traumatismes peuvent modifier d'une manière fâcheuse la glycosurie; cela est démontré, mais M. Berger n'en a pas observé d'exemples.

A propos des lésions du foie, M. Berger parle du malade déjà cité par M. Verneuil. Un homme de quarante-quatre ans entre à la Charité pour un écrasement de l'orteil. Il sort guéri et rentre plus tard avec un abcès fluctuant au niveau du psoas; l'incision donne issue à deux litres de pus. Au bout de quatre à cinq jours, tuméfaction du foie avec coloration noire des urines et teinte jaune de la peau. On trouve une cirrhose atrophique du foie à l'autopsie. La péritonite avait été précédée par l'aggravation de la lésion hépatique, car il y avait ascite et hypertrophie du foie avant la péritonite. L'aggravation de la maladie du foie était le résultat de l'abcès du psoas. Les lésions des organes doivent entrer pour beaucoup dans le pronostic des opérations.

M. *Richelot* a observé un fait qui rentre dans le cadre de la discussion. Un homme de soixante-cinq ans, diabétique et arthritique, ayant eu des fièvres intermittentes, avait un cancroïde de la face interne de la joue. A peu près 100 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Le traitement antidiabétique réduisit la quantité de sucre à 50 grammes par vingt-quatre heures. Opération le 31 mars; guérison assez rapide.

L'âge et la gravité de la diathèse décident du pronostic; le malade de M. Richelot avait encore une bonne dose de force vitale et des tissus non altérés. Dans quelle mesure la considération de la diathèse doit-elle influencer la conduite chirurgicale? Dans tous les cas, il y a des accidents à redouter. Parfois la conduite chirurgicale sera modifiée du tout au tout; une opération autoplastique sera différée ou refusée; au contraire, s'il y a une hernie étranglée, on opère quand même. Entre ces extrêmes, il y a des cas où le doute est permis comme dans l'observation du cancer de la joue.

Quand l'organisme, en puissance d'un état constitutionnel défini, possède encore de bons tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous ne devons pas nous intimider outre mesure, ni prévoir des dangers sans nombre.

Pour un chirurgien qui ne fait que des opérations nécessaires, la conduite chirurgicale ne sera pas extrêmement modifiée.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur un travail de M. *Richon*, relatif à un mode d'application des appareils de tarlatane plâtrée, permettant d'éviter la consolidation vicieuse dans les fractures de la clavicule.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Evonymin : M. C. Paul. — Emploi de la glycérine à l'intérieur M. Catillon. — Injections sous-cutanées : M. Gougusnheim. — Indications et contre-indications de la transfusion : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *C. Paul* fait hommage à la Société de la thèse d'un de ses élèves sur les propriétés laxatives de l'évonymin. Cette résine tirée de l'*Evonymus atro-purpureus*, se rapproche par son action du podophyllin; elle est un excitant de la contractilité intestinale et de la sécrétion biliaire, et possède une efficacité incontestable dans les cas d'atonie intestinale. L'évonymin agit à la dose de 20 à 30 centigrammes; une dose plus forte ne produit pas d'ailleurs d'effets beaucoup plus marqués. Le pouvoir laxatif de l'évonymin semble disparaître au bout de cinq ou six jours, alors même que son usage est régulièrement continué; après une interruption plus ou moins longue, si l'on vient à l'administrer de nouveau, il agit aussi sûrement que la première fois.

M. *Blondeau* n'a pas observé cette cessation rapide des effets de l'évonymin; il a, dans sa clientèle, des malades auxquels il l'administre depuis longtemps à la dose quotidienne de 10 centigrammes, et qui en retirent constamment de sérieux avantages. Il associe ordinairement à l'évonymin l'extrait de jusquiame ou de belladone; ce laxatif détermine moins de coliques que le podophyllin, et ne provoque jamais l'apparition d'hémorrhoïdes.

M. *C. Paul* signale, dans le travail fait sous sa direction, une douzaine d'observations dans lesquelles on note cette cessation des effets laxatifs de l'évonymin au bout de peu de jours; il est vrai que les malades auxquels il a été administré étaient hospitalisés et demeuraient presque constamment au lit, tandis que ceux dont parle M. Blondeau restaient debout et marchaient une partie de la journée, condition bien plus favorable à l'action du médicament.

M. *Dujardin Beaumetz* fait remarquer que l'évonymin, médicament excellent, est relativement peu purgatif, et au contraire cholagogue énergique; aussi lui associe-t-il souvent des substances purgatives. Il l'emploie dans la lithiase biliaire; son usage, dans ce cas, ramène souvent des crises de coliques hépatiques, mais en définitive ces crises sont curatives puisqu'elles témoignent de l'expulsion des calculs. L'inconvénient le plus grave de l'évonymin est d'être encore trop peu répandu et de ne se rencontrer que dans quelques pharmacies, principalement les pharmacies anglaises.

— M. *Catillon* croit devoir revenir sur quelques points qu'il a précédemment établis dans un travail original sur l'action physiologique de la glycérine prise à l'intérieur; en effet, ces points particuliers paraissent avoir été mal compris par l'auteur d'une thèse récente sur ce sujet, M. Tisné, dont les conclusions sont en désaccord apparent avec celles de M. Catillon. M Tisné admet que l'ingestion de la glycérine produit tantôt une élévation, tantôt un abaissement du taux de l'urée; or, si l'on sait interpréter les faits, on voit qu'il s'agit toujours d'un abaissement. En effet, si l'on maintient le sujet en expérience à une *ration constante* malgré l'excitation de l'appétit déterminée par l'usage quotidien de la glycérine, on voit le chiffre de l'urée rester constamment inférieur à la normale; il ne s'élève de nouveau que si l'on

cesse la médication. Par contre, si l'on accorde à un malade dyspeptique, soumis au traitement par la glycérine, une ration alimentaire d'autant plus considérable que son appétit sera plus grand, on verra le taux de l'urée, après avoir diminué d'une façon notable, remonter progressivement et dépasser même le chiffre initial. Dans les deux cas d'ailleurs, on constatera, ainsi que l'a vérifié le professeur G. Sée, une augmentation du poids du corps. M. Catillon a observé les mêmes phénomènes sur des chiens mis en expérience. En résumé, la glycérine prise à l'intérieur diminue la désassimilation et les combustions des principes azotés : le taux de l'urée excrétée diminue si la ration alimentaire reste constante. En outre elle favorise l'assimilation, facilite la digestion et régularise l'appétit : l'urée, après une diminution notable, peut alors augmenter progressivement et même dépasser le chiffre moyen initial, à mesure que la ration alimentaire ingérée sera plus considérable. — Quant à l'action diurétique de la glycérine, M. Catillon l'a constamment observée avec des doses élevées de 60 grammes.

— M. *Gouguenheim* a signalé récemment l'intégrité absolue du tissu cellulaire sous-cutané, constatée *post mortem*, dans les points où avaient été pratiquées des injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique. Depuis lors, il a fait des injections de sulfate de quinine (10 centigrammes de bisulfate par centimètre cube) chez des typhoïdiques. L'un d'eux a succombé; on lui avait injecté, quatre jours avant la mort, 3 grammes de la solution quinique dans le même point, et l'examen histologique du tissu cellulaire sous-cutané a démontré l'absence de toute lésion consécutive.

M. *Féréol* est d'avis que ce cas est peu probant; en effet, on voit souvent, à la suite d'injections hypodermiques pratiquées chez les typhoïdiques, des abcès se produire, après un temps assez long, dans les points où les piqûres n'avaient tout d'abord déterminé aucun accident local appréciable.

M. *C. Paul* fait observer qu'il serait préférable d'employer le sulfovinate de quinine, beaucoup plus soluble que le bisulfate.

M. *Martineau* croit qu'il faut avant tout choisir, pour y pratiquer les injections hypodermiques, une région dont le tissu cellulaire sous-cutané soit abondant et lâche; dans ces conditions, on n'aura jamais d'abcès, à moins d'employer une substance caustique ou très irritante.

M. *C. Paul* a déjà insisté antérieurement sur ce point; il rappelle que l'avant-bras est une des plus mauvaises régions que l'on puisse choisir pour y pratiquer les piqûres de morphine.

M. *Dujardin-Beaumetz* a vu des malades qui faisaient leurs piqûres de morphine au niveau des fesses, en enfonçant l'aiguille perpendiculairement, et qui avaient néanmoins des abcès. Ces accidents dépendent, le plus souvent, d'un état dyscrasique créé par l'intoxication morphique.

— M. *Dujardin Beaumetz* désire établir les indications et contre-indications de la transfusion. Il considère la cachexie avancée comme une contre-indication absolue. En effet, Hayem a démontré que le sang transfusé ne se *greffe* pas, mais a pour effet de provoquer une crise hématoblastique aboutissant à la reconstitution du sang dans des conditions normales chez l'opéré de transfusion : il faut donc, pour que la transfusion soit utile, que le sujet puisse subir cette crise et fournir de nouveaux hématoblastes, ce qui n'a pas lieu dans les cachexies ou dans l'anémie pernicieuse.

M. *Roussel* (de Genève) maintient que la *greffe sanguine* est absolument réelle; si les divers auteurs la contestent, c'est uniquement parce qu'ils ont transfusé du sang altéré par le contact de l'air et des parois de verre ou de métal de l'appareil employé; lorsque le sang transfusé est vivant, il reste dans la circulation de l'opéré et l'on n'en retrouve aucunes traces dans l'excrétion urinaire. Une transfusion un peu abondante a deux effets distincts : le premier est un effet *hydrostatique* produit par l'augmentation de la quantité de liquide en circulation, nécessaire pour soutenir la trame des divers organes; le second est un effet *hématopoïétique*, greffe du sang vivant, et formation rapide et abondante d'hématies jeunes. Il est évident que si le pouvoir hématopoïétique de l'organisme était entièrement détruit chez l'opéré, la transfusion serait inutile; mais sait-on jamais s'il a complètement disparu? — M. Roussel (de Genève) déclare n'avoir pas la prétention de guérir les cancéreux par la transfusion, mais de prolonger leur existence lorsqu'ils sont sur le point de succomber aux suites d'une hémorrhagie.

M. *Blondeau* adopte l'opinion de Cl. Bernard qui n'admettait pas la *greffe* du sang transfusé; il croit que l'on fournit seulement aux cellules hématopoïétiques le pouvoir de reconstituer des hématies. La transfusion devient donc inutile si ces cellules ne sont plus en état de fonctionner de nouveau.

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que, chez un cachectique incapable de produire de nouveaux éléments sanguins, la transfusion est inutile; si la cachexie est moins avancée, et que le malade soit en danger de mort par hémorrhagie, on peut y recourir.

M. *C. Paul* fait observer que le point délicat est, dès lors, tout entier dans le diagnostic de la cachexie; or on sait que c'est là une question fort difficile, puisque l'examen histologique du néoplasme ne fournit pas des renseignements certains. Un signe précieux se tire, d'après M. Rommelaere, de l'état des fonctions de nutrition révélé par le dosage de l'urée; en effet, chez tous les individus atteints de tumeurs malignes déterminant la cachexie, le taux de l'urée s'abaisse considérablement et tombe à 6 et 8 grammes. — M. C. Paul a observé en même temps deux malades dont l'un, atteint de dilatation stomacale, dyspepsie, vomissements, gastrite d'origine alcoolique, excrétait 30 grammes d'urée, tandis que l'autre, présentant des troubles gastro-intestinaux analogues, de cause mal déterminée, n'excrétait que 6 à 7 grammes d'urée. D'après ce symptôme, il admit chez ce dernier l'existence d'un cancer stomacal, bien qu'aucune tumeur ne fût appréciable; l'évolution de la maladie vint confirmer d'une façon indiscutable l'exactitude du diagnostic. — Le dosage de l'urée fournira donc, dans les cas douteux, de précieuses indications au point de vue de l'opportunité de la transfusion.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'opération de pyonéphrose, par M. F. ISRAEL.

Chez une jeune femme qui se mourait d'une énorme pyonéphrose du côté gauche, l'auteur se décida à intervenir chirurgicalement. Mais, au lieu de faire l'extirpation pure et simple, il pratiqua une fistule abdominale. Les détails de l'opération ne présentent rien de particulier. Au bout de quelques jours, la malade mourut d'urémie A l'autopsie, rien du côté du péritoine. Le rein gauche est transformé en un véritable sac de 18 centimètres de long sur 7 de large. L'incision n'avait pas porté sur le bassinet, mais sur un calice énormément dilaté. Le rein droit est très malade et présente l'aspect de l'atrophie granuleuse. Rien de particulier du côté des autres organes.

Les conséquences pratiques qui, suivant l'auteur, résultent de cette opération, sont les suivantes :

1° Lorsque l'on a diagnostiqué une hydronéphrose ou une pyonéphrose unilatérale, il faut être prévenu de la possibilité d'une lésion du rein du côté opposé, même lorsque l'urine

est normale et que l'on ne constate aucun signe du côté du cœur.

2° C'est pourquoi on devra, en règle générale, préférer l'établissement d'une fistule à l'extirpation du rein supposé malade.

3° Si la dilatation kystique des calices est plus considérable que celle du bassinet lui-même, on peut être amené à opérer en intéressant le péritoine. Cette opération peut être effectuée avec succès en une seule séance, sans qu'il soit nécessaire de provoquer artificiellement des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales.

4° L'emploi des narcotiques, qui affaiblissent l'action du cœur, doit être réduit au strict nécessaire dans les affections rénales qui présentent des obstacles sérieux à la circulation. (*Berl. klin. Voch.*, 1882, n° 51.)

Travaux à consulter.

De la syphilis pulmonaire, par M. Schnitzler. — Parmi les conclusions de l'auteur, on note : que cette forme de phthisie est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet, qu'elle frappe de préférence les hommes faits, et qu'elle n'apparaît jamais que comme dernier terme de l'infection de l'organisme par la syphilis; que le diagnostic de cette affection, qui rappelle trait pour trait la phthisie tuberculeuse, doit se baser sur l'ensemble des symptômes et surtout sur l'examen laryngoscopique (combinaison des deux ordres de lésions); que le traitement à employer est le traitement antisyphilitique vulgaire, au moyen duquel on peut obtenir, à n'importe quelle période de la maladie, les résultats les plus invraisemblables. (*Wien. med. Presse*, n° 31, 41. 1880.)

Les spirilles dans la salive des malades atteints de fièvre récurrente, par M. Ryndowsk. (*Wratsch*, n° 36. 1880.)

De l'influence du refroidissement sur les échanges respiratoires, par M. Speck. — Expériences faites par l'auteur sur lui-même pendant le bain : « Le refroidissement est resté sans aucune influence sur les processus d'oxydation de l'organisme. » Conclusion : les bains froids doivent nécessairement abaisser la température du corps, ce que la clinique a depuis longtemps démontré. (*Cent. für med. Wiss.*, 1880, n° 45.)

De la guérison des parties osseuses séparées des os longs, par M. Jakimowitsch. — Expériences sur des chiens : « Des morceaux d'os complétement isolés et séparés du périoste, qu'ils aient conservé leur place primitive ou aient été disloqués, peuvent se rejoindre et continuer à former une partie de l'os, qui continue à vivre. » Des préparations avec la gélatine et le bleu de Prusse montrent que l'assimilation est complète. (*Wratsch* et *Cent. fur Chir.*, 1880, n° 44.)

BIBLIOGRAPHIE

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

Troubles fonctionnels du pneumo-gastrique.—Thèse pour l'agrégation en pathologie interne et médecine légale, par le docteur M. Letulle, 266 pages. — Paris, Asselin, 1883.

En face d'un pareil sujet, embrassant presque toute la pathologie, l'auteur a dû éprouver un cruel embarras. Fallait-il, s'en tenant à l'énoncé de sa thèse, supposer la physiologie connue et la laisser en dehors; ou, tout au plus, en esquisser les traits généraux pour se restreindre aux manifestations morbides, aux troubles fonctionnels? L'auteur ne l'a pas compris ainsi et, sans reculer devant cette énorme tâche, il a divisé son travail en deux parties : l'une physiologique, l'autre pathologique. Dans la première, il expose l'anatomie et la physiologie du nerf vague qu'il considère dans ses rapports avec la respiration, la circulation et la digestion, au triple point de vue de l'innervation motrice, sensitive et trophique. C'est un exposé aussi complet que possible de toutes les recherches, et elles sont nombreuses, qui ont été faites à ce sujet. Bien que cette partie ne doive être considérée que comme une sorte de préliminaire au véritable sujet de la thèse, l'auteur lui a cependant consacré un développement considérable (105 pages), jugeant que cet exposé était absolument nécessaire pour baser sur des données solides l'étude des phénomènes morbides, qu'il étudie dans la seconde partie en suivant une division analogue. Ici les difficultés s'accumulent. Les systèmes organiques dans l'innervation desquels intervient le pneumo-gastrique, subissent plus ou moins l'influence de toutes les maladies générales ou locales. Devait-on passer en revue la pathologie tout entière? Pour ne pas se perdre dans un aussi vaste sujet, l'auteur a jugé nécessaire de dissocier autant que possible les phénomènes pathologiques et d'étudier successivement le rôle du pneumo-gastrique : 1° dans les maladies de l'appareil respiratoire; 2° dans celles de l'appareil circulatoire; 3° dans celles des voies digestives; 4° dans les maladies générales. Dans un cinquième chapitre il étudie l'action des substances médicamenteuses sur le pneumo-gastrique. Un sixième et dernier chapitre est consacré à la pathologie générale du vague.

L'auteur ne se dissimule pas ce que ces divisions ont d'artificiel; mais elles lui offrent un cadre dans lequel peuvent à la rigueur se classer les différents troubles qu'il doit étudier.

Il nous serait impossible, on le comprend, de le suivre pas à pas dans le détail de toutes les maladies où il étudie les perturbations fonctionnelles du nerf vague. Nous noterons au passage les chapitres consacrés aux laryngopathies, à l'asthme, à la coqueluche, à l'adénopathie trachéo bronchique, au symptôme connu sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes et qu'on doit subordonner aux fonctions du bulbe et plus spécialement des origines du nerf de la dixième paire.

Considérés dans l'appareil circulatoire, les troubles fonctionnels du pneumo-gastrique joueront un rôle important dans les modifications du rythme cardiaque, dans les névroses du cœur : l'angine de poitrine en particulier, et le goitre exophthalmique. Ils interviennent à tout moment dans les cardiopathies où on a d'ailleurs maintes fois constaté des compressions ou des lésions inflammatoires des cordons nerveux.

Les symptômes morbides subordonnés aux fonctions du pneumo-gastrique dans les différentes parties de l'appareil digestif sont nombreux : dysphasie, vomissements, gastralgie, coliques, etc. L'action du vague se manifeste au triple point de vue de la sensibilité, du mouvement, des sécrétions. Elle entre en jeu, à chaque moment, dans l'interprétation des troubles digestifs.

Si l'on étudie dans les maladies générales les troubles imputables au pneumo-gastrique, on se trouve en présence d'un champ tellement vaste, qu'il est absolument nécessaire de le limiter à quelques cas particuliers. L'auteur étudie donc à ce point de vue quelques maladies où le rôle du pneumo-gastrique lui paraît particulièrement important : le diabète, la rage, les paralysies diphthéritiques, la fièvre typhoïde. Il eût pu évidemment étendre ses recherches à d'autres maladies ou simplement à certains syndromes, tels que la fièvre envisagée d'une manière générale. Dans un des derniers chapitres, M. Letulle présente des considérations fort intéressantes sur l'action de certains médicaments qui paraissent influencer directement le pneumo-gastrique : la digitale, la morphine au point de vue des fonctions cardiaques et pulmonaires, l'ipécacuanha, le curare, l'atropine et le tabac, le café, le bromure de potassium, le chloral, etc. Ces considérations établissent l'importance du rôle du vague en thérapeutique, bien comparable à celle qu'on doit lui attribuer en pathologie.

M. Letulle termine cette longue étude par un aperçu de la pathologie générale du pneumo-gastrique. Envisageant sa distribution aux trois appareils viscéraux chargés d'assurer

la vie, il fait remarquer que ce nerf tient sous sa dépendance l'intégrité fonctionnelle de l'organisme tout entier. Une même altération matérielle du nerf peut se traduire par des expressions symptomatiques fort dissemblables, suivant qu'elles prédominent dans tel ou tel département de sa distribution.

Cette complexité des phénomènes qui caractérise la pathologie du pneumo-gastrique, tout en nous expliquant la fréquence de son intervention dans les différentes combinaisons morbides, nous condamne souvent à une incertitude qu'il faut savoir accepter. C'est la conclusion de l'auteur de ce travail où l'on ne saurait trop louer une prodigieuse érudition, tout en regrettant une certaine diffusion inséparable de pareilles recherches et d'une étude nécessairement trop hâtive. La *névrose* du pneumo-gastrique ne peut pas être considérée comme définitivement faite; mais ceux que tente ce beau sujet trouveront dans la thèse de M. Letulle des renseignements abondants et des idées nouvelles qui pourront être facilement développées.

B.

Des accidents pernicieux d'origine palustre, par le docteur L. Bard, médecin des Hôpitaux de Lyon. — Thèse pour le concours de l'Agrégation (pathologie interne et médecine légale). — Paris, 1883, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'auteur, comprenant la difficulté qui existe à séparer entièrement l'étude des accidents pernicieux d'origine palustre de celle de l'impaludisme lui-même, a signalé l'écueil et s'est efforcé, autant que possible, de l'éviter au cours de son intéressant travail; peut-être n'y a-t-il pu complètement réussir, mais il faut du moins reconnaître que l'impaludisme non pernicieux n'est traité qu'accessoirement, et relativement aux questions qui touchent de plus près au sujet même de la thèse.

La *perniciosité* a été, à différentes époques, confondue avec la *gravité:* toute forme grave d'intoxication paludéenne recevait la dénomination de pernicieuse; c'est ce qui explique la confusion qui a régné si longtemps sur cette question. Nielly et les auteurs anglais ont même, pour trancher la difficulté, proposé de supprimer l'expression impropre, à leur avis, de perniciosité, et ne décrivent que les formes simples et compliquées des fièvres palustres. Telle n'est pas l'opinion de M. Bard, et, s'il reconnaît qu'il n'existe pas de fièvre *pernicieuse* par elle-même, du moins il accepte la réalité des fièvres dans lesquelles surviennent des *accidents pernicieux:* « La perniciosité, écrit-il, doit entraîner avec elle l'idée d'un accident anormal, insidieux, d'invasion soudaine, surajouté au type morbide dans lequel il survient, immédiatement menaçant pour la vie, quelle qu'en soit d'ailleurs l'apparence symptomatique, pourvu qu'il soit sous la dépendance pathogénique de l'impaludisme. »

La distribution géographique des accidents palustres pernicieux, elle est la même que celle de la malaria; ils se montrent d'ailleurs plus fréquents au centre même des zones palustres et dans les régions voisines des tropiques, surtout pendant la saison d'été, lors d'élévation notable ou d'oscillations brusques de la température. Les hommes, et en particulier les enfants, sont plus fréquemment atteints d'accidents pernicieux; et d'une façon générale, les constitutions délabrées par les excès, les fatigues, les maladies antérieures, les traumatismes graves payent un plus lourd tribut au fléau. La race nègre présente, d'ailleurs, à l'égard des accidents pernicieux la même immunité relative qu'à l'égard des autres formes plus simples de l'impaludisme. Quant au type de fièvre palustre qui s'accompagne le plus fréquemment de perniciosité, aucune notion bien certaine n'a pu encore être établie; cependant on a constaté le danger plus grand durant la première atteinte d'accidents paludéens, et au contraire la bénignité relative, encore inexpliquée, du type quarte.

L'extrême variabilité des manifestations symptomatiques des accidents palustres pernicieux ne permet guère un tableau d'ensemble, et l'auteur, après avoir tracé les traits généraux de la perniciosité dans l'impaludisme, étudie successivement un certain nombre de formes cliniques, auxquelles peuvent se rattacher presque tous les cas observés. Ce sont: les accès comateux, ataxique, adynamique, algide, douloureux ou névralgique, syncopal, hypercrinique caractérisé par l'exagération de sécrétions normales ou l'apparition d'évacuations critiques par les voies digestives; enfin, les accès à symptômes thoraciques, les accès hémorrhagique et hémoglobinurique.

La pathogénie de la perniciosité comporte une intéressante discussion sur la valeur des théories relatives à la qualité du miasme tellurique, à la quantité absorbée, à l'évolution plus ou moins rapide d'un parasite spécial découvert dans le sang, à l'abondance du pigment et à l'accumulation des matériaux excrémentitiels non éliminés: ces deux derniers facteurs semblent à M. Bard devoir être surtout pris en considération.

Les accidents pernicieux d'origine palustre, toujours graves et trop souvent mortels, réclament un traitement énergique qui peut se résumer dans ce principe fondamental: administrer la quinine à dose suffisante, le plus rapidement possible, et utiliser en même temps, si besoin est, toutes les voies d'absorption.

André Petit.

De la conception au cours de l'aménorrhée, par M. André Petit. Thèse 1883. Chez Lauwereyns.

Ce travail se divise en trois parties: la première consacrée à l'historique de la question; la seconde, la plus importante, comprend la discussion et l'interprétation des faits appuyées d'observations nombreuses empruntées à divers auteurs ou recueillies au lit des malades. Dans la troisième, on étudie la valeur de l'aménorrhée, chez les jeunes filles, au point de vue de l'aptitude au mariage et à la maternité.

Si l'absence des règles est une présomption de stérilité, elle ne l'implique pas nécessairement. Les exemples cités par M. Petit sont assez nombreux de femmes devenues mères sans avoir jamais été réglées: chez les unes, l'absence des règles a été permanente; chez d'autres, les règles se sont montrées après plusieurs grossesses. Ces faits ne détruisent pas la théorie de Négrier sur la ponte ovarienne mensuelle et la menstruation. Ils prouvent simplement que la ponte peut avoir lieu sans susciter dans la muqueuse utérine la congestion nécessaire à la menstruation. L'hémorrhagie utérine, dit Cazeaux, peut manquer sans entraver en rien la marche régulière du travail ovarien. La ponte spontanée, qui provoque ordinairement une exhalation sanguine sur la face interne de la matrice, peut concentrer son action sur l'ovaire seul.

Chez quelques femmes aménorrhéiques se manifeste périodiquement une leucorrhée plus ou moins abondante, qui constitue ce qu'on a appelé les règles blanches, dont l'apparition coïncide avec un véritable molimen menstruel. Chez ces femmes, la conception est fréquemment observée. L'anémie doit-elle être invoquée comme la cause principale de l'absence des menstrues rouges; c'est l'opinion de M. Petit, qui cite l'exemple de phthisiques depuis longtemps aménorrhéiques, et chez lesquelles on constata par l'autopsie la présence de corps jaunes, signes irréfutables d'une ponte ovulaire récente. La menstruation pourra faire défaut quand la femme sera placée sous l'influence d'une cause générale ou locale qui rendra l'utérus incapable de fournir les éléments de l'hémorrhagie normale.

En ce qui concerne l'aptitude au mariage de jeunes filles non menstruées, deux cas pouvaient se présenter.

Si la jeune fille n'a jamais eu ses règles à un âge où la menstruation est établie, dans nos climats, chez la plupart des femmes, il faut examiner avec soin l'appareil utérin, et vérifier la présence et l'intégrité des principaux organes et de l'ovaire en particulier. On recherchera si la jeune fille n'est pas sujette à un molimen régulier, accompagné ou non de leucorrhée. En pareil cas, il arrive souvent que le mariage exerce une influence heureuse sur l'apparition des menstrues, et on pourra ne pas en détourner une jeune fille aménorrhéique, mais normalement conformée, après avoir essayé toutefois par un traitement approprié de provoquer l'apparition des menstrues.

Si la jeune fille a été menstruée, il faut rechercher la cause qui a amené la suppression des menstrues dans une lésion possible des ovaires, de l'utérus, et ne jamais négliger de rechercher l'existence d'une grossesse. On examinera, en outre, si l'aménorrhée n'est pas liée à l'évolution de quelque diathèse ou simplement à l'anémie.

Toutes ces questions sont, à beaucoup de points de vue, fort délicates, et le soin avec lequel M. Petit trace les règles qui doivent guider le médecin dans ces cas difficiles montre assez qu'il les a longuement étudiées.

VARIÉTÉS

Les accoucheurs des hôpitaux.

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE. »

Mon cher directeur,

Le conflit soulevé entre les accoucheurs et le corps médico-chirurgical semble entrer dans une nouvelle phase depuis une quinzaine de jours. D'une part, dans les articles les plus récents des journaux on a pris soin de nous tranquilliser au point de vue de notre grade et de nos prérogatives; d'autre part, les revendications nettement affirmées des aliénistes ont rendu plus difficile la participation de ceux-ci et des accoucheurs dans les différents jurys de l'Assistance publique. Je crois donc qu'il n'est pas inutile d'envisager les différentes solutions qui peuvent être données dans ce débat et je pense qu'il est de mon devoir de protester énergiquement contre l'une d'entre elles, celle qu'on a désignée sous le nom de création des jurys homogènes par opposition aux jurys mixtes qui existent actuellement dans tous les concours de l'Assistance publique.

La présence des accoucheurs dans les jurys pour la nomination des médecins et des chirurgiens peut, en effet, être envisagée au point de vue de leur situation dans les hôpitaux, mais aussi au point de vue de leur compétence dans les concours. Il me semble que la question de prépondérance des médecins et des chirurgiens peut être facilement écartée de façon qu'il ne s'agisse plus que de la question de compétence des différentes corporations et de leur droit de siéger dans tel ou tel jury.

Si vous considérez la façon dont se recrutent actuellement les jurys des concours de l'Assistance publique, il vous semblera, comme à moi, que l'Administration a voulu établir des droits égaux entre les médecins et les chirurgiens sans tenir suffisamment compte de la compétence des juges isolés dans les jurys mixtes.

La présence du médecin dans les concours du prosectorat de l'Assistance publique, celle d'un médecin ou d'un chirurgien dans les concours pour la nomination des pharmaciens en chef des hôpitaux, ne vous paraît-elle pas inutile?

Admettez-vous que la compétence du chirurgien dans les concours pour la nomination des médecins du Bureau central est aussi incontestable que celle du médecin dans les concours pour la nomination des chirurgiens?

La constitution de ces jurys mixtes établit manifestement l'idée du partage d'influence des médecins et des chirurgiens dans les concours, leur égalité.

Envisagée au point de vue de notre situation dans les hôpitaux, l'exclusion des accoucheurs des jurys, tels qu'ils sont constitués actuellement semblait nous créer une situation inférieure. Aussi, lorsque mes collègues m'ont demandé d'unir ma voix à la leur pour obtenir des prérogatives égales à celles des médecins et des chirurgiens, j'ai cru qu'il était de mon devoir de les suivre dans leurs revendications.

Mais si on déplace le litige, si on affirme, comme cela a été fait récemment, que nos prérogatives et notre grade ne sont pas attaqués, si on n'envisage que la question de compétence, je crois également qu'il est de mon devoir de signaler le danger des solutions qui nous confineraient d'une façon par trop exclusive dans l'exercice de notre spécialité.

Au point de vue de la compétence des juges siégeant dans les jurys, on peut aborder l'étude de deux solutions :

1° Refondre la constitution actuelle des jurys mixtes sur la base de l'appréciation de la compétence des juges isolés et distinguer les conditions dans lesquelles on doit les maintenir;

2° Créer des jurys homogènes, c'est-à-dire dont ne feraient partie que des juges dont la compétence est absolue. Les médecins jugeraient les concurrents aux places de médecin les chirurgiens les concurrents en chirurgie et au prosectorat, les accoucheurs les concurrents en accouchement, et les pharmaciens les concurrents en pharmacie.

Pour ma part, je n'hésite pas à soutenir que c'est la première solution qu'il faut aborder, que la seconde serait préjudiciable aux intérêts bien compris des accoucheurs.

Le nombre des accoucheurs nommés est même trop restreint pour que ceux-ci puissent constituer un jury, si les chirurgiens ayant dirigé un service d'accouchement refusaient de se joindre à eux. Dans la suite, il serait encore trop faible pour qu'ils puissent se renouveler dans les jurys. On aurait donc non pas des jurys pour juger les concurrents en accouchements, mais un jury permanent. Et au lieu que dans sa constitution, la présence des candidats de la veille ne soit qu'une anomalie momentanée et regrettable, elle constituerait une règle et une habitude dangereuses. Une semblable constitution du jury par la nomination des accoucheurs aboutirait à l'abaissement du niveau du concours. Au nom même de l'égalité que nous revendiquons, je réclame un jury mixte pour la nomination des accoucheurs.

Nous devons tenir à la généralité de notre concours. Or sur les six épreuves qui en constituent le programme, il en est trois au moins où l'opinion du médecin et celle du chirurgien sont indispensables. Dans deux d'entre elles, l'épreuve de médecine opératoire sur le cadavre, la consultation écrite sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale ou sur un enfant nouveau-né, l'incompétence des accoucheurs peut être notoire.

Ecarter le médecin et le chirurgien de notre concours eût abouti fatalement à la modification de son programme dans un sens étroit et restreint. Or je considère que cette conséquence est fatale pour la place que nous désirons occuper à côté des médecins et des chirurgiens. Je pense que si elle arrivait à prévaloir dans les décisions de l'administration, elle nous constituerait une situation isolée, je vais même plus loin, une situation discréditée.

Je crois donc qu'il est de notre intérêt d'obtenir le remaniement des jurys sur la base de l'appréciation de la compétence des juges isolés dans les jurys mixtes et d'insister

pour que le jury chargé de nommer les accoucheurs soit maintenu dans le sens du règlement existant.

Veuillez agréer, etc.

Porak.

Corps de santé militaire. — Par décret du président de la République, en date du 8 mai 1883, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix). M. Morache (Georges-Auguste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux. — (Choix). M. Libermann (Henri-Adolphe-François), médecin principal de 2e classe, secrétaire adjoint du comité consultatif de santé.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix). M. Coste (Marie-Joseph-Benjamin), à la gendarmerie de la Seine. — (Choix). M. Bazille (Émile), au dépôt de recrutement de la Seine.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Journée (François-Henri-Paul), en Tunisie. — (Choix). M. Grandjean (Charles-Désiré), aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — (Ancienneté). M. Montané (Louis-Justin-Marie-Cyprien), au 63e régiment d'infanterie. — (Choix). M. Benoit (Charles-Paul-Bonaventure), aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de 2e classe ; 1er tour (ancienneté). M. Bonchoir (Marie-Benjamin-Georges), aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — 2e tour (ancienneté). M. Delaye (Eugène-Joseph), au 27e régiment d'infanterie. — (Choix). M. Veillon (François-Théodore), à l'hôpital militaire de Marseille. — 1er tour (ancienneté). M. Cristan (Charles-Amédée-Jules-Xavier), au régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Perron (Frédéric), à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : 1er tour (ancienneté). M. Weill (Alexandre), aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Nécrologie. — Le professeur Michel, qui vient de mourir, deux ans à peine après avoir pris, à la Faculté de Nancy, la direction de la chaire de clinique chirurgicale, avait longtemps enseigné la médecine opératoire à la Faculté de Strasbourg. Il était chirurgien habile, quoique peut-être un peu exclusif et trop personnel dans l'appréciation des procédés de la chirurgie moderne, professeur très clair, très précis, très bien à sa place dans une chaire qui exige des connaissances anatomiques exactes plutôt que des idées générales et des aptitudes philosophiques. On doit à M. Michel un travail sur le *microscope dans ses applications à la pathologie* (couronné en 1856 par l'Académie de médecine), plusieurs observations relatives à divers procédés opératoires (entre autres la *section des branches du trijumeau*, et en particulier du lingual, du dentaire inférieur et des nerfs dentaires supérieur et antérieur (*Gaz. méd. de Strasbourg*), un mémoire sur l'*ostéome des fosses nasales* (*Gaz. hebd.*, 1873), une communication à la Société de chirurgie sur une *nouvelle méthode d'extraction de la cataracte* (1873), enfin l'article Rachis du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Mortalité a Paris (19e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 mai 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1272, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 57. — Variole, 13. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 73.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 119. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 34 ; au sein et mixte, 20 ; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107 ; de l'appareil circulatoire, 72 ; de l'appareil respiratoire, 88 ; de l'appareil digestif, 52 ; de l'appareil génito-urinaire, 28 ; de la peau et du tissu lamineux, 1 ; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; infectieuse, 3 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 19e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 4 au 10 mai, 1287 naissances et 1272 décès. Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès déclarés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1293. Mais la recrudescence de la fièvre typhoïde, qui faisait prévoir la subite augmentation du chiffre des admissions dans les hôpitaux signalée dans le dernier *Bulletin*, s'est manifestée par un notable accroissement du nombre des décès dus à cette cause (57 au lieu de 31, chiffre de la période précédente). En outre, le chiffre des admissions dans les établissements hospitaliers, pour la période du 30 avril au 6 mai, s'est élevé de 107 à 129. En ce qui concerne les autres maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la diphthérie (43 décès au lieu de 37) ; une atténuation pour la variole (13 au lieu de 21) et la rougeole (25 au lieu de 30).

La situation hebdomadaire des hôpitaux accuse également un chiffre d'admissions, pour cause de diphthérie, supérieur à celui de la dernière période (37 au lieu de 29).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie, par M. le docteur L. Larrivé. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille, par M. le docteur E. Baudrimont. In-8. Paris. A. Coccoz. 2 fr. 50

Des diverses espèces de purpura, par M. le docteur Du Castel. In-8 de 96 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne, par M. le docteur Lardier (de Rambervillers). In-18. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Guérison de la rage, réponse à M. H. Bouley, de l'Institut. Mémoire présenté à l'Académie de médecine de Paris, par M. P.-J. Dartigues. In-8 de 61 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

De la dilatation naturelle et artificielle du col vers la fin de la grossesse, par M. le docteur Stéphane François. In-8 de 107 pages avec figures. Paris, O. Doin. 3 fr.

Traitement de la méningite des enfants, par M. le docteur Vovard (de Bordeaux). In-8 de 54 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Traité des maladies paludéennes à la Guyane, par M. le docteur E. Maurel, médecin de 1re classe de la marine. 1 vol. in-8 de 240 pages. Paris, O. Doin. 6 fr.

De la manie chronique à forme rémittente, par M. le docteur Mabit, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine. In-8. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Traité de l'herpétisme, par M. le docteur Lancereaux. 1 vol. in-8 avec 19 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 7 fr.

Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Hutinel. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr

Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. In-8 avec 29 planches intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Le rôle des mères dans les maladies des enfants ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin, par M. le professeur Fonssagrives. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques, par M. le docteur Ch. Tisné. In-8 Paris, A. Coccoz. 2 fr.

Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires, par M. le docteur P. Méricamp. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr. 50

Des vésicules séminales. Anatomie et pathologie, par M. le docteur O. Guelliot. In-8 Paris, A. Coccoz. 4 fr.

Étude sur l'endocardite du cœur gauche et sur quelques anomalies valvulaires et d'orifice de nature non inflammatoire, par M. le docteur Haranger. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Leçons sur l'épilepsie, faites à l'Asile Sainte-Anne en 1881-1882, par M. le docteur Magnan ; recueillies par M. le docteur Briand. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, par M. le docteur Gergaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr 50.

G. Masson. *Propriétaire-Gerant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 24 mai 1883.

Contributions pharmaceutiques.

ALCOOLATURE D'ARNICA. GLYCÉRINE ARNIQUÉE. LINIMENT RÉSOLUTIF.

Dans un mois, l'*Arnica montana* va fleurir sur nos collines. Ce sera le moment de la récolter pour faire l'alcoolature.

L'arnicine, principe actif de l'arnica, est, ainsi que l'aconitine et l'atropine, principalement emmagasinée dans la racine; il est donc de première nécessité de faire entrer cette partie de la plante dans la préparation.

Voici un mode opératoire qui donne un produit supérieur à la teinture du *Codex* faite avec les fleurs sèches :

Arnica, plante entière.......	1 kilogramme.
Alcool à 90 degrés..........	1 —

Contusez l'arnica, laissez en macération pendant quinze jours dans l'alcool, passez avec expression et filtrez.

On obtient ainsi une alcoolature de couleur verte et possédant parfaitement l'odeur de la fleur d'arnica.

Pour contuser la plante entière, il faut la couper en trois parties : racine, tige et sommités, et les piler séparément à cause de la différence de leur texture.

Si dans cette préparation on remplace l'alcool par la glycérine à 30 degrés, on obtient la glycérine arniquée, liquide brun de consistance sirupeuse et de conservation indéfinie.

La glycérine s'empare de l'arnicine tout aussi bien que l'alcool, mais ne vaut cependant pas ce véhicule pour les raisons que nous avons données dans ce journal en mai 1882.

Le meilleur parti que l'on puisse tirer de la glycérine arniquée c'est de l'employer étendue d'eau contre les ecchymoses et les contusions, et de formuler ainsi :

Glycérine arniquée..........	30 grammes.
Alcoolat vulnéraire..........	10 —
Eau.......................	60 —

A employer en compresses sur la partie malade.

Ce mélange, grâce à la glycérine qu'il contient, conserve le linge humide, propriété avantageuse sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister. Si l'on ne possède pas de glycérine arniquée, on peut la remplacer par l'alcoolature d'arnica et la glycérine ordinaire. La formule serait alors ainsi conçue :

Glycérine officinale..........	20 grammes.
Alcoolature d'arnica..........	20 —
Eau.......................	60 —

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Russie. Suicides. — Les médecins russes devant les tribunaux. Le rôle des experts et leurs privilèges. — Bilan de la guerre turco-ruese. — Procès bizarre. — Les israélites en prière pour la santé d'un médecin orthodoxe. — Au Zemstvo de Pskov. — Les chapelles des hôpitaux et la diffusion des maladies épidémiques.

Au moment où Moscou est en fête, où le Kremlin a revu les splendeurs du temps de Pierre le Grand et de Catherine la Grande, quand les ambassadeurs ordinaires et extraordinaires sont occupés à l'importante besogne de serrer leurs costumes, j'allais dire leurs travestissements du grand jour, il est curieux, ne fût-ce que par amour du contraste, de jeter un coup d'œil sur les dernières colonnes des publications médicales russes. Il y a partout des catastrophes, des infortunes; partout les problèmes relatifs à l'hygiène, aux rapports des médecins avec l'autorité sont ardus, mais on trouverait difficilement dans un autre pays des détails aussi navrants : morts prématurées, appels à la commisération confraternelle pour des familles sans ressources, suicides, procès, scandales, on rencontre tout cela dans les journaux parus depuis le mois de janvier. Un médecin militaire dont la santé s'est épuisée au service est obligé de prendre momentanément un congé et hâte la terminaison de la phthisie qui le mine en se tirant deux coups de revolver dans la poitrine; un autre est allé demander à l'Amérique une situation et des ressources que ne lui eût probablement pas données sa patrie, il réussit au delà de ses espérances et finit quand même par le suicide.

La situation du médecin de campagne russe, malgré son titre officiel et les services qu'il rend, est dépréciée, presque méprisée. Les magistrats sont-ils obligés d'avoir recours à ses lumières, on écoute son rapport simplement pour la forme. A Nijni-Novgorod, un pauvre idiot est accusé de tentative de viol; les témoignages lui sont favorables, les méde-

C'est à dessein que j'ai évité la présence de l'extrait de Saturne dans ces formules. L'eau blanche est un excellent résolutif, à condition de ne l'employer que dans les cas où la peau n'est pas ouverte.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Rachitisme et syphilis, par M. le docteur Gibert (du Havre) (1).

(Suite. — Voyez le n° 19.)

J'ai dit dans mon premier article deux choses :

1° Qu'on observait le rachitisme dans la classe riche, chez des enfants nourris au sein, alors qu'il ne pouvait être question ni d'alimentation insuffisante, ni d'alimentation vicieuse ;

2° Que chez les pauvres l'alimentation insuffisante ou vicieuse pouvait conduire à la mort par le chemin de l'athrepsie à ses trois degrés, mais jamais au rachitisme. J'ajoute, pour ne pas y revenir, qu'on observe dans des familles d'ouvriers plongées dans la misère la plus complète, vivant dans des taudis sans lumière, sans soleil, sans air, tous les phénomènes de l'anémie par misère physiologique, mais jamais le rachitisme vrai ; ostéomalacie ne peut être synonyme de rachitisme.

Aujourd'hui j'aborde le terrain purement clinique, et je crois pouvoir montrer que la clinique donne raison à l'anatomie pathologique. Il est du reste bien entendu que l'anatomie pathologique me paraît de beaucoup supérieure à la clinique, car quand la clinique lui donne tort, c'est tout simplement qu'elle manque de sagacité.

J'ai observé, depuis près de neuf ans, 196 cas de rachitisme ou de syphilis héréditaire qui peuvent me servir pour cette étude. A ce chiffre j'en pourrais ajouter un nombre beaucoup plus considérable, mais j'ai préféré rejeter toutes les fiches incomplètes qui ne faisaient mention que d'un diagnostic sec, sans aucun commentaire.

Je distribuerai ces 196 cas en trois séries :

(1) Erratum. — N° 19, Travaux originaux, p. 318 : au lieu de M. le docteur Gibert, lire : M. le docteur Gibert (du Havre). — Obs. I, p. 319, ligne 7, lire : *bréchet* au lieu de bracelet. — Page 320, dernier paragraphe : au lieu de : Il est un point... lire : C'est un point.

Première série : 106 cas de rachitisme ne contenant aucun des signes classiques de syphilis héréditaire.

Deuxième série : 67 cas de syphilis sans aucun signe de rachitisme.

Troisième série : 23 cas de rachitisme et de syphilis où les symptômes de l'une et de l'autre diathèse coexistent.

Les deux premières séries sont deux lignes parallèles qui ne se rejoignent sur aucun point de leur parcours. A ne voir que ces deux séries il semble que la doctrine de M. Parrot doive être condamnée et que la clinique lui donne tort. Il n'en est rien cependant. Observons d'abord qu'une troisième série est intervenue, celle des cas où rachitisme et syphilis se sont rejoints par des caractères communs. Si cette série est de beaucoup la plus courte, puisqu'elle ne contient que 23 cas, il est bon de remarquer qu'au début de mes observations, et cela pendant près de trois ans, je n'avais pas l'idée de rechercher des signes de syphilis chez des rachitiques, pas plus que je n'étais disposé à rattacher au rachitisme des altérations du squelette que j'avais suivies chez des syphilitiques. Je crois utile de faire connaître dans quelles circonstances, pour la première fois, j'ai dû unir ensemble ces deux notions de rachitisme et de syphilis, et cela bien avant que M. Parrot m'eût ouvert les yeux dans sa communication au Congrès du Havre :

Le 19 mai 1876 on m'amène l'enfant Bru (celui-là ne figure pas sur mes listes et par conséquent devrait fournir le vingt-quatrième cas de syphilis et de rachitisme), âgé de vingt-sept mois (1). Cet enfant a cinq frères tous noués, — tous crochus, dit la mère. Elevé au biberon depuis sa naissance il a toujours été délicat. Lorsqu'on nous le conduit, il présente tous les signes d'une anémie profonde ; mais ce qui frappe plus encore que sa pâleur, ce sont les altérations bizarres du système osseux. Non seulement les jointures sont nouées, mais la plupart des os longs sont fracturés. Les deux clavicules ont été cassées et leurs cals sont visibles parce qu'ils forment un angle saillant. L'humérus gauche est fracturé à sa partie moyenne et fortement incurvé. Le radius droit est cassé vers le tiers inférieur. Les fémurs sont fortement incurvés. Les tibias sont droits.

L'enfant est atteint d'une alopécie absolue et *un seul* cheveu émerge de son crâne, qui ressemble à une bille d'ivoire.

Les narines, les lèvres, l'anus présentent des signes évidents d'ulcérations syphilitiques.

Pas de dents.

Pour la première fois je fis mention de la syphilis et du rachitisme sur la fiche (n° 239) appartenant à cet enfant. Je n'attribuai d'ailleurs à ce cas qu'un caractère de coïncidence, et je ne m'y arrêtai pas autrement. Cependant je me sou-

(1) Observation rédigée par le docteur Powilewicz, alors interne du dispensaire.

---

cins de l'hôpital qui l'ont eu six semaines en observation le déclarent irresponsable, on le condamne. A Kharkov, un individu appelé Denisiev, appartenant à la noblesse, tue son père dans un accès de manie furieuse et tente de mettre le feu à la maison de sa mère, les aliénistes concluent à la folie, le ministère public passe outre. Ballotté entre la défense et l'accusation, malmené par l'une et par l'autre, le pauvre expert ne sait le plus souvent à quel saint se vouer. « Il faudrait pourtant, disait un journal du mois dernier, que l'on s'habituât à garder à son égard une certaine convenance. On a le droit sans doute de discuter ses assertions, de les faire tomber si c'est possible par des raisons scientifiques, mais en pratique tout cela n'est devenu que persiflage et invective. » Dans une affaire récente d'assassinat, un médecin déclara que des points rougeâtres trouvés sur le dos du cadavre étaient des piqûres d'épingle ou d'aiguille ; l'avocat prétendit qu'il ne savait rien sur la nature des éruptions ou des ulcérations de n'importe quelle nature.

Et quand le praticien vient devant le tribunal non plus comme expert, mais comme accusé ? Oh ! alors, on ne le ménage pas ! Pour qu'il soit absous ; il faut que l'évidence éclate à tous les yeux ; s'il est coupable, le maximum de la peine. Cette bienveillance à rebours s'étend à tous les degrés de la hiérarchie médicale, les plus humbles sont naturellement les plus frappés. Une sage-femme a pratiqué, dit-on, des tentatives d'avortement et causé la mort de deux de ses clientes : confiscation de ce qu'elle possède et déportation en Sibérie. Celle-là du moins ne l'avait pas volé. Les feldscherer de Moscou étaient peut-être dignes d'un peu plus d'indulgence ; ils avaient délivré pour de l'argent à de jeunes soldats israélites des certificats qui les firent réformer au corps. La première chose à incriminer, c'est l'organisation qui permet à des espèces d'infirmiers de pareils abus. Le conseil de guerre s'est montré sans pitié ; le feldscherer Ogourzov a été envoyé en Sibérie ; en revanche, l'institution reste la même.

viens très clairement que chez cet enfant le développement exagéré, singulier, des pariétaux m'avait frappé.

Un deuxième enfant me fut présenté plus tard, c'est celui-là même dont j'ai parlé dans ma première lettre et qui fut présenté à M. Parrot.

Il a été pendant longtemps la curiosité du dispensaire où il était connu sous le nom de Trompe-la-Mort. C'est qu'en effet il avait été soumis pendant des semaines à des séries d'attaques convulsives qui nous paraissaient devoir le tuer vingt fois pour une, et il résistait, et il finit par guérir quand nous eûmes reconnu la nature de sa maladie.

Celui-là portait tous les signes réunis de la vérole et du rachitisme, et cette fois encore je fus contraint de rapprocher dans le même diagnostic le rachitisme et la syphilis. Sous l'influence d'un traitement énergique tous les phénomènes morbides disparurent, les convulsions cessèrent et les diamètres crâniens se modifièrent en diminuant.

A partir de ce jour mon attention était éveillée : je fis, ce que je n'avais pas fait jusque-là, une recherche minutieuse de la syphilis chez tous les rachitiques et la troisième série, rachitisme et syphilis, devint plus nombreuse. Pour être vrai il faut donc enlever de la première série, soit 106 cas, tous ceux qui n'ont pas été l'objet d'une recherche suffisante. Il y en a 54. Il reste donc 52 cas de rachitisme où malgré la recherche sérieuse des antécédents aucun signe de syphilis n'a été reconnu.

Comme dans la deuxième série j'ai 67 cas de syphilis infantile sans rachitisme, il s'ensuit, comme je le disais plus haut, qu'au premier abord la doctrine de M. Parrot semble infirmée.

Mais il ne faut pas dans un pareil sujet se contenter de simples apparences et une analyse minutieuse de toutes les conditions des faits me paraît indispensable pour asseoir un jugement définitif. Je prie donc le lecteur de vouloir bien peser les considérations suivantes.

Il me paraît impossible d'admettre, et je crois qu'en saine pathologie il n'est pas permis d'admettre, qu'une maladie aussi nette dans ses symptômes que le rachitisme reconnaisse deux causes différentes. Si un grand nombre d'enfants syphilitiques, comme cela est l'évidence même, sont rachitiques, il est bien probable que tous les rachitiques sont syphilitiques. Cette probabilité se change en certitude si l'on étudie avec soin les points suivants :

1° La série des rachitiques (sans syphilis) diffère de la série des syphilitiques (sans rachitisme) d'abord par la question d'âge.

En effet, les enfants rachitiques qu'on m'amène parce qu'ils sont noués, ne me sont amenés qu'après l'âge moyen de deux ans. Les syphilitiques, au contraire, je les vois dès les premiers jours de leur naissance, six ou dix semaines au plus. Cette différence est capitale. Les enfants infectés de syphilis présentent à leurs mères des signes tels de maladie maligne qu'elles ont hâte de les faire soigner. Que faisons-nous en présence d'un syphilitique âgé de quelques semaines et couvert de plaques muqueuses au pourtour de toutes les cavités naturelles? Nous instituons un traitement spécifique avec la liqueur de Van Swieten qui les guérit dans le plus grand nombre des cas, si l'enfant est nourri au sein; dans un peu plus du tiers du cas, si l'enfant est nourri au biberon. 15 grammes de Van Swieten, dans 100 grammes d'eau à prendre par gouttes tout le long du jour, chaque fois que l'enfant tète, suffisent pour modifier profondément et finalement pour guérir toutes les manifestations syphilitiques; en sorte que la série des syphilitiques est partagée en deux sections : ceux qui meurent — et ceux qui guérissent. — En d'autres termes les enfants atteints de syphilis infantile grave n'évoluent pas jusqu'au rachitisme, soit qu'ils meurent, soit qu'ils guérissent.

2° Les rachitiques, de la première série, sont tous âgés de plus de deux ans, habituellement de trois à quatre ans. Les parents ne nous les amènent qu'à cause de la torsion de leurs os : ces enfants sont cagneux et les parents exigent qu'on les redresse. Ils ne songent pas un instant qu'ils sont malades.

Chez eux il est bien difficile, au moins dans un grand nombre de cas, de retrouver des traces de syphilis antérieure. Chez beaucoup de rachitiques, par exemple, les dents sont saines. J'admets comme M. Parrot que l'ulcération dentaire est un signe de syphilis (car je n'ai jamais pu trouver un seul exemple qui donnât raison à M. Magitot), mais cette ulcération manque souvent. Chez beaucoup je n'ai pas su trouver de cicatrices fessières, et ils ne présentent que les déformations osseuses caractéristiques du rachitisme.

Eh bien, me dira-t-on, pour ceux-là au moins, chez qui vous êtes obligé d'avouer, vous-même, qu'il n'y a aucun signe de syphilis, pourquoi ne recherchez-vous pas une autre cause?

Au lieu de répondre directement, je préfère donner ici l'observation détaillée d'une famille dont l'histoire me conduit à une hypothèse fort acceptable à mon sens: « La famille Delar..., famille d'ouvriers, habite la rue des Viviers, au troisième étage. Cette rue est largement exposée au vent de la mer; l'appartement a deux pièces, dont une très grande, où couchent les enfants, est parfaitement aérée. La mère est une femme de quarante ans, forte, magnifique de santé, et qui n'a jamais été malade. Sa fille aînée a vingt ans, elle est superbe et pas un de ses os n'est malade ; *mais elle est la fille d'un premier mari.*

Les autres enfants sont tous ou ont tous été rachitiques, excepté le dernier qui a huit mois. La mère affirme que

---

Nous ne connaissons pas encore le résultat d'affaires autrement sérieuses: il ne s'agit plus d'un certificat de complaisance, mais d'irrégularités financières relatives au service médical pendant la campagne de 1877.

Des intendants, des officiers supérieurs sont compris dans ces scandaleuses poursuites. Il y a des détails d'un comique achevé : on dépensait, dans l'armée russe, jusqu'à 1224 livres d'acide citrique par mois ; le prix total des livraisons a dépassé cent mille roubles. A l'hôpital de Tiraspol, la consommation du combustible était fabuleuse ; on chauffait en plein été les salles de malades et même les annexes de la maison, aussi le médecin en chef et l'inspecteur devront-ils justifier des comptes dont la régularité est loin d'être démontrée.

D'autres procès sont aussi curieux, mais moins graves. A Jaroslav, le docteur Gatchkovski, s'étant plaint devant plusieurs personnes que certains médicaments laissaient à désirer, fut attaqué en diffamation par l'irascible apothicaire qui les avait vendus. Le demandeur en fut pour ses frais parce que son adversaire prouva qu'il débitait volontiers, au-dessus des cours ordinaires, des drogues avariées. Le procès fait au docteur Sakovski, médecin de l'Ecole des cadets d'Elisabethgrav, était plus bizarre encore : un élève meurt de diphthérie malgré les soins éclairés qu'il lui donne; le père l'attaque en négligence sous prétexte que le premier jour de la maladie il avait laissé le jeune homme au dortoir au lieu de l'envoyer à l'hôpital; le tribunal ne s'est pas associé à cette façon de reconnaître le dévouement.

En revanche, un trait touchant, rapporté par le *Vratch*, vient faire diversion dans la sombre monotonie de ce tableau : Un médecin orthodoxe de Maiakski, le docteur Krassovski, a su s'acquitter avec tant d'abnégation et de dévouement des fonctions qu'il remplit depuis dix-sept ans, que beaucoup d'Israélites de la localité sont restés pendant trois nuits dans leur synagogue en prière pour son rétablissement lors d'une maladie grave qui l'avait frappé.

malgré la beauté de cet enfant il se nouera comme les autres. Elle le dit, parce que tous ses enfants, nourris au sein par elle, ont eu une première enfance superbe. Tous vers douze à quatorze mois ont commencé à se nouer, à l'époque de la dentition, dit-elle, à l'époque, dirai-je, où la constitution diathésique évoluait dans le sens du rachitisme. L'aîné est mort à quatre ans, il y a huit ans, et quand il est mort tous ses os étaient malades. Le second qui a dix ans a eu tous les os longs atteints et le thorax étranglé. Aujourd'hui il se redresse et les traces du rachitisme disparaissent. Le troisième, neuf ans, de même. Le quatrième, six ans, a ses tibias odieusement tordus. Le cinquième est au sein. Tous ces enfants ont des dents superbes et une peau d'une blancheur remarquable sans traces de cicatrices, sauf la petite fille de neuf ans, dont toutes les dents de la première dentition étaient ulcérées, puis nécrosées. Je conclus de cette observation que si la fille aînée a échappé au rachitisme, c'est qu'elle était d'un autre père, que la mère est saine, qu'elle n'a jamais été syphilitique. Si le premier mari et cette femme ont eu une enfant saine et non rachitique, il me paraît évident que c'est le second mari qui est la seule cause du rachitisme de tous les enfants du second lit. Il ne présente aucun signe actuel de vérole il est vrai, mais il a été rachitique jusqu'à l'âge de seize ans. « A Cherbourg, où je suis né, me disait-il, on ne me connaissait que sous le nom du *crochu*. » Aussi cet homme n'a-t-il eu aucune inquiétude quand il a vu tous ses enfants crochus comme lui. « Ils se redresseront plus tard, » disait-il, et en effet, l'aîné, le garçon de dix ans, voit ses tibias se redresser à mesure qu'il grandit.

Dans cette famille il est bon de noter qu'un seul des enfants a présenté des dents non seulement ulcérées, mais qui se sont nécrosées et sont tombées avant l'apparition de la deuxième dentition.

Mais ce n'est pas tout. Bien des enfants chez qui on n'observe aucun signe de syphilis, qui sont de simples rachitiques, présenteront plus tard quelques signes certains de contamination syphilitique. En voici un exemple : Un enfant Marf. ne présente que des nouures rachitiques sans signe de syphilis. Trois ans après notre première observation nous trouvons chez lui une gomme syphilitique ulcérée à la face interne de la cuisse, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la diathèse. Un traitement spécifique amena rapidement la guérison. La mère de cet enfant était indemne de syphilis. N'ai-je pas dès lors le droit de conclure ainsi :

1° Quand la mère est infectée, elle donne naissance à des enfants atteints rapidement de tous les signes de la syphilis héréditaire. Quand la mère n'est pas syphilisée, quand le fœtus seul, infecté par le père, a traversé le corps maternel sans le contaminer, on voit la syphilis se manifester plus tardivement et se traduire par le rachitisme.

2° Il y a des races de syphilitiques qui n'engendrent plus que des rachitiques, ou des races de rachitiques qui transmettent la disposition morbide du rachitisme sans autre manifestation de la syphilis. Je viens de citer le cas de mon crochu de Cherbourg; mais je crois qu'il faut aller dans le nord de l'Italie pour prendre sur le fait la vérité de cette hypothèse. J'ai été frappé à Turin, en visitant les écoles de rachitiques, de voir cette prodigieuse quantité d'enfants ayant le crâne natiforme sans aucune lésion syphilitique appréciable de la peau ou des muqueuses. Or on sait que la syphilis a été longtemps endémique dans tout le royaume Lombard-Vénitien. Quoi d'étonnant dès lors que le rachitisme, cette dernière évolution de la vérole, se propage de famille en famille. Je sais bien qu'on a incriminé la polenta comme cause du rachitisme dans cette contrée, mais j'ai établi, je crois, victorieusement que l'alimentation vicieuse par insuffisance ou par vice propre conduisait à l'athrepsie et non au rachitisme.

En terminant cette partie de mon travail, je pense bien faire en donnant avec détail deux observations puisées dans la clientèle riche et qui montreront comment on voit naître sous ses yeux les symptômes de syphilis et ceux du rachitisme.

Obs. I. — M. X..., vingt-quatre ans, a été atteint de gonorrhée. Il n'a jamais eu de chancre ni d'accidents syphilitiques. Il n'a suivi aucun traitement.

Il épouse, en 1873, une jeune fille de vingt et un ans, saine, n'ayant jamais été malade, qui devient enceinte immédiatement. Vers le milieu de sa grossesse elle me fait appeler et je constate une éruption confluente de roséole syphilitique; le corps en est couvert. Les parties génitales n'offrent aucune trace de chancre. Il n'y a pas d'adénite.

Je soumets la malade à un traitement spécifique, qu'elle continue jusqu'au terme de sa grossesse. L'enfant qui naît, un garçon, ne présente à sa naissance aucun signe de syphilis. Il est nourri au sein par sa mère.

Trois mois après, apparaissent des syphilides anales et scrotales et l'enfant tombe dans un état d'alanguissement inquiétant. Bientôt apparaissent des lésions buccales.

L'enfant est soumis au traitement par la liqueur de Van Swieten diluée.

Plus tard, après la guérison des plaques syphilitiques, l'enfant présente des signes certains de rachitisme, chapelet costal, étranglement thoracique, tous les os longs sont atteints. Aujourd'hui l'enfant a huit ans, toutes les dents de la première dentition sont tombées à l'exception des canines, après avoir présenté toutes des érosions caractéristiques. Le crâne offre des caractères indélébiles de rachitisme.

La deuxième enfant ne présente aucun signe de rachitisme ni de syphilis; elle a aujourd'hui cinq ans.

Le troisième enfant, chose étrange, mais qui s'est déjà présenté à mon observation, présente dès le jour de sa naissance, des lésions graves de syphilis congénitale. La mère n'avait cependant

— On s'est occupé récemment au zemstvo de Pskov de l'organisation de la médecine publique, des hôpitaux, de l'hygiène dans ce gouvernement. Une commission permanente composée en partie de médecins, en partie de fonctionnaires de l'ordre judiciaire a élaboré un projet sage, bien compris, probablement très pratique. Il s'en faut malheureusement que les discussions des Assemblées provinciales soient toujours aussi judicieuses : dernièrement deux membres de celle dont nous venons de parler, MM. Pomerantsev et Kougligov, firent un long discours sur les inconvénients qu'il y avait à confier à des femmes-médecins des fonctions publiques. Ils ne mettaient en doute ni leur capacité ni leur zèle; la chose eût été difficile, car il y a peu de temps une d'elles est morte à la tâche dans le cours d'une de ces épidémies de diphthérie si peu rares dans les campagnes russes. Ce que voulaient ménager les deux honorables membres du zemstvo, c'était la pudeur des moujiks envers lesquels Vénus s'est montrée peu clémente. Jamais au grand jamais les syphilitiques n'oseront faire une confession à des femmes et réclamer leurs soins. A cela, les médecins qui faisaient partie de l'Assemblée répondirent que dans les statistiques des districts dont les habitants étaient soignés par leurs confrères du sexe féminin, les affections syphilitiques étaient aussi nombreuses que dans les autres; par conséquent que la pudeur n'empêchait guère les gens de se soigner; que c'était un très faible facteur relativement à la diffusion de la maladie. Ces considérations ont convaincu l'Assemblée, qui a passé à l'ordre du jour.

A la Société de médecine de Kasan, la même affection a été envisagée à un point de vue différent : on s'est demandé si le médecin était tenu à la discrétion envers un client syphilitique. Plusieurs membres présents ont répondu par la négative, déclarant que sa maladie ne pouvait en aucune manière être considérée comme un secret de famille. Voyez-vous cela! D'autres ont dit que l'obligation du secret était en contradiction directe avec le règlement qui oblige d'en-

présenté aucun signe de vérole, et, comme le second enfant était sain, je n'avais pas cru devoir lui infliger l'ennui d'un traitement.

Les lésions syphilitiques de l'enfant ont été d'une gravité exceptionnelle. Toute la peau était couverte de squames, l'anus fissuré, un coryza fétide, une conjonctivite syphilitique avec infiltration des lames superficielles de la cornée. Tous les os sont malades, en sorte que quinze jours après sa naissance, l'enfant est dans cet état de paralysie syphilitique qui tient à l'altération grave de tout le système osseux. La langue est dépouillée de son épithélium et l'enfant meurt à la suite d'une hémorrhagie qui s'est faite par le bout de la langue et qui a soustrait toute force de résistance à l'organisme.

La garde, malgré mes expresses recommandations, s'est inoculé la syphilis en essuyant son œil gauche avec son doigt chargé du liquide conjonctival de l'enfant. Cette inoculation a failli la tuer et lui a fait perdre l'œil gauche.

L'an dernier la mère qui a avec le père suivi un traitement prolongé et énergique, a mis au monde un enfant superbe qui ne présente ni lésion syphilitique ni lésion rachitique.

Obs. II (1876). — M. de L... a contracté à Anvers, il y a huit ans, un chancre induré, pour lequel il s'est soigné très sérieusement. Il y a quatre ans, il s'est marié. Pendant quatre ans, sa femme, vigoureuse et saine, n'a pas eu de grossesse.

En 1876, elle devient grosse. Vers le milieu de la grossesse, le père vient un jour me montrer sa gorge, dont il souffre depuis quelques jours. En ouvrant sa bouche, je découvre une perforation du voile du palais. L'ulcération fait des progrès constants; elle prend le caractère phagédénique et gagne rapidement toute la partie gauche du pharynx. Il ne fallut rien moins qu'une cautérisation énergique à la pâte de Canquoin pour en arrêter les progrès, concurremment avec l'iodure de potassium pris à la dose de 1 gramme par heure. Il était bien évident que le père était en puissance de syphilis quand il avait procréé l'enfant; mais, en l'absence de toute manifestation syphilitique chez la mère, je ne crus pas devoir la soumettre à un traitement.

L'enfant, un garçon, arrive à terme, superbe. Pendant quatre mois, je n'observe aucun signe de syphilis; mais comme il présentait un phimosis très gênant, je lui pratiquai la section du prépuce avec l'aide de mon confrère le docteur Louis Monod (de Paris). Pour faire l'opération, je me sers d'un bistouri n'ayant jamais servi. Quel n'est pas notre étonnement de voir la plaie devenir chancreuse, avec induration de son fond. Nous eûmes toutes les peines du monde à guérir ce malheureux enfant. A partir de ce moment, et malgré la liqueur de Van Swieten bien supportée (l'enfant était nourri au sein), les lésions osseuses apparurent. J'ai perdu de vue cet enfant, qui a quitté la France; mais quand il l'a quittée il avait cinq ans, il présentait l'étranglement thoracique, le gonflement de toutes les épiphyses; il était rachitique.

Le père, soumis à un traitement sérieux et prolongé pendant trois ans, m'a écrit que tous ses autres enfants, trois, étaient parfaitement sains.

A la doctrine de M. Parrot, qui a pour elle une série magnifique de pièces pathologiques autrement plus importantes à mes yeux que toutes les observations cliniques que je puis fournir au débat, on fait des objections diverses qui ne me paraissent d'aucune valeur.

On dit : si le rachitisme était dû à la syphilis, on devrait le rencontrer continuellement dans la classe riche, où on le voit très rarement.

Mais on ne réfléchit pas qu'aujourd'hui il n'y a pas un jeune homme ayant le moindre degré d'instruction, qui ne connaisse mieux la vérole que la plupart des médecins d'il y a trente ans. Quel est donc le jeune homme riche qui, atteint d'un chancre, ne se fasse soigner pendant de longues années? Pour la moindre écorchure, alors même que le médecin n'est pas sûr du tout de son caractère spécifique, les jeunes gens ont recours à un traitement prolongé. Qu'on consulte, à ce sujet, les médecins de Paris qui ont la clientèle riche dans leurs mains.

Au contraire, dans le peuple, au Havre, en particulier, la masse des ouvriers, des marins ne va pas au médecin. Elle va au pharmacien, quand elle va quelque part, et dès lors un grand nombre de syphilitiques ne sont pas soignés. Cela est si vrai, qu'au congrès d'hygiène de Turin le vœu a été émis qu'au port de départ les équipages fussent examinés et eussent une patente spéciale pour la syphilis, afin que les équipages contaminés, comme ils le sont presque tous, n'allassent pas de port en port infecter de syphilis les populations maritimes.

Quoi donc d'étonnant, si ces observations sont vraies, et elles le sont, qu'on ne voie que peu de cas de rachitisme dans la classe riche, et un très grand nombre dans la classe pauvre des villes et des ports?

On dit encore que si le rachitisme était dû à la syphilis, il serait modifié par le traitement antisyphilitique. Or il n'est pas modifié, donc il n'est pas syphilitique. Pour que ce syllogisme eût de la portée, il faudrait introduire un autre facteur, celui de l'époque où le traitement est institué. Certes, quand M. Cazin donne du sirop de Gibert à un rachitique déjà ancien, confirmé, guéri, c'est-à-dire au moment où les os sont guéris par éburnation, le sirop de Gibert n'a et ne peut avoir aucune action. Mais si le traitement ioduré ou mercuriel était donné à l'époque favorable, alors on verrait, comme je l'ai vu un grand nombre de fois, le rachitique profondément modifié, et même, dans une certaine mesure, redressé.

Puisque le nom de mon excellent confrère Cazin vient sous ma plume, je lui dirai que je ne puis comprendre comment il peut confondre la scrofule et le rachitisme. Qu'un certain nombre de cas d'ostéites puissent être attribués à la scrofule ou à la syphilis, qu'ils puissent être discutés, cela se voit quelquefois; mais, en thèse générale, il est bien évident que le scrofuleux suppure et que le rachitique ne suppure pas. Mal de Pott et rachitisme ne vont jamais ensemble; j'ajoute

---

voyer les paysans infectés à l'hôpital. La Société n'a pas osé prendre une résolution et en a référé à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit.

— La commission du recrutement a publié les renseignements suivants sur les résultats obtenus en 1882 :

798 173 jeunes gens ont tiré au sort. Sur ce nombre, 54 517 ont été exemptés pour une cause physique (infirmités, défauts de taille), 89 209 ajournés, 28 443 n'ont pas répondu à l'appel et les Israélites forment 36 pour 100 du nombre total des réfractaires. Les Juifs russes sont peu belliqueux et pour cause.

— L'autorité sanitaire de Poltava a fait fermer la chapelle de l'hôpital. Le service religieux était surtout suivi par des gens qui venaient du dehors et se trouvaient de la sorte en contact avec les malades et les convalescents; dans le cas d'affections contagieuses épidémiques, cette circonstance était on ne peut plus déplorable.

— A Odessa, un guérisseur sans diplôme comme on en trouve partout, vient d'avoir une assez fâcheuse aventure. Cet empirique avait choisi comme champ d'expérience les affections des voies urinaires; un vieillard vient le trouver pour une parésie de la vessie. Voici l'histoire du cas : injection d'un liquide caustique; hématuries profuses; accidents inflammatoires suraigus; mort en trois jours.

Je ne connais pas la Russie médicale pour l'avoir étudiée sur place et je le regrette; si les renseignements que nous apportent les *melkia isviestia* ou les *Tagesereignisse* de ses journaux sont exacts, elle ne ressemble guère à la Russie officielle dont les splendeurs du manteau impérial dissimulent les misères; ce serait plutôt la Russie dolente et découragée de Nekrasov qui atteint avec des difficultés inouïes la fin d'une maladive adolescence.

D[r] L. Thomas.

que le rachitisme rachidien est si rare, que je n'en ai observé que deux cas.

D'ailleurs, M. Cazin est-il placé sur un bon terrain pour que son observation soit entière? Il a fait le dénombrement des rachitiques de l'hôpital de Berck; mais les a-t-il suivis depuis leur naissance jusqu'à l'évolution rachitique? Evidemment non. Or un dénombrement est insuffisant pour trancher une question qui a besoin d'une observation quotidienne pour être jugée.

Je dirai enfin à M. Cazin que chaque année le sirop de Gibert (de Saint-Louis) entre dans les médicaments usuels du dispensaire pour une somme considérable, tout simplement parce qu'il a une action profonde sur tous les syphilitiques, rachitiques ou non, *qui ont passé la première année*. Mais il faut le donner, comme je l'ai dit, quand il peut être efficace et non quand la maladie est guérie.

Je termine ce travail, que je n'ai pas le temps de développer comme il le faudrait, en disant que, dans ma conviction, l'avenir donnera pleinement raison, cliniquement parlant, au professeur Parrot. Il aura rendu un immense service, non seulement à la science, mais à la pratique courante de la médecine. Quant à moi, je suis heureux de lui rendre hommage dans la petite mesure où je puis le faire.

P. S. — Ce travail était à l'impression quand j'ai eu la bonne fortune d'observer un cas d'ostéomalacie tout à fait caractéristique. Le 11 mai, le docteur Lorentz (du Havre) me conduit rue Dauphine pour examiner avec lui deux petites jumelles dont l'histoire est pleine d'intérêt. Ces petites sont nées le 7 juin 1882. Le père Mot... et la mère ont eu trois enfants superbes de santé; mais, entre le dernier de ces trois et la naissance des jumelles, la mère, une Anglaise, a pris des habitudes d'ivrognerie abominables. Tout l'argent donné par le père était dépensé en eau-de-vie, et les petites n'étaient plus nourries par la marâtre qu'avec des mélanges alimentaires les plus hétéroclites. C'est la farine de pois qui faisait le fond de l'alimentation.

Dernièrement, après une scène violente dans laquelle le mari a failli tuer sa femme, les petites jumelles sont placées chez une nourrice, où nous les observons, le docteur Lorentz et moi.

Toutes les deux sont dans un état d'émaciation effroyable, mais sans aucune altération de la peau ni des muqueuses, et *sans aucune déformation osseuse apparente*. L'une, Hélène, a les os normaux et durs. L'autre, Ada, présente le phénomène connu de l'ostéomalacie par vice d'alimentation. L'absence de sels calcaires donne aux os longs une flexibilité, telle qu'on peut les courber dans tous les sens. Les os plient sous l'effort comme une baguette de coudrier, et gardent la courbure qu'on leur donne, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. L'humérus seul, à droite comme à gauche, résiste plus que les autres os longs. Le crâne ne présente aucune déformation, et les os y sont durs. Le thorax, me fait remarquer le docteur Lorentz, est aplati comme un accordéon; c'est qu'il s'est moulé sur le matelas de la couche, et il est visible qu'il en a conservé l'empreinte.

Ainsi voilà un cas très net d'alimentation vicieuse qui conduit à l'ostéomalacie sans trace de rachitisme. Ce sont de pareils cas qui ont induit en erreur tous ceux qui veulent quo le rachitisme soit une maladie de l'alimentation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Prix Montyon (*médecine et chirurgie*). — MM. Gosselin, Vulpian, P. Bert, Marey, Richet, Larrey, Bouley, H. Milne-Edwards et Ch. Robin réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix sont MM. de Quatrefages et Chatin.

Prix Godard. — MM. Gossolin, Vulpian, P. Bert, Richet et Larrey réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix sont MM. Marey et Ch. Robin.

Sur l'atténuation de la bactéridie charbonneuse et de ses germes sous l'influence des substances antiseptiques. — Note de MM. *Chamberland* et *Roux*.

Dans une Note présentée à l'Académie dans la séance du 9 avril, nous avons établi que la bactéridie du charbon est modifiée dans sa virulence lorsqu'elle pullule dans un milieu additionné de certaines substances antiseptiques, notamment d'acide phénique et de bichromate de potasse. Nous avons montré que la bactéridie-filament qui a subi l'action de ces agents se reproduit dans les milieux appropriés en conservant sa virulence atténuée, et qu'elle y donne des germes qui perpétuent ses qualités nouvelles. Dans une autre série d'expériences, nous avons soumis la bactéridie-filament à l'action de l'agent chimique au sein d'un liquide où sa pullulation n'est pas possible : nous avons fait agir sur la bactéridie toute formée une solution d'antiseptique dans l'eau pure qui ne lui apporte aucun élément nutritif.

Les filaments bactéridiens d'une goutte de sang charbonneux virulent mise dans l'eau phéniquée au 1/600 ne tardent pas à périr; nous avons vu (voy. *Comptes rendus*, séance du 9 avril 1883) cependant que la bactéridie vit et végète pendant des mois dans un bouillon nutritif qui renferme cette même proportion de 1/600 d'acide phénique. Dans une solution phéniquée au 1/900 les filaments bactéridiens restent vivants pendant un temps très long, ainsi que le prouvent les cultures que l'on peut en faire même au bout de plusieurs mois. Pendant tout le temps de l'expérience ils ne donnent pas de germes et leur virulence va en s'affaiblissant. Ainsi la culture de bactéridies filamenteuses restées un mois en contact avec une solution phéniquée au 1/900 tue les lapins et les cobayes. Une culture faite après trois mois ne tue plus les lapins...

La condition essentielle pour atténuer la virulence de la bactéridie charbonneuse, soit par la méthode des cultures à 42-43 degrés, soit par celle qui emploie les antiseptiques, est l'absence de spores dans les filaments soumis à l'action prolongée de l'air, de la chaleur ou des agents chimiques divers. La spore est la forme de résistance de la bactéridie.

(Cette communication est renvoyée, ainsi que la note du 9 avril, à l'examen de la commission du concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Sur la prophylaxie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde. Mémoire de M. *A. Delbovier*. — De tous les agents antifermentescibles préconisés jusqu'à ce jour contre la fièvre typhoïde et les autres *maladies zymotiques*, aucun, suivant l'auteur, n'a plus d'efficacité que l'iode associé aux alcaloïdes sédatifs de l'opium. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Legs. — M. *Westermann*, notaire à Cannes, informe l'Académie que M. *Félix-Antoine Martin-Damourette*, docteur en médecine, professeur de thérapeutique, décédé le 26 avril 1883, a légué à l'Académie des sciences une somme de *quarante mille francs* pour fonder un prix annuel ou bisannuel de physiologie thérapeutique. (Renvoi à la commission administrative.)

Sur l'ophthalmie purulente provoquée par l'infusion des graines de la liane a réglisse, par M. *L. de Wecker*.

Dans une Note communiquée le 9 avril 1882, j'ai signalé à l'Académie la propriété de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jéquirity (*Abrus precatorius*) de provoquer, lorsqu'on l'applique en lotions sur la conjonctive, une ophthalmie purulente de nature croupale. Sur mes instances, le professeur Sattler a recherché l'élément actif du jéquirity, et il a trouvé que l'infusion de ses graines contient un bacille qui, mis en contact avec la conjonctive, pullule en abondance sur elle et dans les membranes croupales que les lotions provoquent. Notre confrère s'est livré à la culture de ce bacille et a prouvé qu'avec les seuls produits de ses cultures il arrivait également à provoquer l'ophthalmie jéquiritique, tandis que l'infusion stérilisée (privée de bacille) n'exerçait plus aucune action sur la muqueuse.

Statistiques de l'armée. — M. *Larrey* présente à l'Aca-

démie, de la part de M. *Longmore*, chirurgien général de l'armée anglaise, des recherches sur les *Contrastes sanitaires des armées anglaise et française pendant la guerre de Crimée.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un mémoire manuscrit de M. le docteur *Weill*, intitulé : *Considérations sur les revaccinations* (*Commission de vaccine*); 2° au nom de M. le docteur Warlomont (de Bruxelles), un *Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale;* 3° de la part de M. le docteur *Conil*, une *Thèse sur l'évonymie;* 4° au nom de M. le docteur *Holt* (de New-York), une brochure intitulée : *The symptoms and diagnosis of malaria in children.*

M. *Laboulbène* présente, de la part de M. le docteur *Baldy*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *De l'eau oxygénée, sa préparation à l'état de pureté, ses applications à la chirurgie et à la médecine.*

M. *Besnier* offre : 1° au nom de M. le docteur *Lecodre*, un travail intitulé : *le Havre considéré sous le rapport de la démographie et de la constitution médicales en 1880 et 1881 ;* 2° de la part de M. le docteur *Puy-le-Blanc* (de Royat), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *De l'eczéma et de son traitement.*

M. *Hervieux* fait hommage, au nom de M. le docteur *Mauriac*, de ses *Leçons sur les maladies vénériennes.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Labillonne*, une brochure intitulée : *De l'application du sphygmographe à l'étude de la bronchite.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° au nom de M. le docteur *Semmola* (de Naples), un mémoire manuscrit sur l'*emploi de la glycérine dans le traitement des fièvres aiguës;* 2° de la part de M. le docteur *Burq*, un mémoire manuscrit relatif à l'*immunité des ouvriers en cuivre pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde.*

M. *Fauvel* fait hommage du premier volume du *Compte rendu du Congrès international d'hygiène de Genève en 1882*, par M. le docteur *Dunant*, secrétaire général.

Élection. — M. le docteur *Lunier*, présenté en première ligne, est élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale par 56 voix sur 74 votants; M. Vallin, porté en seconde ligne, obtient 16 voix et M. Motet, présenté en quatrième ligne, 2.

Déclarations de vacances. — L'Académie déclare trois vacances de membres titulaires : la première, dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. le baron Cloquet; la seconde, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Davaine, décédé; et la troisième, dans la classe des associés libres, par suite du décès de M. Amédée Latour.

Zymase du lait de femme. — A l'avant-dernière séance, M. *Béchamp* a annoncé la présence dans le lait de femme d'une zymase différente de celle du lait de vache, non seulement par son pouvoir rotatoire beaucoup plus grand, mais par sa propriété de saccharifier la fécule. Il vient de s'assurer que le lait de femme, à différentes traites successives, contenait toujours cette même substance douée de la même activité; d'où il faut conclure que cette zymase est bien le produit de la fonction propre de la glande et non pas le résultat de quelque altération subie par le lait à la suite de sa stagnation dans cette glande.

Fièvre typhoïde a Paris. — M. *Rochard* donne lecture du rapport de la commission chargée de résumer, au point de vue de la prophylaxie, la discussion à laquelle l'Académie s'est livrée depuis six mois sur la fièvre typhoïde à Paris. La commission estime que l'accroissement progressif de la mortalité dans cette ville, d'un cinquième depuis dix ans, accroissement dû surtout aux maladies infectieuses et en particulier à la fièvre typhoïde, a été déterminé par un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qu'il est possible de faire disparaître ou tout au moins d'atténuer dans de très fortes proportions. Il faut citer plus spécialement : l'encombrement de quelques arrondissements excentriques par une population d'ouvriers nouveaux venus dans la capitale, leur entassement dans de nombreux garnis, malpropres et manquant surtout d'eau dans les cabinets d'aisance; le mauvais état et le nettoyage insuffisant d'une partie des égouts; la présence tout autour et trop près de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie; la mauvaise qualité de la plupart des eaux servant à l'alimentation de la ville en eau potable. Aussi la commission propose-t-elle à l'Académie d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence des mesures suivantes :

1° Accroître et mieux définir les attributions de la commission des logements insalubres, simplifier son action et faire exécuter ses décisions; 2° veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis, afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient; 3° éloigner de la ville les dépotoirs et les dépôts de voirie; les transporter à une distance suffisante, pour que leurs émanations ne puissent plus nuire; 4° réparer les égouts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage; 5° prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de source soient réservées aux usages alimentaires, et distribuées dans toutes les maisons, en consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq, à la propreté de la voie publique. De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu, depuis longtemps formulé, que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente, qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique.

M. *Fauvel* demande à faire connaître les motifs qui ne lui permettent pas de voter ces conclusions, du moins sous cette forme. — L'Académie décide le renvoi de la discussion et du vote à la prochaine séance, après impression du rapport.

Charbon et septicémie. — M. *Pasteur* lit la note qu'il a présentée la veille à l'Institut sur le débat qui s'est ouvert entre lui et un certain nombre de professeurs de l'École vétérinaire de Turin. (Voy. au *Compte rendu* de la séance du 21 mai de l'Académie des sciences.)

Étoupe a pansement. — M. *Léon Labbé* a été chargé d'expérimenter l'étoupe à pansement, purifiée et rendue antiseptique par l'acide phénique, que M. le docteur *Weber* a présentée, il y a quelques mois, à l'Académie. « Les pièces de pansement ainsi préparées nous ont paru jouir, dit-il, de propriétés antiseptiques réelles; elles absorbent le pus facilement et le rendent peu odorant. On obtient par cette méthode des réunions presque complètes par première intention. Toutefois, cette étoupe nous a paru plus irritante pour les plaies que la charpie, leurs bords deviennent souvent érythémateux; la suppuration est également plus fréquente qu'avec le pansement de Lister. » Malgré ces réserves, la commission estime que l'emploi de cette étoupe peut rendre de grands services dans la chirurgie militaire; les pansements peuvent être faits à sec et les conditions antiseptiques sont très suffisamment réalisées.

Fièvres paludéennes. — M. *Léon Colin* lit un rapport sur un mémoire de M. *Luc Bellos* (d'Athènes), dans lequel celui-ci s'efforce de démontrer l'identité des formes morbides actuellement observées en Grèce avec celles qui sont décrites dans les œuvres d'Hippocrate. Suivant lui, le pronostic des fièvres, même celui des fièvres pernicieuses, n'a pas changé, et le quinquina pas plus que ses dérivés n'en auraient modifié la gravité. Le rapporteur affirme de nouveau son absolue conviction sur l'importance et la prépondérance de cette médication.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs. — Comment on doit traiter le pédicule dans l'hystérectomie.— Appareil pour le traitement des fractures de la clavicule.

M. *Verneuil* continue la discussion sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs ou propathies.

M. Verneuil n'a pas dit que le traumatisme aggrave *toujours* les propathies; mais seulement qu'il peut exercer et souvent en effet exerce une action puissante sur ces maladies : cette action peut être salutaire ou nuisible. Le malade de M. Redard va succomber à une aggravation de la propathie rénale. Une observation analogue a été publiée par M. Richardière (Congrès d'Alger, 1881).

Il n'est aucune dyscrasie, aucune affection organique qui ne puisse être aggravée par le traumatisme. L'aggravation de la phthisie pulmonaire par les opérations chirurgicales n'est plus à démontrer. D'après Ch. Leroux, les amputations des membres chez les poitrinaires accélèrent la marche des lésions thoraciques dans la moitié des cas. On connaît les relations qui existent entre les contusions du scrotum et la tuberculisation testiculaire. On accepte de plus en plus le pouvoir pathogénique du traumatisme dans les synovites articulaires ou tendineuses des scrofuleux, dans les abcès para-osseux, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, et jusque dans le mal de Pott. On observe un retentissement du traumatisme bien plus redoutable encore dans ces méningites tuberculeuses qui éclatent peu de temps après une opération parfois peu importante. Des opérations non sanglantes et jusqu'à des lésions traumatiques sous-cutanées peuvent agir de la même manière.

Les chances d'aggravation par le traumatisme sont peut-être plus grandes encore pour le cancer que pour le tubercule. La blessure directe d'un néoplasme en provoque d'ordinaire l'accroissement soudain; il en est de même de l'ablation incomplète de la tumeur maligne. Les cancers viscéraux ignorés au moment de l'opération prennent de même un développement excessif sous l'incitation traumatique.

M. Verneuil cite également des exemples d'affections chroniques limitées à des organes majeurs (cerveau, poumon, foie, cœur, reins) et qui, comme les manifestations des maladies générales ou diathésiques, subissent d'une manière non douteuse l'influence du traumatisme. Ce sont des affections cérébrales latentes brusquement aggravées par une opération; de même, l'aggravation des cardiopathies latentes ou reconnues ne saurait être contestée. (M. Verneuil continuera son discours dans la prochaine séance.)

— M. *Terrillon*. Dans l'hystérectomie, comment doit-on traiter le pédicule? L'an dernier, à la Salpêtrière, M. Terrillon a traité le pédicule comme le conseille Schroder, c'est-à-dire qu'il a enlevé une sorte de V de substance utérine, laissant deux lambeaux qu'on peut réunir par leurs bords et leur surface au moyen de deux plans de suture; le péritoine compris dans les ligatures recouvre la ligne de section. Mais toute la surface de section reste en contact avec la cavité utérine et le vagin; il y a inconvénient à ne pas empêcher les mucosités de monter vers la plaie; c'est pour éviter cet inconvénient que Terrillon a fait une suture profonde.

Il faut aussi que les sutures utérines ne soient pas en contact avec une plaie voisine, du ligament large, par exemple; aussi Spencer Wells dit de suturer aussi les plaies du ligament large. Autrefois on cherchait à pédiculiser la matrice. Entre ces deux méthodes, il y avait une méthode intermédiaire, pédiculisation, cautérisation et non fixation du pédicule au dehors; mais ce procédé a déterminé des hémorrhagies.

M. *Lucas Championnière*. La méthode de pédiculisation au dehors n'est pas aussi abandonnée que le dit M. Terrillon. Dans un cas, M. Championnière a enlevé une tumeur de 7 kilogrammes; la malade guérit; le pédicule était fixé au dehors. Chez une autre femme, il a enlevé une tumeur de 2 kilogrammes; le pédicule fut rentré dans le ventre et l'opérée mourut. Il y a des cas dans lesquels la suture des lambeaux est indispensable pour éviter l'hémorrhagie.

M. *Polaillon* demande si la suture des lambeaux met bien à l'abri des hémorrhagies, et si les grosses artères utérines sont oblitérées par les petites sutures. Le procédé de Schroder ne doit être appliqué qu'à la partie inférieure de l'utérus, en ayant soin de lier les grosses artères.

M. *Horteloup* a vu un cas dans lequel les tiraillements produits pour amener le pédicule au dehors ont amené une hémorrhagie due à la déchirure des veines tiraillées.

M. *Marc Sée*. La tendance générale est aujourd'hui à la réduction du pédicule dans l'hystérectomie. Il y a des observations dans lesquelles, malgré les sutures de Schroder, il se produisit un suintement sanguin et des accidents.

M. *Terrillon*. Les chirurgiens cherchent à réduire le pédicule quand cela est possible. Le danger de la réduction, c'est l'hémorrhagie; aussi faut-il multiplier les ligatures. On a aussi fait la ligature élastique perdue dans le ventre.

M. *Pozzi*. La ligature élastique a été tentée par plusieurs chirurgiens qui l'ont ensuite abandonnée.

— M. *Larger* (de Maisons-sur-Seine) présente un bandage de son invention pour le traitement des fractures de la clavicule.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Etudes techniques pour la recherche des bacilles de la tuberculose : M. Vignal. — Nouvelle forme de tuberculose (tuberculose zoogloéique) : MM. Malassez et Vignal. — Nouveau plagiat de M. Kanellis : M. Rabuteau.— Manomètre double enregistreur et dispositif d'expériences : M. François-Franck. — Lésions cérébrales dans un cas d'aphasie avec surdité des mots : M. Magnan.

M. *Vignal* dépose une note sur la technique des procédés employés pour la recherche des bacilles de la tuberculose.

— MM. *Malassez* et *Vignal* ont utilisé le produit d'un petit nodule tuberculeux recueilli sur la peau de l'avant-bras d'un enfant mort de méningite tuberculeuse pour faire des inoculations et des cultures.

Les inoculations avec la matière tuberculeuse elle-même ont été pratiquées sur des cochons d'Inde et avec les éléments d'une croûte blanchâtre qui a été obtenue dans les liquides de culture.

Les lésions observées ont été à peu près les mêmes chez tous les animaux des deux séries : au voisinage des points inoculés se sont développés des nodules qui se caséifiaient, se ramollissaient et s'abcédaient. En outre de ces nodules d'inoculation, on a trouvé des produits de généralisation, surtout dans les ganglions inguinaux et abdominaux, dans le foie, la rate et les poumons.

Le tissu de ces nodules ressemble à celui des granulations tuberculeuses dites lymphoïdes : la structure, l'origine, la marche et l'aspect macroscopique de ces lésions, tout prouve qu'on a eu vraiment affaire à de la tuberculose.

Cependant, dans aucune de ces lésions de siège et d'âge, si différents, quel que fût le procédé de coloration employé,

et malgré le grand nombre de coupes examinées, MM. Malassez et Vignal n'ont jamais pu découvrir de *Bacillus!*

Il existait, en revanche, une tout autre forme de microorganismes : c'étaient des masses *zoogloéiques* de forme et de volume variables, constituées par de nombreux micrococcus ou sphérobactéries parfaitement immobiles, très rapprochés les uns des autres, et tous à peu près de même volume. Ces masses se présentent, sur de bonnes coupes de granulations tuberculeuses complètement développées, mais non encore caséifiées, sous la forme de masses granuleuses amoncelées ou bosselées, occupant le centre de la granulation ; lorsqu'elles sont d'un certain volume, elles sont si évidentes qu'elles ont dû être vues déjà bien souvent ; mais elles ont dû être prises, soit pour des parties caséifiées, soit pour des vaisseaux oblitérés, soit pour des cellules géantes.

Les auteurs se demandent s'il y a quelque parenté entre ces microorganismes et ceux précédemment décrits comme parasites de la tuberculose. Ils montrent d'abord qu'on ne peut considérer les masses zoogloéiques comme l'une des formes du développement des bacilles de Koch et de Baumgarten, puisqu'on ne trouve nulle part trace de ces derniers éléments.

Les micrococques des masses zoogloéiques ne ressemblent évidemment pas aux monades tuberculeuses de Klebs qui se présentent sous la forme de très fines granulations sphériques isolées ou réunies deux à deux, et sous la forme de petits bâtonnets très grêles. Même réserve au sujet des micrococques mobiles de Eklund et des microorganismes décrits par Aüpecht.

Toussaint est le seul observateur qui semble avoir vu quelque chose d'analogue aux masses zoogloéiques, dans des bouillons de culture envenimés avec des ganglions caséeux de truies rendues tuberculeuses par l'injection des poumons d'une vache malade : il est possible que la matière gluante des dépôts examinés par Toussaint soit de même nature que les masses zoogloéiques. On ne saurait pourtant se prononcer à cet égard, Toussaint n'ayant pas donné l'examen microscopique des granulations qu'il a observées.

MM. Malassez et Vignal terminent leur importante communication par la conclusion suivante : « A côté de la tuberculose à bacilles découverte par Koch et qui paraît bien réelle, il en existe *au moins* une autre qui ne contient jamais de bacilles, mais qui est caractérisée par la présence de micrococques réunies en masses zoogloéiques plus ou moins volumineuses ; aussi proposons-nous de la désigner sous le nom de *Tuberculose zoogloéique*.

— M. *Rabuteau* montre à son tour, comme l'avait fait M. Dastre, dans la précédente séance, que M. Kanellis, jeune Grec actuellement à Paris, communique en son nom aux sociétés savantes des Notes déjà présentées par d'autres auteurs. Cette fois encore c'est à la Société de biologie que l'emprunt a été fait. Une Note présentée à l'Académie des sciences par M. Kanellis dans la séance du 30 avril dernier reproduit mot pour mot une Note communiquée en 1870 à la Société de biologie par le regretté Ch. Legros : il ne s'agit plus des racines des nerfs, mais des terminaisons des conduits biliaires dans les lobules hépatiques. M. Vulpian a déjà, croyons-nous, fait ressortir le fait à l'Académie des sciences, et, si nous l'enregistrons ici, c'est pour justifier le vœu émis par le vice-président M. Grimaux et accepté sans hésitation par la Société que M. Kanellis soit à l'avenir absolument exclu de toute participation aux travaux de la Société de biologie.

— M. *François-Franck* présente à la Société un dispositif d'expériences manométriques et autres permettant l'examen simultané et l'inscription des variations de la pression artérielle, veineuse, respiratoire, du mouvement du cœur, sur un même animal, en même temps que l'enregistrement du temps et des signaux des excitations. L'appareil enregistreur est un ancien appareil de M. Marey, adapté pour ces études manométriques à un grand support basculant, qui permet d'enfermer rapidement une grande bande et de transformer facilement l'appareil vertical en un appareil horizontal.

M. François-Franck insiste surtout sur la description d'un double manomètre à mercure, construit par M. Galante, et muni d'une échelle mobile, d'un guide pour le flotteur, etc. Tous les détails de l'instrument et son mode d'emploi seront décrits dans le prochain numéro du *Compte rendu* hebdomadaire de la Société de biologie, avec les figures des appareils.

— M. *Magnan* avait présenté il y a quinze jours le cerveau d'un malade mort aphasique avec *cécité* des mots ; il montre aujourd'hui la reproduction du cerveau d'un autre aphasique avec surdité des mots.

Dans la première observation, la lésion occupait la troisième circonvolution frontale et le pli courbe ; dans celle-ci la troisième frontale présente aussi un foyer avec sclérose diffuse s'étendant jusqu'au voisinage de l'insula, mais il y a en outre un ramollissement, assez étendu du reste, du lobe sphénoïdal.

M. *Brown-Séquard* demande comment se concilient avec l'hypothèse de localisations sensorielles les faits publiés en grand nombre de lésions du lobe sphénoïdal sans altération des fonctions des organes des sens. M. Magnan répond qu'on n'a fixé l'attention que depuis un petit nombre d'années sur les troubles fonctionnels auditifs ou visuels qui accompagnent l'aphasie et que dès lors la cécité ou la surdité des mots n'a pu échapper dans l'examen des aphasiques.

SÉANCE DU 19 MAI 1883.— PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Persistance des battements du cœur après le broiement du bulbe chez le fœtus : M. Budin. — Bacilles de la tuberculose dans les crachats : M. Cochez. — Examen optométrique des yeux chez les écoliers : M. Nordenson. — Décentration de l'œil : M. Javal. — Lésions bulbaires chez les ataxiques à crises laryngées : MM. Landouzy et Déjerine. — Rapports entre l'activité musculaire et la rigidité cadavérique : M. Brown-Séquard. — Réfrigération et anesthésie cutanée : M. Vidal. — Action des vapeurs d'éther sur les substances organisées : M. Dubois.

M. *Budin*, s'étant vu dans la nécessité de pratiquer la crâniotomie chez un fœtus qu'on avait en vain tenté d'extraire avec le forceps, a constaté la persistance des battements du cœur malgré la dilacération du bulbe avec le perforateur. Les battements ne se sont arrêtés que sous l'influence de la compression du crâne avec les branches du céphalotribe. L'examen de la pièce fait avec MM. Duval et Laborde a montré sur les côtés du trou occipital des traces de la pointe de l'instrument qui avait été dirigé, comme dans un entonnoir, jusqu'à l'origine du canal rachidien ; en second lieu, le bulbe avait été complètement détruit, il n'en restait qu'un tronçon médullaire, dont l'extrémité supérieure correspondant au collet du bulbe était affaissée et comme vidée de substance grise. Ce fait vient confirmer chez le fœtus appartenant à l'espèce humaine ce qui a été déjà observé par les expérimentateurs chez les animaux ; il a de plus au point de vue clinique une certaine importance. Les battements du cœur sont considérés pendant l'accouchement comme constituant une sorte de thermomètre qui indique l'état de santé de l'enfant contenu dans la cavité utérine. M. Budin cite un autre fait dans lequel les battements du cœur avaient persisté et où l'on avait même pratiqué l'insufflation pendant une heure et demie ; à l'autopsie on trouva une luxation de la portion écailleuse de l'occipital qui avait glissé d'arrière en avant sur la portion basilaire ; la substance cérébrale était, à ce niveau, en détritus. La persistance des battements du cœur chez l'enfant contenu dans la cavité utérine a beaucoup d'importance pour le médecin qui assiste à un accouchement, mais il faut bien savoir qu'elle n'a pas de valeur absolue au point de vue du bon état de santé ou de la viabilité future du fœtus.

— M. *Cochez*, ayant recherché les bacilles de la tuberculose dans les crachats d'un grand nombre de malades (service du docteur Straus, hôpital Tenon), est arrivé aux conclusions suivantes : 1° un examen suffisant montre dans les crachats la présence constante de bacilles; 2° le plus ou moins grand nombre de ces éléments peut fournir des données sur la marche de l'affection; 3° l'absence de bacilles constatée à plusieurs reprises dans les produits d'expectoration permet d'écarter le diagnostic de tuberculose; 4° les crachats des phthisiques constituent un milieu de culture favorable aux bacilles de la tuberculose; il est donc nécessaire de prendre des précautions antiseptiques minutieuses pour éviter la propagation.

— M. *Nordenson* a examiné avec l'ophthalmomètre de MM. Javal et Schiotz les yeux de 220 élèves de l'école alsacienne; il a constaté plusieurs faits importants : 1° les yeux sans astigmatisme mesurable sont exceptionnels (10 sur 220); 2° l'acuité visuelle normale est compatible avec un astigmatisme cornéen, d'au moins 1 dioptrie et demie; 3° les observations conduisent à admettre comme règle générale le rôle du cristallin dans la correction de l'astigmatisme chez les jeunes gens; 4° elles confirment ce fait, annoncé depuis longtemps par M. Javal, que l'astigmatisme prédispose à la myopie.

— M. *Javal* étudie les conséquences des « décentrations de l'œil ». Pour constater le fait il se sert d'un disque coloré formé d'anneaux concentriques avec des lignes diamétrales noires, qu'il fait réfléchir par la cornée du malade : dans les cas de décentration de l'œil, l'image présente, comme déformation habituelle, au lieu d'anneaux colorés parfaitement circulaires, des ellipses concentriques; quelquefois la déformation est ovoïde et les courbes présentent l'aspect parabolique. Il est remarquable que les changements de forme de la cornée qu'accompagnent les décentrations de l'œil ne produisent qu'un astigmatisme incomplet, corrigé par des modifications rétro-oculaires parmi lesquelles une déformation spéciale de l'iris est surtout à noter : le centre pupillaire ne correspond plus au centre de figure de la cornée; l'iris s'élargit d'un côté pendant qu'il se rétracte de l'autre et il résulte de cette déformation de la membrane un déplacement du centre de la pupille qui détermine le passage maximum du rayon lumineux suivant une ligne aboutissant en dehors du maximum de convexité de la cornée.

— MM. *Landouzy* et *Déjerine* ont étudié les lésions bulbaires chez des ataxiques qui avaient présenté des crises laryngées. Déjà sans quelques observations antérieures, les lésions avaient été partiellement indiquées; les recherches des auteurs leur permettent de préciser davantage. Ils ont vu la sclérose postérieure remonter jusqu'au bec du calamus; les racines bulbaires du spinal et du pneumogastrique présentaient de grosses lésions identiques à celles des racines postérieures de la moelle. Dans le bulbe la colonne mixte et les noyaux des nerfs pneumogastrique et spinal étaient profondément altérés des deux côtés; cette altération semble de nature surtout dystrophique et non irritative, la prolifération de la névroglie faisant défaut. Avec de semblables lésions on s'explique bien la production d'accidents laryngés, mais l'intermittence de ces crises reste encore à interpréter.

— M. *Brown-Séquard*, montre, avant d'entrer dans les détails des expériences et des conséquences qui en découlent, deux pigeons décapités présentant des degrés très différents de rigidité cadavérique. Celui chez lequel la rigidité est apparue le plus vite et s'est montrée plus accusée n'a pu exécuter les mouvements rythmiques des ailes qui suivent la décapitation : les ailes étaient fortement maintenues ramenées en arrière, il y a eu de violents efforts infructueux pour vaincre la résistance qu'on leur opposait : l'auteur signale seulement le rapport entre cette grande dépense de force et l'apparition plus rapide d'une rigidité cadavérique intense.

— MM. *Huchard* et *Eloy* ont étudié l'action de l'aspidopermine qu'ils ont trouvée très peu toxique à dose modérée, accélérant seulement les mouvements respiratoires. A dose mortelle, cet alcaloïde détermine la mort non par asphyxie, mais par « arrêt des échanges » avec sang rouge dans les veines et abaissement de température.

— M. *Vidal* a observé avec les pulvérisations d'éther sous la peau plusieurs faits intéressants : la réfrigération avec anesthésie locale est favorisée par l'application sur la peau d'un tampon d'ouate sur les bords duquel on dirige les vapeurs d'éther; l'évaporation est activée par la division de l'éther sur les filaments de la ouate. Si, après la réfrigération, la peau a repris sa couleur et qu'on la pique avec le bistouri, la congestion locale qui se produit semble empêcher une nouvelle congélation de se produire; on ne voit plus se former cette sorte de givre qui annonce la réfrigération avancée.

— M. *Dubois* complète l'examen des effets produits sur la substance organisée par l'action des vapeurs de quelques liquides organiques neutres comme l'alcool, le chloroforme et l'éther. Il montre que ces vapeurs ont la propriété d'entraîner l'eau et les cristalloïdes, non seulement en dehors des éléments anatomiques, mais hors du fruit lui-même. Ces déplacements de produits liquides et solides peuvent donner lieu à des combustions qui ne prennent pas naissance dans les parenchymes, dans les conditions ordinaires. C'est ainsi que des semences de moutarde noire légèrement humectées d'eau, placées sous une cloche contenant des vapeurs d'éther, dégagent, au bout de peu de temps, une forte odeur d'essence de moutarde.

REVUE DES JOURNAUX

De la formation des peptones en dehors de l'appareil digestif, par M. Pœhl. Thèse de Dorpat. 1882.

Tous les corps albuminoïdes se transforment en peptone dans certaines circonstances, au simple contact de tissus animaux ou végétaux : réciproquement, les peptones sont transformées en albumine coagulable par l'action de l'alcool et des sels alcalins neutres. Les peptones se rencontrent très fréquemment dans l'urine, les crachats, le contenu des kystes de l'ovaire ou de certaines tumeurs. Parmi les tissus qui ont la propriété de produire la transformation *extra-intestinale* des albumines en peptones, il faut citer le parenchyme du rein ou du poumon, qui agit aussi énergiquement à ce point de vue que la pepsine elle-même. La peptone n'est pas le produit d'un dédoublement, mais un état spécial de l'albumine (*Quellungs zustand*). Tels sont les faits principaux révélés par cet intéressant et consciencieux mémoire.

Diagnostic et localisation des catarrhes intestinaux, par M. Nothnagel.

Nous empruntons à une série très intéressante d'études sur les affections intestinales publiées par l'auteur (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. III et IV) les considérations suivantes :

Quelles conclusions peut-on tirer de l'état des selles? — A. *Le mucus.* — L'excrétion de mucus pur n'indique pas seulement un catarrhe du gros intestin. Le mucus peut provenir aussi de l'*S* iliaque et de l'extrémité inférieure du côlon descendant. S'il existe des matières solides enveloppées de mucus, on doit admettre une inflammation du rectum et du côlon inférieur jusqu'à la courbure liénale. L'enveloppe muqueuse peut manquer lorsque les masses fécales sont de petites dimensions; on ne devra pas en pareil

cas exclure immédiatement un catarrhe chronique de l'extrémité inférieure de l'intestin. Des masses muqueuses *hyalines* perceptibles au microscope seulement, intimement mêlées à des fèces solides ou en bouillie épaisse, sans mucus évident à l'examen microscopique, indiquent un catarrhe du côlon supérieur sans participation de sa terminaison, ni de l'intestin grêle.

Lorsque dans un catarrhe du gros intestin en totalité, les déjections sont moins épaisses pour n'importe quelle cause, les substances fécales en bouillie liquide sont intimement mélangées de petites masses muqueuses que l'on peut reconnaître à l'œil nu. Un mélange intime de masses fécales avec de petits flocons de mucus indiquent non seulement un catarrhe de l'extrémité supérieure du gros intestin, mais aussi de la fin de l'intestin grêle. Des petits grains muqueux jaunâtres dans les selles sont l'indice d'une affection de l'intestin grêle.

B. *Pigment biliaire.* — Quand on peut démontrer l'existence dans des déjections — ou des parties de déjections — de la réaction du pigment biliaire, il faut conclure à une péristaltique pathologique de tout le gros intestin ou de la partie inférieure de l'intestin grêle. La composition des parties pigmentées permettra de dire s'il y a simplement exagération de la péristaltique ou adjonction de catarrhe de l'intestin grêle.

Rarement une selle entière présente la réaction; le pigment biliaire adhère principalement aux revêtements muqueux des fèces, ou aux grains muqueux jaunâtres ou aux cylindres épithéliaux : alors existe toujours une affection catarrhale de l'iléum et du jéjunum, naturellement avec exagération de la péristaltique sur toute la longueur de l'intestin.

C. *Débris alimentaires.* — Quand il n'y a pas de fièvre, et cependant des symptômes de catarrhe, et qu'alors on rencontre dans les selles une quantité anormale de mucus, on peut en conclure avec vraisemblance à l'existence d'un catarrhe de l'intestin grêle. L'amidon possède la même signification séméiotique. Les catarrhes influencent peu la résorption des graisses. S'il y en a beaucoup dans les selles, c'est que la péristaltique est extraordinairement accélérée.

L'examen physique permet-il de localiser les catarrhes? — L'auscultation a peu de signification, la percussion encore moins. La palpation est un peu plus utile, surtout lorsqu'on peut provoquer du gargouillement dans les portions d'intestin dont le contenu devrait être ferme.

L'indican de l'urine permet-il quelques conclusions? — Dans les affections du gros intestin — même accompagnées de diarrhée — la proportion d'indican n'était pas sensiblement augmentée dans l'urine, aussi longtemps que les malades se trouvaient dans un bon état de nutrition. Par contre, toutes les fois que le catarrhe siège dans l'intestin grêle, l'augmentation de l'indican est évidente. En somme, cependant, la recherche de l'indican ne présente qu'une médiocre importance au point de vue du diagnostic. (*Cent. für med. Wiss.*, n° 51, 1882.)

Note sur une complication rare de la diphthérie, par M. Cahn.

Un jeune homme de quatorze ans présenta, à la suite d'une diphthérie fort bénigne, des troubles singuliers de la déglutition, qui ne pouvaient s'expliquer que par une paralysie de *tout* le système musculaire de l'œsophage depuis le haut jusqu'en bas. Cette complication doit être fort rare, car les auteurs classiques n'y font même pas allusion; elle guérit au bout de quelques mois.

Mais le fait le plus curieux était une émaciation générale de l'enfant, dont on ne pouvait deviner la raison puisqu'il mangeait et digérait bien, qui présentait des oscillations absolument inexplicables et qui finalement s'améliora à la suite d'une rougeole légère.

Il existait, d'après l'auteur, une véritable anomalie dans l'échange des matériaux; les tissus ne s'assimilaient qu'une très petite quantité des matériaux circulant dans le sang. A son entrée à l'hôpital (dans le service de Kussmaul), l'enfant avait commencé à augmenter de poids, mais cette augmentation était due à une incorporation d'eau salée, fait que les éleveurs de bétail connaissent bien. Lorsque l'absorption d'eau et de chlorure de sodium eut cessé, le poids resta le même pendant des mois, malgré une nourriture abondante composée d'albumine, de graisse, de matières amylacées.

Peut-être pourrait-on donner l'explication de cet accident plus rare encore que le précédent, en admettant une paralysie transitoire des nerfs trophiques. Au point de vue pratique, Kussmaul fait remarquer les bons résultats que l'on obtient chez cette sorte de malades, du séjour au lit. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 1.)

De l'emploi de la résorcine dans le traitement du chancre simple chez la femme, par MM. les docteurs Le Blond et Fissiaux.

La résorcine, découverte en 1860, par Hlasiwetz et Barth, est soluble dans l'eau en grande proportion (86,4 : 100), et dans la plupart des liquides, à l'exception du chloroforme et du sulfure de carbone. Il résulte des recherches de Andeer, en 1877, et de Dujardin-Beaumetz et Callias, en 1881, que la résorcine, en solution de 0gr,50 à 1 gramme pour 100, est un antiputride énergique et s'oppose au développement des microzoaires. MM. Le Blond et Fissiaux ont expérimenté ce topique à Saint-Lazare, dans le traitement du chancre simple chez la femme; ils rapportent une série d'observations démontrant qu'avec ce mode de pansement la guérison du chancre mou est obtenue, en moyenne, au bout de vingt-trois jours, tandis que l'iodoforme ne donne un semblable résultat qu'après trente-huit jours. En outre, la résorcine n'a pas l'inconvénient de l'iodoforme, dont l'odeur désagréable et révélatrice est, à juste titre, redoutée par un grand nombre de malades. La formule proposée par MM. Le Blond et Fissiaux est la suivante : Eau distillée, 20 grammes; résorcine, 5 grammes; ils ont employé également la résorcine en poudre. Jamais ils n'ont observé aucun phénomène d'intoxication. (*Annales de gynécologie*, janvier 1883.)

Du diagnostic du cancer, par M. le professeur W. Rommelaere.

Dans ce très intéressant travail le professeur Rommelaere s'est proposé pour objectif de baser sur un signe précis la détermination de la nature cancéreuse d'un produit morbide superficiel ou profond. Il établit, tout d'abord, la difficulté incontestable qui existe, dans l'état actuel de la science, pour fixer d'une façon certaine le caractère de *malignité* d'une tumeur, quel qu'en soit le siège, l'aspect et même la texture. On sait, en effet, que l'histologie seule est le plus souvent impuissante à résoudre la question, dont l'importance est si grande au point de vue pratique; souvent le praticien le plus habile reste dans le doute jusqu'au moment où l'évolution fatale lève toute incertitude.

Le terme *cancer* a été abandonné par les anatomo-pathologistes en tant que synonyme de tumeur maligne; ils n'emploient cette dénomination que comme équivalent du mot *carcinome*. Mais ce point de vue, qui prend pour point de départ exclusif la structure du produit parfait et néglige l'état des facteurs de la nutrition organique, ne peut conduire

qu'à des résultats incomplets, car il laisse de côté l'idée d'évolution au profit de la seule notion du fait actuel; « il tient compte exclusivement de la cellule et néglige le terrain où la cellule puise les éléments de sa nutrition, de ses transformations ». Or il est évident que l'évolution du cancer n'est pas un simple phénomène de prolifération cellulaire; la non-inoculabilité de l'affection démontre qu'elle n'est pas engendrée par l'activité *spécifique* d'une cellule. La malignité réside dans une modification générale de l'organisme, dans une viciation de la nutrition intime. En un mot, le cancer existe pour le clinicien: ce terme mérite d'être conservé pour caractériser un certain nombre de tumeurs, morphologiquement différentes, mais reliées entre elles par leur caractère de malignité et leur évolution constamment fatale. Pour définir scientifiquement l'idée de malignité, la *diathèse*, il faut laisser de côté les descriptions, plus ou moins complètes, des manifestations objectives du cancer et recourir à la physiologie pathologique. C'est ce qu'a fait le professeur Rommelaere. Il résume ses recherches, appuyées par de nombreuses observations cliniques, dans la proposition suivante : « La malignité d'un produit morbide dépend de la déviation nutritive de l'ensemble de l'organisme; l'un des signes de cette déviation se traduit par l'hypo-azoturie. » Chez un malade atteint d'une tumeur dont la nature reste douteuse, si le taux de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures se maintient, pendant plusieurs jours, inférieur à 12 grammes, on pourra, presque à coup sûr, affirmer qu'il s'agit d'une affection cancéreuse. L'hypo-azoturie peut d'ailleurs, en l'absence de toute tumeur, dépendre d'une lésion du parenchyme rénal ou de la tuberculose. Mais on comprend l'importance majeure de ce symptôme s'il existe une tumeur, quels qu'en soient les caractères physiques : afin d'en déterminer la nature, il suffira de se rendre compte de l'état de la nutrition organique au moyen du dosage de l'urée urinaire. C'est ce qui ressort de la conclusion par laquelle se termine le travail du professeur Rommelaere : « La tumeur avec azoturie normale est de nature bénigne et relève, pour sa guérison, de la médecine opératoire. L'intervention chirurgicale est légitime, quel que soit le siège de la tumeur. Elle n'est limitée que par les difficultés du procédé opératoire. La tumeur hypo-azoturique est de nature maligne; l'intervention chirurgicale n'est pas légitime dans ce cas parce qu'il n'y a pas de chances de réussite. » (*Annales de l'Université libre de Bruxelles*, 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Le médecin; devoirs privés et publics; leurs rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicales, par le docteur A. Dechambre, directeur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, membre des Académies de médecine de Paris et de Belgique, etc. 1 vol. in-18 diamant de 566 pages. — Paris, 1883, G. Masson.

Au seuil même d'un livre qui traite du devoir se pose nécessairement la question : qu'est-ce que le devoir? Je ne sais pas d'auteur de philosophie morale qui ne se soit appliqué à résoudre d'abord cette question qui, à le bien entendre, implique tout, et, suivant la façon dont elle est résolue, marque à l'avance, aux yeux du lecteur, l'autorité des préceptes qu'on se propose de développer. Si la solution préalable de cette grave question a toujours été jugée nécessaire par les moralistes, à quelque école qu'ils appartinssent d'ailleurs, cette nécessité s'impose plus impérieusement encore à une époque où une lutte violente s'est établie, sur le terrain des principes, entre les écoles de philosophie morale.

Ce que je viens de dire là, M. Dechambre l'a parfaitement compris et, dès les premières pages, il marque, en termes exprès, la nécessité d'un principe dans tout ouvrage de morale *générale;* mais ne visant qu'à tracer une ligne de conduite aux membres d'une profession particulière, et à des membres fort divisés en matière de philosophie, il a voulu évidemment que le sort de son livre ne fût pas lié à une théorie quelconque et que le devoir y fût présenté sous une forme pratique. « Ce sont là, dit-il en parlant des diverses théories morales qu'il signale d'un trait rapide, ce sont là des questions qui peuvent exercer sur la conduite des hommes et sur la législation de graves conséquences, mais je n'ai pas à les poser ici. Je pénètre tout droit dans la conscience humaine et j'y trouve l'approbation de certains actes qu'elle appelle injustes, la réprobation de certains autres qu'elle appelle justes; je vois l'humanité tout entière, même dans ses plus mauvais jours, même sous les gouvernements qui ont le plus profané la morale publique, célébrer par des anniversaires, des chants, des monuments, la bienfaisance, le dévouement, le courage, la vertu, sous toutes les formes, cela me suffit. »

Cela vous suffit; mais prenez garde, d'autres viendront qui, se cantonnant systématiquement dans l'ordre purement subjectif, ne donneront d'autre base aux devoirs, même médicaux, que l'impressionnabilité morale dont les physiologistes ne manqueront pas de faire une pure fonction nerveuse, ondoyante et diverse, suivant le mot de Montaigne; et alors vous faites courir les plus grands risques à la moralité, et, les passions de l'égoïsme aidant, et les théories matérialistes venant à la rescousse, l'homme déchirera facilement les toiles d'araignée d'une éthique qui n'a pas pour fondement un absolu impératif. Ce danger, je le sais bien, n'existe pas pour notre savant confrère, pour qui l'absorption de la psychologie par la physiologie est une illusion; cela est vrai, écoutez plutôt : « C'est la tendance de la physiologie actuelle, dit-il, de se subordonner entièrement la psychologie. Jusqu'ici, il faut bien le reconnaître, elle y a médiocrement réussi et longtemps encore la profonde, peut-être l'irrémédiable obscurité du problème, protègera l'autonomie de la psychologie, comme de la logique et de la morale. » On ne peut mieux dire. Que M. Dechambre me permette de rapprocher de cette citation un court passage d'un livre dont j'ai naguère rendu compte avec le même bonheur que je le fais de celui-ci. Ce livre est l'ouvrage que M. le professeur Gavarret a publié en 1869 sous le titre de : *Phénomènes physiques de la vie.* « Quel rapport y a-t-il, se demande l'éminent professeur de la Faculté de Paris, entre une combustion et une manifestation psychique? Quelle commune mesure trouver entre une quantité de chaleur consommée, disparue, et une pensée émise ou simplement conçue? Tant que cette commune mesure ne sera pas trouvée, nettement démontrée, nous ne nous sentirons pas autorisé à affirmer que le travail cérébral et la manifestation psychique concomitante diffèrent seulement par la forme; que ces deux efforts sont au fond de même nature, que le premier est la cause *suffisante* du second. » Personne ne suspectera de mysticisme M. Gavarret, pas plus, du reste, que le savant directeur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* leur témoignage, tout circonspect qu'il est, n'en est pas moins précieux à nos yeux, et nous demandons à nos deux confrères la permission d'inscrire leurs noms dans le livre d'or des hommes qui, dans ce temps si profondément troublé, savent encore discerner les vrais principes.

Mais je m'aperçois qu'à laisser courir ma plume je m'expose à dépasser les limites dans lesquelles je voulais me renfermer, et d'emblée, sans transition, je viens aux détails de l'ouvrage de mon distingué et sympathique confrère, ouvrage que, pour le caractériser tout de suite d'un mot qu'il agréera peut-être, nous appellerons une sorte de *clinique morale professionnelle.*

Déjà, sous la rubrique du mot *Déontologie médicale,* accepté aujourd'hui de tous, M. Dechambre avait, dans le

Dictionnaire encyclopédique, longuement esquissé ce sujet; en le reprenant aujourd'hui dans un ouvrage spécial, sous le titre que nous avons indiqué en tête de ce travail, il en a singulièrement élargi le plan, puisque le livre a au moins le double de l'étendue de l'article. Nous indiquerons tout à l'heure quelles questions sont venues s'ajouter à celles déjà traitées dans le *Dictionnaire* pour expliquer une extension, dont, nous pouvons le dire à l'avance, personne ne se plaindra.

L'ouvrage de M. Dechambre se divise en deux parties distinctes : dans la première, il traite des qualités, des devoirs et des droits corrélatifs du médecin privé; dans la seconde partie, il traite des mêmes questions, envisagées ici au point de vue des intérêts généraux de la société que la science spéciale de l'homme de l'art l'appelle à servir, et quelquefois à sauvegarder par une généreuse initiative.

C'est surtout cette première partie du livre, qui apparaît comme un traité de clinique morale. Aussi bien ne pouvons-nous, à notre grand regret, qu'indiquer d'un trait rapide les questions variées qui y sont étudiées et approfondies au point de vue déontologique. A l'imitation d'Hippocrate et de quelques livres dits hippocratiques, M. Dechambre ne dédaigne pas de rechercher quelles doivent être les qualités physiques des médecins; puis il traite successivement des qualités intellectuelles, littéraires et scientifiques qu'ils doivent posséder, ou s'efforcer d'acquérir, pour être à la hauteur de leur difficile et délicate mission. Vient ensuite l'énumération des qualités qui leur sont nécessaires pour mériter leur propre estime et forcer celle même de la société au milieu de laquelle ils vivent, etc. C'est bien là le portrait du médecin idéal tel qu'un esprit élevé et un noble cœur ont pu le concevoir et auquel, tous tant que nous sommes, nous devons nous efforcer de ressembler.

Dans une seconde section de la même partie, M. Dechambre étudie le médecin vis-à-vis du client et vis-à-vis de ses confrères. Nous ne savons rien de plus digne de fixer l'attention du médecin soucieux de la dignité de l'art, que ces pages tout imprégnées des plus nobles sentiments et où une droiture qui ne dévie jamais s'allie à une libérale tolérance, si souvent méconnue dans notre petit monde si affairé et si besoigneux. Lisez tout cela pour vous maintenir dans la voie, si vous y êtes déja, pour y revenir si vous vous en êtes écarté. Lisez surtout les pages d'une grande délicatesse qui sont consacrées aux relations professionnelles du médecin avec les femmes. Les femmes sont quelquefois un abîme où le médecin qui ne se surveille pas peut se perdre pour toujours. Les femmes amoureuses, sachez-le, sont de très subtiles casuistes; quand on regarde au fond de ces âmes anxieuses, on peut y rencontrer, à côté des vertus les plus réelles, de la piété la plus sincère même, des capitulations de conscience à vous donner le vertige ou à vous faire croire à la réalité des *ruses* de l'*Inconscient* de Hartmann. Et le malade, de quelle sollicitude l'auteur veut qu'on l'entoure! la loi le protège, dit-on; il est bien plus protégé par la conscience du médecin. Mais, dit M. Dechambre, « qui descendra dans la conscience du médecin? le médecin lui-même. Ce privilège de quasi-irresponsabilité, quel crime s'il en abusait! et quelle lâcheté! Pour un homme de cœur, une telle situation resserre le lien du devoir au lieu de le relâcher; le malade devient pour lui ce qu'était l'hôte dans l'antiquité ou ce qu'est aujourd'ui le pupille pour son tuteur; il le couvre d'une protection d'autant plus vigilante qu'il n'y a pas à en attendre d'autre ».

Lisez et relisez, vous dis-je; si les quelques pages que j'écris ici ne vous inspiraient pas ce désir, je me les reprocherais comme un ennui qu'elles vous ont apporté, ou comme une vaine et futile distraction.

Il y a bien çà et là certains points où je me permettrais de faire quelque réserve; mais ces points sont rares, très rares. Il n'y en a qu'un où je n'hésiterais pas à me séparer carrément de mon sympathique confrère; c'est celui où il pose comme principe que, dans certains cas de mort immédiate et certaine, on peut essayer de calmer des douleurs intolérables à l'aide de moyens qui courent le risque d'abréger la vie de quelques jours. Au risque de passer aux yeux de mes lecteurs pour un stoïcien à rebours de ceux de l'antiquité, je n'hésite pas à déclarer que, dans ces cas mêmes, le principe sacro-saint du respect de la vie humaine ne doit pas fléchir, dût son infraction n'abréger la vie que d'une heure. A suivre cette pente, on arriverait bien vite à des capitulations de conscience dangereuses. Continuons.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Dechambre traite, ai-je dit, des qualités, des devoirs, des droits du médecin public. J'en parlerai plus brièvement, bien qu'à un certain point de vue, elle ne soit pas moins importante que la première. « Ici, dit l'auteur lui-même, je traiterai successivement des fonctions que le médecin peut exercer par rapport aux objets suivants : l'hygiène, l'assistance publique, y compris l'assistance hospitalière, la médecine judiciaire (non la médecine légale), l'enseignement médical; j'y joindrai, comme annexe naturelle, des indications relatives à la médecine militaire et à la médecine navale. » La première partie avait été déjà notablement agrandie par l'examen de toutes les questions juridiques qui peuvent se poser devant le médecin dans l'exercice de ses devoirs privés; mais c'est surtout à la seconde section qu'est due l'extension qu'a prise dans ce livre la première et large esquisse de l'article Déontologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Ce vaste programme d'études, notre laborieux confrère l'a réalisé, dans cette seconde partie du livre *Le médecin*, avec la même lucidité, la même précision, la même sûreté d'appréciation des hommes et des choses, qu'il l'a fait dans la première partie que nous venons d'examiner. Quelque humble que soit la position d'un médecin, à la ville comme à la campagne, il est rare qu'il ne se présente pas dans sa vie des occasions où il ait à émettre un avis officieux ou officiel sur une des mille questions qui se rattachent à ce que l'on appelait autrefois et qu'on appelle encore aujourd'hui la médecine publique. A ce titre nouveau, l'ouvrage de M. Dechambre devrait être dans les mains de tous les médecins. Par une innovation heureuse, l'auteur, sans surcharger son livre de textes de lois, d'arrêtés, de conflits de jurisprudence, comme l'a fait Trébuchet dans un ouvrage qui n'est pas sans mérite, se contentant à cet égard du nécessaire, guide d'une main sûre le médecin dans les voies inaccoutumées où, en vertu de sa science spéciale, il peut être appelé à éclairer la justice ou l'administration. Telle est la multiplicité des obligations qui, de ce chef, peuvent lui incomber intercurrément, que l'auteur, en ce qui concerne la médecine publique, l'hygiène professionnelle, l'assistance, par exemple, n'hésite pas, avec d'autres bons esprits, à reconnaître la nécessité d'un service central. « Cette réforme, dit-il quelque part, M. A.-J. Martin l'a péremptoirement démontré dans une série de rapports spéciaux, ne peut à cet égard procéder utilement et ressortir son plein effet que par la réunion dans un centre commun des services d'hygiène et d'assistance, constituant une direction gouvernementale et des directions départementales de la médecine publique. »

Des renseignements précieux, éclairés par de judicieuses réflexions, et qu'on ne trouvera que là, je le crois du moins, méthodiquement réunies, sont encore donnés par l'auteur sur les Facultés, sur les Écoles secondaires de médecine, sur le service médical des asiles d'aliénés, des établissements de bienfaisance, des prisons; sur l'inspectorat général; sur le service de santé de l'armée et de la marine. Si l'on veut bien se rappeler la sagacité, la sûreté de vues dont l'auteur a fait preuve dans la discussion des questions de déontologie où nous l'avons suivi de plus près, on peut prévoir à l'avance avec quel succès, mettant au service de ces nouvelles et inté-

ressantes études d'économie médicale les mêmes qualités d'esprit et une sorte d'aptitude innée à s'assimiler le langage technique des sciences et des arts les plus divers, il a pu remplir un si vaste cadre.

Enfin, et pour terminer, je dirai que M. Dechambre, dans ce volume si substantiel, et où il touche à tant de questions, a montré là, partout, une indépendance et une liberté d'appréciation des hommes et des choses qui, à nos yeux, l'honore singulièrement. A ceux qui voudraient que sa plume se fût montrée un peu plus souple dans quelques cas, et moins sévère même en démasquant courageusement l'injustice ou le charlatanisme, il répondrait volontiers, j'en suis sûr, avec un illustre auteur anglais de la même lignée intellectuelle que lui : « Sachez que la plume n'est pas un instrument de plaisir passager ou de vile flatterie; elle est un instrument de hardi combat, qui doit quelquefois blesser pour le vrai et pour l'honnête. »

Dr Max Simon.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par M. le docteur Constantin Paul. In-8° de 848 pages. Paris, 1883. — Asselin.

Les maladies du cœur sont depuis longtemps pour M. le docteur C. Paul une étude de prédilection, et les nombreuses communications qu'il a faites à ce sujet dans les diverses Sociétés savantes montrent assez que cette partie importante de la pathologie a été de sa part l'objet de constantes recherches. Le livre qu'il nous donne aujourd'hui est donc une œuvre de longue haleine mûrement méditée et dans laquelle nous trouverons, en même temps que le résumé des connaissances usuelles, l'exposé complet des idées particulières à l'auteur éparses dans différentes publications.

C'est ainsi que dès les premiers chapitres concernant la topographie du cœur, son exploration clinique, le diagnostic de ses déplacements, nous nous trouvons en présence de procédés nouveaux ou tout au moins singulièrement perfectionnés, à l'aide desquels on peut déterminer avec une grande précision la position de l'organe, ses déplacements, ses variations de volume, etc. L'auteur insiste avec raison sur les avantages des stéthoscopes flexibles mono- ou bi-auriculaires importés d'Amérique, qu'il a perfectionnés et vulgarisés parmi nous.

Tout en reconnaissant la valeur de ces instruments, au point de vue de la facilité de l'exploration et surtout de la localisation des bruits pathologiques, il eût été utile de noter que leur emploi nécessite un certain apprentissage, qu'ils modifient assez notamment le timbre des bruits et que beaucoup de praticiens reprochent à l'un d'eux, le stéthoscope mono-auriculaire, d'assourdir les bruits perçus. L'avantage indéniable de ces instruments est de faciliter singulièrement la localisation de ces bruits et cette propriété suffit à légitimer leur emploi.

En ce qui concerne l'étude physiologique du cœur, et surtout le rôle du système nerveux, on doit rendre pleine justice au soin avec lequel l'auteur a traité cette question difficile, et nous croyons qu'on ne trouverait nulle part un exposé critique plus complet des recherches qui se sont multipliées à ce sujet. Ce n'est pas à dire que la science soit définitivement fixée à cet égard et l'auteur connaît mieux que personne toutes les lacunes que présente encore ce point de physiologie.

Les chapitres qui traitent des palpitations et de l'anémie sont particulièrement intéressants. M. le docteur C. Paul y expose sa théorie des bruits anémiques et de leur localisation. D'après lui, ces bruits ont leur siège dans l'artère pulmonaire, et c'est au niveau du tronc de cette artère, à gauche du sternum, vers le deuxième espace intercostal gauche, qu'ils présentent leur maximum, c'est un fait que nous avons maintes fois constaté pour notre part. Ce bruit est systolique superficiel, modifiable par la position et par le mode de respiration. L'auteur propose de le désigner sous le nom de bruit anémo-spasmodique, dénomination indiquant ses deux principaux facteurs. Il insiste sur la fréquence de ces bruits dans certaines maladies, dans le rhumatisme en particulier, où ils deviennent l'objet de nombreuses erreurs, et donne plusieurs observations de ces fausses endocardites dont la guérison rapide a montré la véritable nature.

Après ces considérations générales nous passons à l'étude des maladies du cœur et de ses enveloppes : péricardites, endocardites, lésions mitrales. Chemin faisant, l'auteur y adopte complètement la théorie du docteur Mausée sur la physiologie des valvules et l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, cette théorie lui permettant de se rendre beaucoup mieux compte des phénomènes produits par les altérations de ces orifices.

La dégénérescence graisseuse entraînant l'anévrysme vrai de l'origine de l'aorte, maladie bien décrite pour la première fois par Hodgson, en 1819, est étudiée par M. C. Paul avec des développements tout particuliers et qu'on ne trouve pas ailleurs. L'auteur en cite plusieurs observations qui lui sont personnelles. L'âge avancé, l'arthritisme, l'alcoolisme, l'abus du tabac, la syphilis lui paraissent être les causes principales de cette maladie, dont il signale la coïncidence possible avec la phthisie pulmonaire.

La pathologie du cœur droit, dont les maladies sont dans la proportion de moins de 1 pour 100 relativement à celles du cœur gauche (Bamberger) est généralement un peu négligée dans la plupart des traités des maladies du cœur. Il faut savoir gré à M. le docteur Paul des développements qu'il a consacrés à l'étude de l'endocardite droite, dont il cite plusieurs observations, ainsi qu'à celle du rétrécissement de l'artère pulmonaire et à la tuberculose qui peut en être la conséquence.

Nous passerons rapidement sur les maladies du myocarde en recommandant toutefois au lecteur le chapitre qui traite de l'évolution générale des maladies du cœur et ceux qui sont consacrés à l'étude de l'hypertrophie cardiaque, de ses causes, de ses conséquences, aux affections secondaires du poumon, du foie et des reins, à la maladie de Basedow, aux tumeurs anévrysmales de l'aorte, de l'artère pulmonaire, etc.

Arrêtons-nous au chapitre très intéressant des maladies du cœur chez le fœtus. Il paraît aujourd'hui démontré, d'après les recherches de Cruveilhier, Rokitansky, Dittrich, etc., que les maladies congénitales du cœur ne sont que le résultat de phlegmasies contractées pendant la vie intra-utérine, de telle sorte que, connaissant le mode de développement du cœur, on peut, d'après la nature de la lésion, préciser l'époque à laquelle elle s'est développée. Englobées autrefois sous le nom de *cyanose*, toutes ces maladies ont été confondues. M. Paul a essayé de les dissocier et de les étudier individuellement. La plus fréquente de toutes est le rétrécissement ou l'occlusion de l'artère pulmonaire avec persistance de la communication des deux ventricules. Cette affection, qui se produit dans les trois premiers mois de la vie intra-utérine, peut laisser le sujet vivre pendant plusieurs années. Kussmaul a montré que le rétrécissement permettait une survie plus longue que l'atrésie complète. Les malades peuvent atteindre jusqu'à plus de trente ans; Roger a observé une dame arrivée à la cinquantaine et jouissant d'une santé satisfaisante. La cyanose arrivant en pareil cas doit être attribuée non au mélange des deux sangs, mais au défaut d'oxygénation du sang. Parmi les complications de cette maladie, la plus fréquente est la tuberculisation pulmonaire. Lebert avait particulièrement étudié cette coïncidence sans vouloir en fournir une explication hasardée; M. Paul confirme les remarques de Lebert, caractérise la marche habituelle-

ment lente de cette phthisie, qui procède par poussées successives, et, contrairement aux affirmations du médecin de Breslau qui admettait que le poumon gauche était particulièrement affecté, montre que sur 16 cas relevés par lui, les deux poumons sont constamment atteints.

L'ouvrage se termine par une étude fort étendue de la thérapeutique des maladies du cœur.

M. Paul, dont on connaît la compétence particulière en cette matière, a cru devoir faire précéder l'exposé de la thérapeutique spéciale par une sorte d'histoire sommaire de la thérapeutique en général, de son but, de sa méthode, de son histoire, des diverses écoles anciennes et modernes, y compris l'homœopathie qui l'ont plus ou moins illustrée.

Abordant ensuite la thérapeutique proprement dite des maladies du cœur, il étudie successivement les principaux médicaments qui en sont la base et en tête desquels se place la digitale. Il insiste avec soin sur le mode d'action de ce précieux médicament et de ses diverses préparations, signale les abus qu'on en fait journellement et précise avec soin les indications suivant la période, la nature des maladies cardiaques. C'est une grosse erreur de croire que l'indication de la digitale existe toujours dans ces maladies. Il faut, avant de débarrasser la circulation des entraves qu'elle présente, faire disparaître les congestions. L'action du médicament doit être attentivement surveillée. On sait que la digitale est un médicament qui s'accumule et qu'il y a inconvénient à en prolonger l'usage une fois l'effet obtenu.

Quant aux diverses digitalines, c'est à celle que prépare M. Nativelle que M. C. Paul attribue l'action la plus constante.

A côté de la digitale considérée comme médicateur du cœur se rangent la vératrine, le bromure de potassium, le muguet récemment introduit.

Tous ces médicaments et bien d'autres moins importants ont été, de la part de M. C. Paul, l'objet de recherches particulières et les renseignements sont largement fournis.

Dans le chapitre consacré au traitement de la détresse cardiaque, ce que Beau appelait l'asystolie, l'auteur insiste sur le parti qu'on peut tirer des injections sous-cutanées de morphine, que cette substance agisse comme abaissant la tension vasculaire en dilatant les vaisseaux périphériques ou qu'elle modifie directement la cellule cérébrale, ainsi que le croit notre collègue, M. le docteur Ferrand.

Nous devons nous arrêter dans cette analyse rapide de l'ouvrage de M. le docteur C. Paul dont nous n'avons pu que signaler les parties principales et indiquer les grandes lignes. Ce qui distingue particulièrement ce livre, fruit de recherches poursuivies pendant plus de quinze ans, c'est précisément son caractère clinique. Rien n'y est accepté sans un contrôle rigoureux. On est en face d'une œuvre bien personnelle et si l'érudition y tient une large part on n'y jure pas sur la parole d'autrui. Il y a toujours profit à étudier de pareils livres dont tous les éléments ont été recueillis au lit du malade et qui représentent de longues et patientes recherches.

Blachez.

Index bibliographique.

De l'allaitement artificiel, par le docteur Bousseau, chirurgien de l'hôpital de Cholet. Broch. in-12. — Paris, O. Berthier.

Étude pratique dans laquelle on trouve exposées les indications et contre-indications de l'allaitement artificiel, les accidents qui peuvent l'entraver, la composition et la valeur nutritive des différents laits, les conditions et les effets de l'allaitement mixte. L'auteur conclut que l'allaitement maternel est celui qui convient à la généralité des enfants. Vient ensuite l'allaitement au sein par une bonne nourrice; mais, à la campagne, quand le lait est parfait, l'allaitement artificiel « présente *sur la moitié des nourrices* d'incontestables avantages ».

Les vénériens des champs et la prostitution a la campagne, par le docteur Lardier. Broch. in-12 de 36 pages, — Paris, 1882. O. Doin.

Tableau très abrégé, destiné à Rambervilliers et aux environs, mais qui paraît être pris dans d'autres localités, de la pathologie syphilitique et du service des mœurs à la campagne. L'auteur n'a pas de peine à montrer combien l'insuffisance de la police sanitaire, l'incurie des gens, se prêtent à l'extension de la syphilis, et combien aussi les mariages consanguins, si fréquents dans certains villages, continuent à en propager les conséquences de génération en génération.

Les ferments digestifs, par M. William Roberts. — Paris, 1882. O. Doin.

Cette brochure in-12, de 126 pages, fait partie de la *Bibliothèque biologique internationale*, publiée sous la direction de M. de Lanessan. On y trouvera étudiés successivement, à la lumière des travaux les plus récents, chacun des sucs digestifs et leurs ferments, mis en regard de son mode particulier d'action. Ainsi la *salive*, avec sa diastase salivaire, transforme l'amidon en sucre; le *suc gastrique* avec sa pepsine, qui transforme les corps protéiques dans un milieu acide; son ferment coagulatif, qui caille la caséine du lait, et la trypsine, qui transforme les corps protéiques en peptone dans un milieu alcalin ou neutre; le *suc pancréatique*, avec sa diastase, qui transforme l'amidon en sucre, son ferment coagulatif, qui caille le lait, et son ferment émulsif, qui saponifie en partie les corps gras; la *bile*, qui contribue à l'émulsion des corps gras; le *suc intestinal* enfin, qui caille le lait, et dont le ferment dit *inversif* transforme le sucre de canne en suc interverti.

VARIÉTÉS

A propos du compte rendu de la *Société médicale des hôpitaux*, compte rendu dont la parfaite exactitude n'est pas contestée, M. le docteur Budin nous prie d'annoncer qu'il se propose de publier l'observation de la malade dont a parlé M. Rendu, observation qui contredirait les assertions de ce dernier. Nous supposons que cette observation sera présentée à la Société médicale des hôpitaux elle-même. Nous la ferons connaître alors à nos lecteurs, comme nous avons dû leur faire connaître la communication de M. Rendu.

Association générale : postes médicaux. — Une circulaire du président de l'Association générale des médecins de France fait savoir que le conseil général de l'Association a pris en considération le vœu émis dans l'assemblée du 2 avril dernier par le docteur Boutequoy, qu'il fût établi au siège de l'Association, à Paris, un centre d'informations pour avis et renseignements relatifs aux vacances de postes médicaux. Un premier essai va être fait de l'application de cette idée, et les résultats obtenus d'ici à la prochaine assemblée générale serviront de base à une résolution définitive. Les renseignements, demandes ou offres d'emploi doivent être adressés à M. Martineau, secrétaire de l'Association. On peut lui adresser également des demandes concernant les moyens de se faire remplacer temporairement dans sa clientèle (1).

Association française pour l'avancement des sciences. — *Douzième session : du 16 au 23 août 1883, à Rouen.* — L'assemblée générale tenue à Alger, le 21 avril 1881, a désigné la ville

(1) A ce propos nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur les annonces de postes médicaux qui sont publiées chaque semaine à la quatrième page de la couverture et qui sont communiquées par la Faculté de médecine.

de Rouen pour la tenue du Congrès de 1883. La date d'ouverture du Congrès a été fixée au 16 août. Le bureau s'est mis en relation directe avec les membres que l'Association comptait déjà à Rouen, et, sur leur proposition, a présenté au conseil d'administration la liste des personnes devant constituer le COMITÉ LOCAL. Les vingt-huit *membres honoraires* ne comprennent pas de *médecins*. Ce sont le général commandant le 3e corps d'armée, le premier président de la Cour d'appel, le maire de Rouen, etc.. Le bureau est composé de MM. Besselièvre, conseiller général, *président;* le docteur Leudet, *vice-président;* Haraucourt, *secrétaire général;* Moinet et Privey, *secrétaires;* E. Ferry, *trésorier*. Parmi les cinquante-sept membres titulaires, nous citerons les docteurs Blanche (de Rouen), Cauchois, Delahost, Dumesnil, Gauran, Pennetier, Ollivier et M. G. Pouchet (professeur au muséum de Paris).

Subventions pour travaux scientifiques. — Le conseil d'administration, dans sa séance du 30 mars 1883, a voté des subventions, formant un total de 13 900 fr., à MM. Lescarbaut, 500 fr.; Brard, 300 fr.; Dufet, 500 fr.; G. Tissandier, 1000 fr.; Observatoire météorologique de l'Aigoual, 2000 fr.; MM. le docteur V. Lemoine, 500 fr., Pomel, 300 fr.; Clavaud, 400 fr.; la Société linnéenne de Bordeaux, 500 fr.; MM. Doassans et Patouillard, 400 fr.; Dupetit, 300 fr.; Foucaud, 400 fr.; Brongniart, 500 fr.; l'Aquarium du Havre, 800 fr.; le Laboratoire maritime de Pen-Chateau, 1000 fr.; la Société des sciences naturelles de la Charente-Inférieure, 600 fr.; MM. Delort, 300 fr.; G. de Mortillet, 1000 fr.; de plus un appareil photographique sera prêté à M. de Mortillet pour la durée d'une année, prix d'achat, 500 fr.; la Société d'anthropologie de Lyon, 500 fr.; M. Souché, 300 fr.; la Société de pisciculture de Nanteuil-en-Vallée (Charente), 300 fr.; le Conseil d'administration, 1000 fr.; enfin le thermomètre à renversement dont il a été fait acquisition en 1882 est prêté à M. le docteur Fines. — Total : 13 900 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort d'un de nos honorables confrères, M. le docteur Lehelloco, âgé de quatre-vingt-douze ans, et qui était probablement le doyen d'âge des médecins de Paris. M. Lehelloco, praticien très estimé, était docteur de 1818; il avait été médecin consultant du roi Louis-Philippe et le médecin ordinaire du prince Jérôme Napoléon et de toute sa famille. Il était officier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Bocquillon, agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, qui a succombé, dans son laboratoire de Bellevue, à une attaque d'apoplexie foudroyante; et celles de M. le docteur Dupuy (de Bordeaux) et de M. Ovide-Lallemand, médecin-major de première classe, en retraite; de MM. les docteurs Tassy (de Paris), Imbert (de Castellane), Franche (de Charly), Duriez (d'Auxi-le Château), et de M. Leroy, étudiant en médecine, qui vient de succomber, à l'âge de vingt-six ans, à une variole hémorrhagique contractée en soignant les malades du service auquel il était attaché en qualité de stagiaire.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux, les récompenses honorifiques suivantes :

Médailles d'or. — M. le docteur Micé (Bordeaux); M. le docteur Thouvenet (Limoges).

Médailles d'argent. — M. Antheaume, pharmacien (Seine-et-Marne); M. le docteur Ardouin, médecin de la marine; M. le docteur Arnould (Lille); M. le docteur Dieu (Nord); M. Frélier, vétérinaire à Lille; M. Herbelin, pharmacien (Nantes); M. Lejourdan, ingénieur (Marseille); M. le docteur Raymondaud (Limoges); M. le docteur Villard (Guéret).

Médailles de bronze. — M. le docteur Cassan (Albi); M. Coste, pharmacien (Carcassonne); M. Dhuicque, pharmacien (Beauvais); M. Lefebvre de La Fargue (Chantilly).

HÔTEL-DIEU DE NANTES. — Une plaque de marbre blanc va être placée prochainement, en souvenir de M. Merlet, externe des hôpitaux, décédé le mois dernier, victime du dévouement professionnel. En voici le texte, d'après la *Gazette médicale de Nantes :* « A la mémoire d'Henry-Baptiste Merlet, externe des hospices, mort d'érysipèle qu'il contracta dans le service des malades, le 2 mars 1883. »

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 mai 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1206, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 48. — Variole, 19. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 47. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 68.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 225. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 94. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 23; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 91; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 20e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 11 au 17 mai, 1188 naissances et 1206 décès. Ce dernier chiffre est notablement inférieur à la moyenne des décès déclarés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1293. En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette période et la précédente fait ressortir : une aggravation pour la variole (19 décès au lieu de 13), la rougeole (33 au lieu de 25), la diphthérie (47 au lieu de 43); une atténuation pour la fièvre typhoïde (48 au lieu de 57).

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un chiffre d'admissions, pour la période du 7 au 13 mai, notablement inférieur à celui de la période précédente pour la fièvre typhoïde (85 au lieu de 129), la diphthérie (25 au lieu de 37) et supérieur pour la variole (43 au lieu de 31).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité des maladies de l'estomac, par M. le docteur Audhoui. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Étude médico-psychologique sur l'onanisme chez l'homme, précédée d'une introduction sur les autres abus génitaux, par M. le docteur Pouillet, 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la conduite à tenir dans la présentation pelvienne, mode des fesses, c'est-à-dire avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus; par M. le docteur Olivier. 1 vol. avec 8 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Société des sciences médicales de Gannat, compte rendu de l'année 1881-1882. 36e année, 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la syphilis articulaire, par M. le docteur Defontaine. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50.

Le choléra et la fièvre typhoïde, moyens pratiques de s'en préserver, par M. le docteur Fournol. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Les maladies infectieuses, par M. le professeur Jaccoud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Découverte de la cause du sommeil naturel physiologique et de l'appareil qui le produit chez l'homme en particulier, chez les animaux supérieurs et chez les animaux en général, par M. le docteur Lajoue. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Obstétrique : Prédiction du sexe et de la force relative de l'enfant. Recherches et observations, par M. le docteur Lajoux. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Traité des maladies du rectum, par M. E. B. Curling, F. R. S. Traduit et annoté sur la 4e édition revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par M. le docteur Henri Bergeron. Préface du professeur Gosselin. 1 vol. in-8. Figures dans le texte. Paris, H. Lauwereyns. 6 fr.

Névroses des organes génitaux-urinaires de l'homme, par Ultzmann, traduit de l'allemand par M. le docteur Henri Picard. In-8, 100 pages. Paris, 1883. J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

L'hiver à Cannes et au Cannet; les bains de mer de la Méditerranée, les bains de sable, par M. le docteur A. Buttura. 1 vol. in-8, avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TRENTIÈME ANNÉE — N° 22 — 1er JUIN 1883

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 31 mai 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — AMPUTATIONS CONGÉNITALES ET AÏNHUM.

Conclusions du rapport sur la fièvre typhoïde.

Nous avons résumé assez brièvement la discussion qui s'est engagée devant l'Académie à l'occasion du rapport de M. Rochard. Aussi bien ne nous paraît-il point nécessaire de reproduire une fois de plus des arguments déjà souvent développés à ce sujet. Nous y reviendrons d'ailleurs au moment du vote final, qui nous paraît surtout important à mentionner. Bornons-nous donc à signaler l'éloquent plaidoyer de M. Rochard et les conclusions si judicieuses de M. Bergeron. L'impression que ces deux orateurs ont faite sur l'Académie nous a paru de nature à atténuer singulièrement les craintes qu'avait manifestées M. Fauvel et les critiques faites au rapport par M. Blot.

Amputations congénitales et aïnhum.

Nos lecteurs se rappellent encore l'article que M. Rochefort publiait ici-même sur une affection bizarre, « appelée d'un nom sauvage, » l'*aïnhum*, et que, en France du moins, les médecins de marine étaient seuls à connaître. Etudiée pour la première fois au Brésil, et décrite par da Silva Lima vers 1867, elle est caractérisée par l'apparition, chez les nègres adultes, et chez eux seulement, d'un sillon annulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil, étreint progressivement jusqu'à complète amputation.

D'autre part, nous connaissons des faits singuliers, décrits depuis longtemps déjà sous le nom d'*amputations congénitales*. Au moment de la naissance, les accoucheurs ont souvent constaté l'existence d'un moignon, résultat de la section d'un orteil, d'un doigt, d'une cuisse même, et parfois ils ont trouvé, au milieu du délivre, la portion d'organe séparée pendant la vie intra-utérine. L'amputation n'est pas toujours consommée, et, dans certains cas, à côté de membres incomplets, il existe un sillon, de profondeur variable, creusé sur quelque partie du pied, de la main ou de la jambe.

Au premier abord, on ne voit guère quel lien peut unir la première affection, « cantonnée dans le petit orteil d'une race, » et nos amputations spontanées. Celle-là n'atteindrait que les adultes, celles-ci sont congénitales. L'une n'attaque que le cinquième orteil, l'autre ne respecte aucun membre; la première ne se rencontre que chez les nègres, la seconde frapperait indistinctement tous les peuples. Et cependant, lors d'une communication à l'Académie de médecine, M. Lannelongue se demandait déjà si aïnhum et amputations congénitales n'avaient pas une commune origine.

Le doute a gagné bien des esprits; on a recueilli de nouvelles observations; on a trouvé des cas qui, par étapes successives, semblent conduire de l'une à l'autre de ces maladies, et maintenant plusieurs auteurs ne voient dans l'aïnhum et dans les amputations congénitales qu'une variété du groupe étendu des sclérodermies provoquées par quelque trouble des nerfs trophiques. C'est cette thèse que nous allons étudier ici, en nous appuyant sur des travaux antérieurs de Verneuil, une observation de Maurice Longuet, la communication de Lannelongue, le mémoire de Guyot, et un excellent article publié en mars 1882 dans les *Archives de médecine navale*, par le docteur Fontan, médecin de première classe.

I

Il est certain que l'aïnhum, tel qu'il nous a été décrit par les premiers observateurs, da Silva Lima, Collas, Moncorvo de Figuereido, Pereira Guimaraës et Corre, ne rappelle en rien l'amputation congénitale de nos auteurs. Un léger sillon se creuse sur la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil. Incomplet parfois au début, il gagne peu à peu et enserre la circonférence du doigt;

la striction se fait de plus en plus étroite, et, au bout d'un temps variable, l'organe ne tient plus que par un pédicule grêle, mobile, à peau amincie, et qu'un coup de ciseau peut sectionner facilement si la gangrène n'en fait pas justice.

L'orteil ainsi étranglé peut ne subir aucune modification appréciable; souvent, au contraire, il s'atrophie tout en devenant ovoïde; les os des phalanges s'amincissent et disparaissent même; la masse charnue est alors sans squelette; du tissu graisseux remplace la trame lamineuse primitive, et l'on se croirait en présence de quelque molluscum ou d'un lipome bizarre.

On dut bientôt reconnaître ce qu'avait de factice, d'arbitraire et de conventionnel une pareille description. On constata d'abord que l'aïnhum n'atteignait pas la race nègre seulement. Collas retrouvait cette affection chez les Indous, Coni et Corre chez les Malgaches, Fontan chez les Arabes, et Guyot chez les Néo-Calédoniens et les Micronésiens. Nous pourrions encore étendre cette énumération.

Sa localisation remarquable sur le cinquième orteil fut aussi de durée bien éphémère; le sillon constricteur fut vite observé sur le quatrième et le cinquième orteil à la fois, et puis sur le quatrième seul. Bérenger-Féraud affirma avoir vu, en Gorée, des noirs amputés de tous les orteils par la maladie. Vinrent ensuite les remarquables observations de Guyot; ce ne sont plus les orteils seulement, mais les doigts, qui sont atteints successivement ou en bloc; on trouvait encore sur des segments de membres importants, la jambe, des sillons constricteurs en tout pareils à ceux que les mêmes sujets portaient sur les mains ou sur les pieds.

Les mêmes observations de Guyot portèrent un coup non moins rude au troisième caractère invoqué par les médecins brésiliens, l'apparition de l'aïnhum chez les adultes seulement. N'y voyons-nous pas une femme de vingt ans chez qui, quatre ans auparavant, s'était formé un sillon constricteur autour de l'index, qui se creuse jusqu'à ce que le doigt tombe? A ce moment, l'annulaire présentait une dépression circulaire peu profonde, tandis que sur le médius les lésions étaient plus avancées et l'os s'étranglait déjà. Or, sur le même malade, il existait des altérations congénitales de même nature. Son premier fait d'ailleurs se rapporte à un enfant de deux ans, et son deuxième a trait à une petite fille de six semaines. Enfin son quatrième a pour sujet un homme de vingt-cinq ans, mais les amputations dataient de la naissance.

Nous ne citerons qu'un de ces faits : Un homme de vingt-cinq ans, originaire de Panaupa, était porteur, depuis sa naissance, des lésions suivantes : « A la main droite, le pouce est normal, mais les autres doigts sont syndactylés, mais ils sont amputés en partie; il ne reste de l'auriculaire que la première phalange et une partie de la deuxième; le tronçon de ce doigt est isolément mobile et à peu près indépendant. Mais l'index, le médius et l'annulaire sont réunis en un tronçon commun ayant une forme triangulaire. Les premières phalanges seules existent dans le moignon. Deux trajets cutanés étroits situés au-dessous du niveau des plis digito-palmaires restent les seuls vestiges de l'indépendance primitive des doigts. »

D'ailleurs, nous dit M. Fontan, les auteurs brésiliens nous parlent, il est vrai, de lésions chez l'adulte, mais ils ne se sont pas toujours enquis du début des accidents; or la marche de l'aïnhum est lente; il y a des faits qui prouvent que son évolution a duré six, huit et vingt ans; on cite même un cas où la phalange n'a été sectionnée par le sillon constricteur qu'au bout de quarante ans. Et puis, eussent-ils interrogé leurs malades, quels renseignements précis ces médecins auraient-ils pu tirer de sauvages peu observateurs, peu soigneux, fort durs à la douleur et qui n'ont du temps qu'une notion fort imparfaite?

Les observations de M. Guyot n'ont-elles pas une grande importance et ne peut-on pas les considérer comme un trait d'union solide entre l'aïnhum et nos amputations spontanées? Certains des faits qu'il nous rapporte et en particulier celui que nous reproduisons semblent même décrire plutôt la seconde que la première de ces affections. Son récit paraît calqué sur ceux que nous ont laissés les auteurs ou qu'ont publiés MM. Trélat, Lannelongue et Fontan. Tout au plus y aurait-on remplacé les noms de Bouton, Dupont ou Martin par ceux de Tekaninem, Ténanikaputi et Térangatoa.

II

Les amputations congénitales sont, il est vrai, fort mal connues et l'intéressant article que Duplay leur concerne dans le *Dictionnaire encyclopédique* prouve que les hypothèses font encore le fond de leur histoire. Leur pathogénie surtout reste obscure; on se demande par quel mécanisme les membres ont été sectionnés, et des théories qu'on a imaginées, aucune ne satisfait pleinement l'esprit. La gangrène invoquée par Chaussier, pas plus que les imaginations ou les visions de la mère pendant sa grossesse, ne tinrent devant les critiques et l'on n'admit plus bientôt que la striction par le cordon ombilical ou par quelque néomembrane développée accidentellement dans la cavité amniotique.

La première de ces hypothèses n'a guère à son actif que quelques faits extraordinaires et dont la rigueur scientifique n'est pas absolue. On ne comprend guère d'ailleurs comment une striction assez énergique pour amener la séparation d'un membre ne provoquerait pas, avant l'amputation, l'oblitération des vaisseaux ombilicaux et par conséquent la rapide asphyxie du fœtus. Il existe cependant une observation d'Hillairet qui paraît authentique. « Chez un fœtus d'environ trois mois, le cordon, enroulé autour du cou, avait déterminé la décollation presque complète, en sorte que la tête n'était plus unie au tronc que par un simple pédicule d'un millimètre et demi d'étendue transversale. »

La seconde hypothèse défendue par Montgomery est encore acceptée par plusieurs auteurs et certains faits semblent l'étayer assez solidement. Zagorski rapporte que « sur un fœtus de cinq mois on trouva la jambe droite amputée; la cuisse se terminait en un moignon arrondi, d'où partait une bride membraneuse très résistante. Cette bride s'enroulait autour de la jambe gauche qu'elle serrait à la manière d'une ligature, produisant, à ce niveau, une dépression considérable. On trouva, suspendu vers le milieu de cette bride, le pied parfaitement bien conformé, mais fort petit ».

Ces brides une fois admises, Montgomery invoque deux causes pour expliquer l'amputation : d'abord la puissance rétractile du cordon fibreux analogue au tissu cicatriciel et puis l'accroissement du volume des parties. Le membre se développe dans la ligature et s'étrangle sur elle; les tissus se sectionnent, même les os souvent cartilagineux encore. Seule la peau, essentiellement élastique, se déprime sous le lien et recouvre ainsi le moignon. Avant que la puissance rétractile ne soit épuisée, avant que le membre n'ait fini de grossir, le pédicule est étroit, grêle, mal nourri et le moindre mouvement de la mère et du fœtus suffit alors pour amener une rupture.

Que quelques amputations spontanées aient eu pour cause ce mécanisme, nous n'oserions y contredire, d'autant que l'autorité de ceux qui nous ont transmis ces observations n'est pas sans avoir un grand poids. Mais ces enroulements du cordon, ces brides cicatricielles, on ne les a notés que dans quelques cas exceptionnels et l'on serait mal venu de les supposer lorsqu'on ne les retrouve pas. D'ailleurs, la multiplicité des lésions et leur groupement particulier sont fort souvent inconciliables avec cette théorie. Plusieurs observations en font foi.

« Comme on le voit sur le plâtre de Parrot, écrit M. Fontan, et comme on peut le constater par la lecture de plusieurs faits, les sillons sont indépendants les uns des autres sur la même main, ils sont placés à chaque doigt comme autant d'anneaux isolés plus ou moins rapprochés de la commissure palmaire. Je n'ai pas vu, pour moi, par exemple, le sillon du médius faire suite à celui de l'index ou de l'annulaire, avec une coïncidence telle qu'on pût en conclure à l'étranglement par une même bride. Il faudrait donc autant de brides annulaires complètes et indépendantes qu'il y a de doigts atteints. »

La théorie mécanique ne nous explique pas non plus la symétrie qu'on observe souvent dans les lésions multiples. On cite de nombreux cas où les sillons annulaires de l'aïnhum et ceux des amputations congénitales incomplètes se trouvent au même niveau sur les doigts correspondants des pieds et des mains. Elle ne nous rend pas compte enfin des cas où le sillon, à peine marqué au moment de la naissance, s'accuse de plus en plus et finit, après un temps plus ou moins long, par sectionner le membre. Il nous faut donc chercher une autre théorie plus en rapport avec l'état actuel de la science et qui nous donne à la fois la pathogénie de l'aïnhum et celle des amputations spontanées.

III

L'anatomie pathologique va nous être d'un grand secours. Grâce à M. Guyot, à M. Suchard, le distingué répétiteur du laboratoire d'histologie du Collège de France, on connaît maintenant, d'une façon précise, les lésions caractéristiques de l'aïnhum. Nous laisserons de côté les dégénérescences secondaires des segments sous-annulaires, la disparition de l'os, des tendons et des vaisseaux, l'accumulation du tissu graisseux qui ont été bien vus déjà par Wücherer, Schuppel, Corre, Cornil et Estor (de Montpellier). Ces particularités nous importent peu et nous ne nous occuperons que du sillon constricteur.

Sur une pièce apportée en France, par M. Guyot, voici les particularités que M. Suchard a constatées au niveau du sillon. Il s'agit d'un pouce d'enfant où existe une dépression commençante de 1 millimètre environ de profondeur. Cette dépression est située sur la face palmaire ; l'affection est donc à son début ou tout au moins à la période moyenne de son évolution. Le derme offre, dans ses couches profondes, un faisceau volumineux de tissu conjonctif, tendu transversalement. Il a son maximum d'épaisseur vers la ligne médiane et se continue, des deux côtés, avec le tissu dans lequel il se perd. On ne trouve ni lésions vasculaires ni lésions nerveuses. C'est bien une altération particulière du tissu conjonctif du derme et de ses couches sous-jacentes, le développement dans son épaisseur d'un trousseau fibreux qui jouera le rôle principal dans l'évolution de l'aïnhum.

En effet, ce sillon annulaire va se rétracter d'une manière lente et continue, comme une bride cicatricielle ; le trousseau fibreux entraîne avec lui la peau, qui s'étalera pour recouvrir une surface courbe plus étendue. Les tissus sous-jacents sont comprimés entre le squelette et cette sorte de ligature ; les vaisseaux et les nerfs s'oblitèrent ; la nutrition et la sensibilité s'altèrent, et c'est ainsi que s'expliquent les changements de forme, la dégénérescence graisseuse, la résorption de l'os et des cartilages, et enfin la pédiculisation et la chute du doigt.

Pareilles recherches n'ont pas été faites, que je sache, sur des pièces provenant d'amputations congénitales incomplètes, mais un examen attentif semble démontrer l'identité des deux lésions. Nous observons maintenant une petite fille qui présente un sillon annulaire à la jambe droite. Ce cas sera relaté tout au long dans la thèse que prépare mon élève, M. Laduriral, et le dessin qui en a été pris par M. Lannelongue paraîtra, plus tard, dans le grand Atlas que doit publier ce chirurgien.

Il s'agit d'une fillette de six mois, de bonne santé, bien conformée d'ailleurs et dont les seules lésions siègent sur les deux membres inférieurs. Le pied gauche, en varus, présente une syndactylie des deuxième, troisième et quatrième orteils. Mais, chose singulière, entre les racines du troisième et du quatrième orteil, il existe une fente longitudinale, reliquat d'une division primitive des doigts. Nous insistons sur ce point relevé cinq fois par Fontan dans les quelques observations qu'il donne dans son article, et que nous avons vu signalé dans le cas déjà cité de M. Guyot.

Le membre gauche est dans la rotation en dehors; la peau a conservé sa coloration normale. A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe, on trouve un sillon circulaire creusé d'un centimètre environ. Pour en apercevoir le fond, on est obligé d'en écarter les bords. On voit, à son niveau, une légère desquamation épidermique, une teinte peut-être un peu plus vive et une sécrétion plus abondante. Lorsqu'on palpe cette peau, on a la vague sensation de la bride fibreuse que l'histologie nous décrit dans l'aïnhum.

Le segment supérieur du membre est bien nourri; la peau est fine, lisse, rosée, doublée de tissu adipeux comme celle des autres parties du corps. Le segment inférieur est un peu différent; il est peut-être légèrement œdémateux. Sur la face dorsale du pied, on trouve une tuméfaction mollasse, comme lipomateuse et occupant toute la région tarso-métatarsienne. L'extension est impossible au delà de l'angle droit; la flexion est au contraire très facile et on peut la porter jusqu'au contact de la face dorsale des métatarsiens avec la jambe.

IV

Le cordon fibreux cicatriciel développé dans les couches profondes du derme nous paraît donc indépendant de toute origine mécanique, et nous acceptons son apparition spontanée aussi bien dans l'aïnhum que dans les amputations congénitales, ou pour mieux dire, dans les deux cas, il ne s'agit, pour nous, que d'une seule et même lésion.

Mais sous quelle influence se produisent ces bizarres altérations ? L'introduction d'un parasite sous les téguments, la marche pieds nus, les traumatismes répétés, invoqués par le médecin du Brésil, ne sont pas plus recevables, pour l'aïnhum, que, pour les amputations congénitales, les émotions vives de

la mère. Une autre opinion se fait jour, qui nous paraît autrement sérieuse, bien que la démonstration directe soit loin encore d'en être donnée.

Nous trouvons dans le premier volume des *Mémoires de chirurgie*, de Verneuil, l'observation recueillie par un de de ses internes, notre ami Maurice Longuet (de Bourges), et la théorie qu'il propose pour expliquer les amputations congénitales, la syndactylie et les sillons notés sur un enfant, nous paraît, comme à M. Verneuil, « ingénieuse et fort acceptable ». Il se demande s'il ne s'agit pas de troubles trophiques sous la dépendance directe du système nerveux central. C'est du reste l'opinion acceptée par M. Guyot et défendue avec autorité par le docteur Fontan.

Les arguments sont nombreux. Nous laissons de côté, pour en avoir déjà parlé, la difficulté d'expliquer par les théories anciennes, — enroulement du cordon et brides placentaires, — ces sillons multiples, souvent symétriques et dont l'évolution se continue parfois longtemps après l'accouchement. Mais n'a-t-on pas remarqué d'abord la simultanéité fréquente des amputations spontanées et de certaines malformations imputables seulement à des lésions du système nerveux? Le pied bot n'est pas rare. Notre observation en est une preuve. On cite l'hydrocéphalie, le spina bifida, et dans le petit groupe de faits qu'il a recueillis, Fontan note cinq fois la syndactylie.

Or cette syndactylie elle-même contient une indication précieuse. Maurice Longuet nous montre, dans son cas, la fusion phalangienne existant à la partie moyenne des doigts et non au niveau de la commissure. Or on sait que la segmentation se fait sur l'embryon de l'extrémité onguéale vers le métacarpe. Il faut donc admettre que, dans les cas où la commissure est libre, il s'agit d'une syndactylie acquise pendant la vie intra-utérine. Les doigts, déjà individualisés, se seront ulcérés sous l'influence de quelque trouble trophique. Puis, pendant la cicatrisation, il se sera produit une véritable greffe cutanée. Dans notre observation, la fente commissurale doit reconnaître cette origine. Il faut savoir d'ailleurs que des ulcères rebelles, rattachés à des altérations du système nerveux central, sont notés par plusieurs auteurs dans des cas d'amputations spontanées.

C'est ainsi que, dans une observation importante, Chancerel parle d'un enfant, qui, au moment de la naissance, portait un ulcère rebelle provoqué, d'après l'auteur, par un arrêt de développement de la peau et qui siégeait en un point symétrique de celui où l'autre jambe avait été amputée. Le cas de Mirault, commenté par Verneuil, relatait aussi des ulcérations qui existaient non seulement aux mains, mais encore aux avant-bras.

On se rappelle encore que les lésions sont parfois systématiques, ce qui plaide aussi en faveur de l'origine centrale. Souvent les sillons siègent aux mêmes orteils sur les pieds, aux mêmes doigts sur les mains, et se rencontrent sur les jambes à la même hauteur. Donc malformation concomitante, existence de syndactylies particulières et d'ulcères rebelles, trophiques, lésions souvent symétriques, telles sont les raisons que l'on invoque pour appuyer la théorie nerveuse, moins impuissante que les hypothèses mécaniques à expliquer les sillons constricteurs de l'aïnhum et des amputations spontanées.

La lésion locale, d'ailleurs — l'anneau fibreux caractéristique — ne rappelle-t-elle pas certaines productions analogues rattachées par tous les auteurs à des troubles trophiques; le groupe des sclérodermies : la sclérodermie généralisée, la sclérodermie en plaques, la sclérodactylie à gantelet — et ne faut-il pas approuver M. Fontan lorsqu'il propose d'appeler l'aïnhum la *sclérodermie annulaire?*

Il est une autre affection que nous voudrions agréger à ce groupe, la rétraction de l'aponévrose palmaire, caractérisée, elle aussi, par l'apparition, dans les couches profondes du derme, de faisceaux dont la puissance rétractile, pour s'exercer dans un autre sens que celle du cordon de l'aïnhum, n'en est pas moins fort analogue. Comme dans l'aïnhum, ne s'agit-il pas de la production d'un cordon fibreux, la lésion n'est-elle pas systématique, ne note-t-on pas enfin des rétractions congénitales et des rétractions survenues chez l'adulte, tout comme dans la maladie brésilienne? Nous sommes étonnés qu'un pareil rapprochement n'ait pas encore été fait.

V

Nous ne voudrions pas terminer ce long article sans dire quelques mots du traitement de ce sillon dont la marche progressive amène l'amputation du segment de membre qu'il occupe. Les auteurs ne sont guère encourageants; Guyot nous dit que le processus de l'aïnhum ne saurait être arrêté. Cependant on cite un cas où da Silva Lima aurait obtenu un succès par une simple incision perpendiculaire du sillon constricteur.

La question va se poser bientôt pour la petite malade dont nous avons donné plus haut l'observation; déjà le pied se déforme, il devient cylindrique et prend l'apparence lipomateuse; le sillon doit comprimer déjà les tissus contre le squelette de la jambe, et pour peu que le tibia grossisse, muscles, tendons, vaisseaux et nerfs vont s'écraser sous la ligature. Si l'on n'agit pas, le pied est donc perdu dans un avenir que nous ne saurions déterminer, mais qui nous paraît prochain, vu l'étroitesse actuelle du pédicule. Une intervention nous semble donc urgente.

Voici ce que nous comptons faire si c'est à nous qu'échoit le soin de traiter la petite malade. Nous exciserons une bande de peau de 5 millimètres environ, à peu près dans la demi-circonférence du membre. Le tractus fibreux dermique et sous-dermique sera enlevé avec le plus grand soin. Puis nous suturerons les deux lèvres de la perte de substance, laissant aux deux extrémités une petite ouverture drainée par quelques crins de Florence. Les téguments, souples et mobiles, permettront l'affrontement sans tension aucune. Nous surveillerons l'enfant, et si cette opération est efficace, si le sillon ne se reproduit pas au niveau de la suture, nous compléterons plus tard cette opération en enlevant la demi-circonférence qui restera du sillon primitif.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète, mémoire présenté à l'Académie de médecine le 22 novembre 1881, par le docteur P. Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux.

En raison des obscurités qui environnent l'étiologie de l'angine de poitrine, j'ai pensé qu'il y avait un certain intérêt à publier quelques faits où cette névralgie m'a paru avoir des *relations non douteuses avec le diabète sucré.*

C'est plutôt pour signaler le fait à l'attention des observa-

teurs que pour en tirer des conclusions définitives que j'ai songé à faire connaître ces observations; car elles sont encore en trop petit nombre, leur étiologie est trop complexe pour établir d'ores et déjà la relation de cause à effet entre le diabète sucré et l'angine de poitrine.

OBS. I. — La première fois que mon attention fut éveillée sur ce point, ce fut chez un malade âgé de cinquante-deux ans, dont j'avais reconnu le diabète en 1875, parce qu'il présentait une polydypsie et une polyurie des plus manifestes.

C'est un homme d'une vigoureuse constitution, d'une haute stature, et qui pèse 118 kilogrammes. Dès que je fus mis sur la voie de son mal par les symptômes caractéristiques que j'indiquais tout à l'heure, je le soumis au traitement approprié : marche forcée, alimentation mixte, sucre et féculents en très petite quantité, cure aux eaux de Vichy. Sous l'influence de ce traitement, la soif, la polyurie diminuèrent; le poids diminua lentement; l'énergie, les forces revinrent en partie. M. X... reprit son apparence habituelle de vigueur, et il ne réclame mes soins qu'à des intervalles très éloignés.

Dans les premiers jours du mois de novembre 1878, il assistait, dans une grande salle non chauffée, mal close, à une vente publique, lorsqu'il fut saisi d'une violente douleur sternale avec l'impression de griffes de fer qui lui étreignaient la poitrine; elle suspendit sa respiration, le cloua sur place, et le mit pendant deux minutes dans l'impossibilité de remuer.

L'accès passé, il regagna son domicile, se sentant tout brisé et chancelant. Le lendemain, nouvel accès de douleur ayant le même point de départ, et se propageant dans le petit doigt gauche. Il eut ainsi douze accès, chacun suivi d'un sentiment de fatigue extrême et d'une moiteur générale.

C'est alors que je fus appelé auprès de M. X... Je lui trouvais le facies très altéré, les yeux cernés, les traits tirés, la face pâle. Le malade me raconte les douleurs qu'il a éprouvées, leur violence, qui est telle, qu'il succombera si elles se renouvellent. La femme du malade me fait le même récit, en me retraçant les angoisses éprouvées par son mari, l'accablement, la sueur qui s'emparaient de lui à la fin de l'accès. Cette douleur a pour siège les premières pièces du sternum, la région sus-mamelonaire gauche; de là elle s'étend à l'épaule gauche, le long du bras et de l'avant-bras, usqu'au petit doigt : griffes de fer, constriction atroce du thorax, rapidité foudroyante de l'attaque, sentiment d'une fin prochaine, rien ne manque au tableau. Cette vivacité de la douleur cède bien vite; mais M. X... garde en permanence une sensation de meurtrissure, d'endolorissement, qui occupe tout le côté gauche de la poitrine et la partie supérieure du thorax des deux côtés.

L'examen de la région douloureuse ne révèle rien de particulier à l'œil nu. A la pression, les espaces intercostaux sont un peu sensibles. En suivant le trajet des phréniques, en comprimant le rebord des fausses côtes près de l'épine sternale, on ne détermine pas de douleur. Rien aux apophyses épineuses. Le pouls est régulier à 96. Le cœur soulève avec force la paroi thoracique. La percussion de cet organe donne une matité verticale de 11 centimètres et une matité transversale de 12 centimètres. Le premier bruit est mal frappé, affaibli, de sorte que le petit silence a à peu près disparu. Ce prolongement du premier bruit est surtout marqué au niveau de l'orifice pulmonaire. L'état des poumons est normal; les fonctions digestives s'opèrent bien. L'examen des urines, quelques jours avant, avait donné 12 grammes de sucre par litre.

Je prescris du bromure de potassium à doses croissantes jusqu'à 8 grammes par jour; les douleurs s'amendent un peu, puis elles reviennent avec leur intensité première.

Le 31 décembre, 25 grammes d'eau-de-vie allemande amènent un nouvel amendement de quarante-huit heures.

Le 2 janvier 1879, il a eu des douleurs depuis neuf heures du soir jusqu'au matin. Elles avaient pour point de départ le sternum, l'épigastre, le moignon de l'épaule, le creux de l'aisselle. Ces douleurs sont très vives et le jettent dans un profond accablement. Il remarque que ces douleurs reviennent à peu près exactement vers neuf heures du soir. — Je prescris 8 pilules par jour, contenant chacune : sulfate de quinine, 10 centigrammes; bromure de potassium, 10 centigrammes; opium brut, 1 centigramme.

Dans la nuit du 2, accès moins fort; durée, une heure. Dans la journée du 3, accès de trois quarts d'heure moins fort que le précédent.

La nuit il a pu goûter un peu de repos; il est fatigué, abattu; il n'a plus d'appétit.

5 janvier. — Dans la journée du 4, il n'a eu que de petits accès; mais dans la nuit du 4 au 5 il a eu un accès très douloureux; pouls à 92. Le cœur et les poumons sont toujours dans le même état.

Dans la nuit du 5 au 6, petite douleur sternale. Injection de 4 milligrammes de morphine. Deux heures après éclate un violent accès qui dure jusqu'à minuit. — Vésicatoire à la région sternale.

Le 7, un petit accès limité au bras gauche; pouls à 112. — Pas de médicaments.

Le 8, accès qui, après une période aiguë d'une extrême violence, a laissé le malade endolori pendant dix-huit heures. — Traitement : injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine; potion avec bromure de potassium, 4 grammes; sirop de chloral, 20 grammes; sirop de thébaïque, 20 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 80 grammes.

9. — La nuit du 8 au 9 a été bonne; pas de douleur. Le cœur donne 12 centimètres de matité verticale avec 9 de matité transversale. A la base, bruit pendulaire. L'analyse des urines ne donne que 14gr,28 de glycose par litre. Poids de l'urine pour vingt-quatre heures, 1300 grammes.

10. — Il n'y a pas eu d'accès depuis la potion calmante.

J'observe nettement une différence entre le pouls du matin, qui est à 112, et le pouls du soir, qui est à 120. Habituellement il se sent plus fatigué dans l'après-midi depuis trois ou quatre jours. Poids de l'urine le 10, 1200 grammes.

Mes confrères et amis, M. le docteur Levieux et M. le professeur Pitres, avec qui j'ai une consultation pour ce malade, acceptent le diagnostic que j'avais posé et me confirment dans le dessein que j'avais conçu de revenir au sulfate de quinine. — Je prescris au malade huit pilules contenant chacune 10 centigrammes de sulfate de quinine et 1 centigramme d'opium brut.

12. — Le malade n'a pas eu d'accès depuis le 9; le pouls est à 92. Il n'éprouve plus qu'une douleur vague, obscure à la partie supérieure du sternum, qui l'oblige à faire de longues expirations. Sommeil la nuit passée. Les bruits du cœur sont plus nets; le léger souffle de la base persiste. — Sulfate de quinine *ut supra*.

13. — Selles abondantes; pouls à 84; pas de douleur.

14. — Un petit accès de demi-heure limité à la poitrine. — Le sulfate de quinine est continué quelques jours.

Les douleurs disparaissent définitivement.

Depuis j'ai revu le malade. Son état général est bon; il perd très peu de poids. Le poids de glycose oscille entre 15 et 25. Le cœur ne présente rien de particulier. Le bruit de souffle a à peu près disparu. De temps à autre il éprouve encore de vives douleurs sternales, écho affaibli des anciennes douleurs.

En 1879, il a été faire un voyage à Paris; il a eu froid. Il a eu aussitôt cinq ou six accès très forts, avec propagation de la douleur dans l'épaule gauche.

En 1880, il a eu encore un accès; la douleur se propageait dans l'épaule droite.

M. X... est persuadé que s'il se fatiguait, s'il s'exposait au froid, comme auparavant, les accès se reproduiraient.

Je n'ai jamais pu obtenir d'analyses régulières d'urines.

OBS. II. — Mme X..., fille d'un diabétique, âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution très robuste, perd son mari d'une affection cardiaque en 1877. Jusqu'à cette époque elle avait mené une vie de plaisirs : spectacles, soirées, dîners succulents. Presque tous les jours elle mangeait une assez grande quantité de gâteaux et de bonbons. Dans la dernière année de la vie de son mari, elle fut sans cesse sur pieds, entourant le malade des soins les plus dévoués, dormant par conséquent très peu, et mangeant d'une façon très irrégulière.

Elle ressentit très vivement la perte de son mari. Six mois après elle commençait à se plaindre de douleurs ayant pour siège la région précordiale. Elle était réveillée brusquement la nuit, vers trois heures du matin, par une gêne douloureuse occupant toute la région du cœur. La respiration devenait difficile, elle étouffait. Ce trouble durait environ une heure ou deux, après quoi la douleur s'amoindrissait, et elle dormait jusqu'au matin. J'examinai à cette époque la région endolorie. L'examen à l'œil nu ne me permit pas de constater quelque chose d'anormal, quoique la malade assurât que ce côté était plus volumineux que le droit. Je ne trouvai aucun ganglion au voisinage, même dans le creux de l'aisselle; les glandes mammaires étaient normales, indolores. Les doigts, promenés légèrement sur la peau, ne provoquaient aucune douleur; mais dès que cette pression devenait plus forte, en suivant le trajet des nerfs intercostaux, la sensibilité était très vive, surtout dans le septième espace intercostal gauche. La pression des

apophyses épineuses était indolore. Je prescrivis des frictions calmantes au chloroforme et à l'essence de térébenthine. Deux mois plus tard, les mêmes douleurs persistaient, offrant des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Dans une de mes visites, je vis alors Mme X... boire avec avidité de l'eau. Je l'interrogeai, elle m'apprit que depuis quelque temps elle urinait abondamment et que sa soif était augmentée. Une analyse d'urine à l'aide de la liqueur de Fehling et du polarimètre décela 30 pour 1000 de glycose.—Prescription : régime mixte ; viande, légumes frais, pommes de terre et purée de légumes secs deux fois par semaine. Bromure de potassium, 3 grammes par jour; deux verres d'eau de Vichy par jour; deux bains alcalins par semaine.

Au bout d'un mois le sucre était tombé à 25 pour 1000, mais les douleurs étaient à peu près les mêmes. Je conseillai alors de la strychnine et de l'acide arsénieux de 1 à 10 milligrammes par jour en passant par des doses progressives.

Régime, traitement furent très mal observés. Les points de côté se faisaient toujours vivement sentir, et dès que la malade éprouvait une émotion, la nuit était plus mauvaise et la douleur la réveillait brusquement en sursaut. Je l'envoyai à Royat, elle en revint améliorée. Les douleurs ne se montraient plus qu'à des intervalles assez éloignés, la quantité de sucre était tombée à 25 pour 1000.

L'indocilité de la malade rendit ce succès très momentané. La quantité de sucre remonta à 35 pour 1000.

En 1878, même état, plaintes incessantes; malaise général; affaiblissement; perte de poids, 5 livres. La quantité de sucre oscille entre 25 et 35 pour 1000.

Cure à Vichy. Mme X... y prend des accès de fièvre contre lesquels le sulfate de quinine reste impuissant. J'avais déjà eu l'occasion de constater ces accès fébriles, simulant tout à fait des accès paludéens irrégulièrement intermittents, qui surviennent après une légère fatigue, après un refroidissement chez les diabétiques. Le sulfate de quinine à haute dose, 1 gramme, associé à l'extrait mou de quinquina et à l'alcoolature d'aconit, en triomphe le plus souvent.

Dix jours après la cure de Vichy, la quantité de sucre était tombée à 10 pour 1000.

Depuis cette époque, la malade a fait tous les ans une cure à Vichy. Elle a pris quelquefois un peu de strychnine et d'acide arsénieux; elle refusait l'iodure de potassium.

Elle a montré par intervalles un peu plus de docilité à s'astreindre à un régime dans lequel les féculents, le sucre et les vins sucrés sont quelquefois bannis, sans que j'aie jamais pu obtenir une abstention sérieuse.

L'état général est assez bon; elle est vive, énergique, pleine d'entrain; la physionomie est colorée et respire la santé. Le sommeil est plus complet, moins troublé par le point de côté accompagné de suffocations. La perte de poids est d'environ 2 kilogrammes par an. Les règles ont lieu tous les mois sans hémorrhagie ; elles sont à peu près ce qu'elles étaient avant la maladie.

Les lésions les plus manifestes ont porté surtout sur le système épidermique : les cheveux sont tombés, les dents se sont cassées, la face palmaire des mains offre des squames avec fendillement profond et douloureux de l'épiderme et du derme; il y a là une sorte d'eczéma sec, fendillé. Elle a souvent des vulvites et des vaginites; ces muqueuses deviennent d'un rouge vif, l'épithélium a disparu. Les badigeonnages de solution faible de nitrate d'argent font seuls disparaître momentanément la sécheresse et la brûlure.

L'examen de la région précordiale ne dénote rien de particulier, comme en 1877. La douleur à la pression peut être provoquée dans le cinquième, le sixième et le septième nerf intercostal gauche. Cette douleur provoquée a pour siège les points d'émergence du nerf et l'angle des côtes. Les apophyses épineuses correspondantes sont également douloureuses.

Le cœur a ses dimensions normales, les bruits ont un timbre métallique. Le premier bruit est un peu prolongé; pas de souffle, pas d'altération dans le rythme. Le pouls est fréquent, je ne l'ai jamais trouvé au-dessous de 96 à 100.

L'état des autres fonctions est excellent. L'appétit est assez régulier, la soif peu vive; les fonctions digestives s'exercent bien. La menstruation a lieu régulièrement. La malade n'a jamais suivi de régime sévère et n'a jamais pris qu'à de longs intervalles les médicaments ci-dessus désignés.

Les eaux de Vichy ont montré leur puissante efficacité, soit au point de vue des accidents que nous avons examinés, soit au point de vue de la quantité de sucre.

Les accès de douleur à la région précordiale et à la région sternale se sont éloignés, sont plus tolérables, et ne reviennent avec intensité que lorsqu'elle se livre à des fatigues exagérées ou lorsqu'elle est sous le coup de vives contrariétés.

Obs. III. — M. Y..., homme d'une robuste constitution, âgé de cinquante-cinq ans; pas de diabétique dans sa famille. Son père et sa mère sont morts âgés. Depuis l'âge de vingt-cinq ans il dirige des raffineries de sucre et consomme une grande quantité de sucre, environ 250 grammes par jour. Son associé, qui n'était pas son parent, a succombé aux progrès de la glycosurie. Ce dernier consommait peu de sucre, s'occupait surtout des affaires de dehors, mais avait mené une existence très orageuse.

Au commencement de l'année 1879, M. Y... perd son fils, qu'il affectionnait très vivement. Pendant plusieurs mois il veilla une partie de la nuit ce pauvre enfant, et le jour il s'occupait des affaires de la raffinerie.

La mort de ce jeune homme, d'une rare intelligence, qui succomba à une tuberculose pulmonaire, probablement héréditaire du côté maternel (sa mère a perdu deux frères phthisiques), fut vivement ressentie par les parents. La mère tomba dans un état de langueur, d'anémie dont elle s'est à peine relevée. M. Y... parut d'abord mieux supporter cette épreuve, puis il éprouva de la fatigue, un abattement considérable et une inaptitude complète au travail. Le 8 novembre, en se mettant au lit, il sentit tout à coup, au contact de la fraîcheur des draps, une douleur aiguë à la région précordiale; la respiration s'arrêta, et il fut sur le point de perdre connaissance. Cet accident se renouvela deux fois dans la nuit, chaque fois que M. Y... mettait les pieds sur le parquet, qui était froid. Ces troubles se montraient brusquement, pour disparaître bientôt avec une grande rapidité.

Les jours suivants, M. Y..., qui est d'une extrême bonté et d'une humeur égale, était devenu impatient, irritable. Il me fit part de cet état, je le questionnai, et j'appris alors qu'il avait perdu de son poids, quoiqu'il pèse encore 93 kilogrammes, qu'il est moins vigoureux qu'autrefois, que son appétit est plus irrégulier, que sa soif est plus vive.

L'examen de la région précordiale dénotait à la pression un peu de sensibilité dans le quatrième, cinquième et sixième espace intercostal gauche, douleur très différente de celle qu'éprouvent les malades atteints de névralgie intercostale, quand on vient à presser le nerf douloureux.

La dernière pièce du sternum est seule sensible dans toute son étendue.

Le volume du cœur est normal; les bruits du cœur sont normaux; le bruit systolique est un peu prolongé.

La respiration est normale, cependant elle est un peu entrecoupée aux deux sommets.

Les fonctions digestives s'exécutent bien, le sommeil est excellent. Je fais examiner les urines : la liqueur de Fehling et le polarimètre y décèlent 54 de sucre pour 1000 grammes d'urine.

Le malade est soumis à un régime mixte, à l'usage du pain de gluten. Toutes les substances sucrées, qu'il recherche avec empressement, sont supprimées. Je lui fais prendre du bicarbonate de soude, et au mois de juin 1880 il va faire une cure à Vichy.

Depuis cette époque l'état général est excellent; le malade a repris sa vie active; il dirige comme autrefois l'importante industrie à la tête de laquelle il est placé; sa gaieté et son égalité d'humeur sont revenues.

Au mois de décembre, il est repris encore de douleurs vives dans la poitrine. La respiration était gênée, douloureuse. La douleur à la pression occupait les cinq premiers espaces intercostaux gauches et le sternum. Il était devenu morose et triste, sue au moindre exercice. Le bromure de potassium seul ou associé au sulfate de quinine, les frictions, les vésicatoires n'ont que médiocrement amélioré cette douleur, qui a duré dix jours. Elle était continue, mais elle devenait plus forte le soir.

A la fin de février 1881, la douleur a reparu, occupant toujours les parties supérieures de la poitrine avec le même caractère qu'elle avait précédemment. Le salicylate de soude à la dose de 3 grammes a diminué notablement la douleur en trois jours. 5, 6 grammes de salicylate m'ont paru la faire disparaître complètement.

Le cœur, examiné à cette époque, ne présentait rien de particulier, sauf le léger souffle systolique déjà signalé. Le pouls est plein, régulier, et bat 65 fois par minute. La respiration est entrecoupée. Etat des fonctions digestives excellent.

Ce malade prend assez fréquemment de faibles doses de strychnine de 2 milligrammes par jour, et s'en trouve assez bien.

La douleur a reparu à diverses régions dans le courant de 1881. Au mois de juillet le malade va faire une cure à Vichy. Quelques

jours après le début du traitement, cette douleur est revenue. Elle occupe les premières pièces du sternum; elle lui donne de l'oppression. Il est obligé d'ouvrir souvent les fenêtres de sa chambre pour respirer plus largement. Cette douleur et cette sensation persistent, quoique le traitement de Vichy ait ramené la quantité de sucre à zéro. La polydypsie avait cessé, et la polyurie également. Avant son départ, le malade rendait de 2 à 3 litres et demi d'urine; à son retour cette quantité était tombée à 1500 grammes.

Le 2 août, dix à quinze jours après son retour de Vichy, la douleur avait à peu près complètement disparu. Elle reparaît encore de temps à autre.

OBS. IV. — M. B..., trente-huit ans, constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé et ne s'est jamais livré à aucun excès. En 1872, il perd une fortune considérable dans des spéculations malheureuses. Il a supporté cependant cette épreuve avec un certain courage.

Dans les premiers jours de janvier 1878, il éprouve tout à coup de la gêne dans la région précordiale; il sent son cœur battre irrégulièrement, il lui semble qu'il va s'arrêter, et il est sur le point de perdre connaissance. Depuis quelque temps il est oppressé, et il lui est impossible de marcher, de courir, de monter un escalier comme autrefois; il se sent fatigué, affaibli. Six mois auparavant il pesait 71 kilogrammes, il n'en pèse plus que 69.

L'extérieur du malade ne présente rien de particulier, le pouls est régulier et bat 72 fois par minute.

Le cœur est normal comme volume, mais à la base je trouve un léger souffle systolique qui se prolonge dans les carotides.

La poitrine résonne à la percussion d'une manière exagérée; la respiration, affaiblie, témoigne d'un peu d'emphysème. Les fonctions génésiques sont intactes; les fonctions digestives s'exercent bien; la soif est augmentée. M. B... trouve qu'il urine plus que d'habitude. L'examen des urines par la liqueur de Fehling et le polarimètre accuse 22 pour 1000 de glycose.

Je perds de vue le malade. Au mois d'octobre 1879, je lui donne des soins pour une bronchite aiguë qui était venue compliquer son emphysème. Je ne pus obtenir d'analyse d'urine.

En 1880, au mois de septembre, nouvel accès de bronchite moins grave que le précédent. Au mois d'octobre une analyse d'urine est faite et ne décèle pas de sucre. En 1881, pas d'oppression, pas de bronchite; retour à la santé antérieure. Examen des urines négatif.

La fréquence et la ténacité des troubles nerveux qui surviennent dans le courant du diabète est un fait qui a été noté par la plupart de ceux qui ont observé ou décrit cette maladie.

Récemment, M. Worms a, de nouveau, attiré l'attention des médecins sur ces faits en communiquant à l'Académie de médecine deux observations de névralgie symétrique du sciatique et du dentaire inférieur chez les diabétiques.

J'avais fait moi-même une semblable remarque, sans noter cependant, comme ce médecin distingué, la symétrie dans les douleurs névralgiques.

Chez deux de mes malades en effet, atteints de diabète prononcé, à marche chronique, la névralgie sciatique et la névralgie dentaire sont unilatérales.

Mais une de ces névralgies, qui attira le plus vivement mon attention, ce fut celle qui se caractérisait par une douleur persistante à la région précordiale, au sternum, accompagnée d'accès de suffocation, de dyspnée. Ce syndrome a une physionomie assez nette pour m'avoir poussé à examiner sur ces seules indications les urines de mes malades en l'absence de polydypsie et de polyurie et d'y trouver une notable quantité de sucre. Malheureusement l'impossibilité de faire faire des analyses régulières d'urine, tant à cause du peu de bonne volonté des malades, que de la crainte de frapper trop souvent leur esprit, en mettant sans cesse sous leurs yeux la cause de leur mal, m'a empêché d'établir avec toute la netteté, toute la précision désirables, la relation qui existe entre les accès de névralgie et les variations du sucre. Chez tous mes malades, comme chez la plupart des diabétiques, on trouve dans l'étiologie de la maladie des chagrins prolongés, et, chaque fois que les émotions morales étaient renouvelées, les accidents névralgiques s'exacerbaient.

Dans la première et dans la quatrième observation les symptômes du diabète s'étaient montrés chez les malades après des revers de fortune, les malades de la deuxième et de la troisième observation rapportaient le début de leur mal à des émotions morales. Chaque fois qu'une circonstance rappelait les événements qui leur avaient fait une douloureuse impression, elle déterminait les accès de névralgie.

La première observation que nous avons rapportée ne me paraît pas laisser de doute sur le diagnostic de l'accident qui a compliqué ce diabète. Ce sont bien des accès d'angine de poitrine auxquels nous avons eu à faire. Mes confrères, MM. les docteurs Levieux et Pitres, qui avaient vu ce malade avec moi, n'ont pas hésité à accepter ce diagnostic.

La brusquerie de l'apparition des douleurs, leur irradiation dans l'épaule gauche et jusqu'au petit doigt, l'étreinte douloureuse qui immobilisait la moitié gauche du thorax, l'accablement, la prostration qui accompagnaient les accès, offrent un tableau suffisamment complet de cette névralgie thoracique, qu'on désigne sous le nom d'angine de poitrine.

Après une série d'accès, l'angine de poitrine a disparu pour réapparaître dès que la cause qui l'avait provoquée a agi de nouveau. Une meilleure hygiène, des soins plus attentifs mettent le malade à l'abri de ces accès, mais il a conscience qu'un air vif et froid, qu'un refroidissement même avec de l'eau froide les ramèneraient. Ce sont là des observations applicables à tous les cas d'angine de poitrine. Qu'ils reconnaissent l'action pure et simple du froid, l'abus du tabac, etc., ils diffèrent en cela des accès d'angine de poitrine symptomatique d'une tumeur intrathoracique, d'une affection du cœur dont la marche est quelquefois continue ou paroxystique. Le retour de l'accès reconnaît alors pour cause les incidents les plus insignifiants : un léger effort, une nourriture plus copieuse, une émotion gaie ou triste, etc.

Le refroidissement ne me paraît pas une cause suffisante pour expliquer chez ce malade l'angine de poitrine en dehors du diabète. Dans les cas où cet agent a été incriminé on a remarqué qu'il remplissait le rôle de cause occasionnelle. L'humidité, la fatigue prolongée, une mauvaise alimentation, avaient déjà préparé le terrain comme la glycosurie l'avait fait chez nos malades. Qu'est-ce d'ailleurs que le glycosurique? Sinon un malade qui transforme en sucre destiné à être éliminé les matières albuminoïdes nécessaires à la constitution de la trame organique.

Je pensai pour ces motifs que je devais faire porter au diabète la principale responsabilité des accès d'angine de poitrine qui avaient frappé le malade et que le froid n'avait joué qu'un rôle secondaire. De nouvelles observations d'angine de poitrine chez des diabétiques sont venues me confirmer dans cette opinion.

Chez la deuxième malade la symptomatologie de la maladie est moins nette. L'angine de poitrine n'est qu'ébauchée, elle est, en outre, associée à des accès de névralgie intercostale. On a noté depuis longtemps les liens qui unissent entre elle ces deux névralgies.

Piorry avait signalé « que le plus souvent les symptômes dits angine de poitrine consistent dans une névralgie des nerfs thoraciques, du plexus brachial et du nerf cubital » (*Bulletin clinique*, n° 9). Valleix fait remarquer « que dans quelques circonstances l'angine de poitrine paraît liée à une névralgie intercostale du côté gauche et même du côté droit » (Valleix, *Traité des névralgies*, p. 416). Cahen (Névroses vaso-motrices, *Arch. de méd.*, t. II, 6e série, 1863, juillet à décembre, p. 565) à qui j'emprunte ces citations, ajoute « qu'il est hors de doute que dans l'angine de poitrine il existe une névralgie des nerfs rachidiens, mais la névralgie intercostale simple et la névralgie brachiale ne s'accompagnent pas habituellement des accidents graves de l'angine de poitrine ». La douleur vive, subite, aiguë, qui réveillait la malade dans son sommeil, s'irradiait à toute la région précordiale, lui causant une angoisse et une suffocation telles, qu'elle

a cru quelquefois à sa fin prochaine, nous paraît être plus qu'une simple névralgie intercostale et mérite, à notre avis, d'être rapportée à une forme légère de l'angine de poitrine.

L'observation n° III est bien un cas d'*angor pectoris*. Ici, la rapidité de l'invasion, le siège de la douleur au sternum et au côté gauche du thorax ne laissent pas de doute. Le mal se présente sous une forme d'apparence légère, elle appartient à cette variété d'angine de poitrine qui occupe le sternum, ne s'étend pas au delà, naît et disparaît avec rapidité et n'en n'est pas moins redoutable, car nous avons vu périr deux malades qui en étaient atteints. Chez ces deux malades, le pronostic ne m'avait pas paru grave, parce que les accès étaient courts, la douleur plus circonscrite, les attaques très espacées et qu'aucune lésion grave du cœur ne leur avait donné naissance et que leur santé générale se maintenait bonne; cependant ces deux malades ont été foudroyés, l'un en montant en voiture, l'autre en montant dans son lit.

Le malade qui fait l'objet de l'observation n° III était autrefois un marcheur intrépide, un homme courageux et ferme; aujourd'hui il ne peut affronter aucune fatigue, il ne peut éprouver une vive émotion sans ressentir cette douleur sternale, oppressive qui le cloue sur place.

C'est le seul malade chez lequel j'ai pu noter la persistance de la douleur sternale quoique la quantité de sucre contenue dans les urines fût réduite à zéro, après un séjour à Vichy et pendant un certain temps.

La quatrième est une forme très légère de l'angine de poitrine. Dans ce cas elle s'est montrée pendant que le malade était diabétique, elle a disparu en même temps que cessait ce diabète temporaire.

Ces deux derniers faits semblent en apparence contradictoires puisque dans l'un (observation n° III) la douleur sternale persiste malgré la disparition momentanée du sucre, chez l'autre, elle cesse avec la maladie. Je ferai remarquer que ces deux faits n'ont entre eux qu'une faible relation. Le malade n° 3 est en effet un diabétique constitutionnel, vrai, atteint du diabète chronique, le second est un simple glycosurique. Il me paraît inutile d'insister sur la différence qui existe dans les deux cas et que tous ceux qui ont écrit sur ce sujet ont parfaitement signalée.

J'ai vu chez un autre malade, vieillard âgé de soixante-treize ans, atteint de diabète, vrai, chronique, ayant tous les signes classiques de cette maladie, polyurie, polydypsie, quantité notable de sucre dans les urines, cataracte symptomatique, — une névralgie sciatique limitée à un seul membre contrairement à l'observation de M. Worms (*Acad. de méd.*, 28 septembre 1880). Cette névralgie s'était montrée quand le diabète avait atteint une certaine intensité et que la constitution affaiblie trahissait la gravité du mal. Eh bien, chez ce malade quand, par le régime et le traitement, la quantité de sucre diminuait de 12 ou 15 grammes, la névralgie n'en était nullement améliorée. Rebelle à tous les traitements, elle n'en continuait pas moins à torturer le malade. La térébenthine, les injections de morphine avaient seules raison des exacerbations du mal.

Ces observations sont encore trop peu nombreuses pour préjuger la question et je me garderais d'en conclure que les névralgies superficielles ou viscérales qu'on observe chez les diabétiques ne soient pas soumises dans leur évolution aux variations du sucre; mais par comparaison à ce que j'ai observé dans d'autres maladies dyscrasiques comme la goutte, par exemple, où les accidents viscéraux, œsophagiens, stomacaux, cardiaques ne vont pas toujours de concert avec la quantité d'acide urique qu'on trouve dans la sérosité du sang, je ne répugnerais pas à admettre cette hypothèse pour le diabète.

J'ai vu, chez un homme de quarante ans, qui s'était soumis avec une rigueur extrême au régime du lait pour faire disparaître les attaques de goutte qui avaient frappé ses articulations, apparaître des accès d'angine de poitrine formidables. Le malade comparait à un coup de poignard qui l'aurait atteint au niveau de la deuxième pièce du sternum l'affreuse douleur qu'il éprouvait. Il se dressait brusquement quand l'accès survenait, poussait un petit cri, ses pupilles se dilataient, la face devenait pâle et se couvrait de sueur. Mon confrère, M. le docteur Raillard, qui a eu l'occasion de voir le malade dans un de ses accès, pensa qu'il ne résisterait pas à des attaques répétées. Pendant deux ans, elles survinrent atroces, rebelles à tout traitement, menaçant la vie du malade par l'affaiblissement dans lequel elles l'avaient jeté, puis survint un érythème du voile du palais, du pharynx, des spasmes œsophagiens, des douleurs articulaires et l'angine de poitrine disparut pour ne plus revenir. Des tophus se montrant de divers côtés témoignaient cependant de l'envahissement urique et une alimentation azotée qui avait remplacé le régime lacté fournissait d'abondants matériaux à la formation d'acide urique.

La fréquence des accidents nerveux dans le courant du diabète ont attiré depuis longtemps l'attention des observateurs et la relation entre la production exagérée du sucre et les accidents nerveux n'a pas été établie encore avec précision. Car, comme l'a dit M. Lecorché dans son travail sur le diabète, « il est actuellement démontré que le diabète peut exister comme symptôme de lésions nerveuses, il n'en est pas moins démontré que dans d'autres cas il est des lésions nerveuses centrales qui sont une conséquence de cette maladie et qui rendent compte de quelques-unes des mêmes manifestations qui apparaissent dans son cours. » (Lecorché, *Du diabète*, p. 334.)

Tantôt les symptômes observés du côté du système nerveux se rapportent à des inflammations, des ramollissements, des hémorrhagies, des hémiplégies, des paraplégies, des paralysies diverses, du coma, du délire, des convulsions, des anesthésies, des hyperesthésies cutanées, ou peuvent être la conséquence, tantôt au contraire les lésions du système nerveux font défaut quoiqu'il existe divers symptômes et surtout des névralgies.

Les faits que nous avons recueillis sont en trop petit nombre pour que nous puissions assigner les caractères qui distinguent l'angine de poitrine diabétique de l'angine de poitrine liée à une affection du cœur ou de l'angine de poitrine idiopathique.

Quoique les accidents nerveux appartiennent à une période avancée de la maladie de l'avis de la plupart des auteurs qui ont écrit sur le diabète, cependant les malades chez lesquels nous avons fait les observations précédentes n'étaient pas arrivés à la période cachectique. L'un d'eux était atteint d'une glycosurie transitoire; les autres, quoique sujets à des retours d'*angor pectoris*, ne sont pas en apparence plus souffrants. Leur poids baisse lentement, la quantité de sucre reste dans des proportions moyennes.

Avec la réserve qu'impose le petit nombre d'observations que nous avons citées nous croyons pouvoir conclure :

1° *Que des accès d'angine de poitrine peuvent se montrer dans le courant du diabète;*

2° Ces accès d'angine de poitrine peuvent être *simples ou associés à des névralgies intercostales ;*

3° Qu'ils peuvent se montrer *en dehors de toute affection cardiaque ;*

4° Qu'il importe en présence d'un accès d'angine de poitrine d'examiner avec soin les urines pour s'assurer si cette névrose ou cette névralgie n'est pas liée au diabète.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès des médecins grecs. — Session d'Athènes.
(6/18 — 9/21 avril 1882.)

Professeur A. Anagnostakis, *président;* professeurs G. Karamitsas et M. Chatzimichalis, *vice-présidents;* docteur N. Makkas, *secrétaire général;* docteurs K. Stekoulis, Ch. Rhallis et Jovanof, *secrétaires spéciaux* (1).

Pathologie interne.

Fièvres palustres. — M. le professeur *Karamitsas* fait une communication sur les fièvres palustres à Athènes. D'après ses observations et les statistiques qu'il a pu constituer d'après les archives de l'Astyclinique d'Athènes, ces fièvres sont plus fréquentes tantôt au mois d'août, tantôt au mois de septembre. Elles sont plus communes de sept à quinze ans et de quinze à trente; leur fréquence allant ensuite en diminuant vers les deux extrémités de la vie. Les quotidiennes sont beaucoup plus fréquentes que les tierces, cependant à certaines époques les tierces l'emportent temporairement. Les fièvres pernicieuses à Athènes sont très rares, ainsi que la cachexie palustre. Les fièvres rémittentes ne sont point bien fréquentes, sinon pendant les épidémies palustres.

Pour ce qui concerne la *cachexie palustre* (observée à Athènes presque exclusivement chez des personnes venant du dehors), M. Karamitsas en distingue quatre formes : l'ordinaire, l'hémorrhagique, la mélanémique et l'hémosphérinurique ou accompagnée d'une diathèse d'hémosphérinurie (hémoglobinurie) et de la fièvre hémosphérinurique palustre (fièvre bilieuse hématurique).

Quant à la relation causale que certains auteurs croient exister entre la leucémie et les fièvres palustres chroniques, M. Karamitsas fait observer la grande rareté de la leucémie en Grèce, malgré la grande fréquence de fièvres intermittentes. Sur un nombre de plus de 10 000 cas de fièvres intermittentes observés à l'Astyclinique d'Athènes, on n'a observé qu'un cas de leucémie chez un enfant de deux ans.

M. *Jovanof* (de Smyrne) décrit deux cas de fièvres intermittentes, dont le premier était accompagné d'une démence qui s'est dissipée après quelques jours et dont l'autre était accompagnée d'une parésie de l'extrémité inférieure gauche, également passagère.

M. *Gavaris* parle d'une épidémie de fièvre hémosphérinurique (hémoglobinurique) palustre, observée dans la ville de Sparte (1879-1880). Les personnes atteintes étaient des habitants de la ville; personne n'est venu du dehors; toutes les formes ont été observées, mais il n'y a eu que deux cas graves suivis de la mort.

M. *Bellos* soutient que l'intermittence n'existe pas réellement dans les fièvres palustres. Pour ce qui concerne les fièvres quotidiennes, cela, dit-il, a été déjà remarqué par Oribase; quant aux fièvres tierces et quartes, le thermomètre accuse toujours un faible mouvement pyrétique, qui varie de quelques dixièmes jusqu'à un degré.

M. *Grigorakis* entretient le Congrès des fièvres palustres à Gythion. Les formes pernicieuses les plus fréquentes sont la comateuse et la convulsive chez les enfants, la bilieuse chez les adultes.

(1) Bien que ce Congrès date de l'année dernière, les comptes rendus n'en ont été publiés que tout récemment à Athènes sous le titre : Πρακτικὰ τῆς ἐν Ἀθήναις Συνόδου τῶν Ἑλλήνων Ἰατρῶν (1882), ἐκδιδόμενα ὑπὸ Ν. Γ. Μακκᾶ καὶ Χ. Γ. Ῥάλλη, Ἀθήνησιν, 1883, gr. in-8°, p. 567. Ce Congrès, le premier congrès médical tenu en Orient, a été institué par l'initiative de la Société médicale d'Athènes. La prochaine session aura lieu à Constantinople, en 1885.

M. *Triandis* présente quelques remarques relatives aux fièvres pernicieuses en Lévadie, ville très éprouvée par la malaria. Il signale comme fait intéressant que les rhumatismes et la phthisie pulmonaire sont fort rares dans cette ville, qui est pourtant très humide et très mal exposée au soleil.

M. *Frantzis* adresse un mémoire sur la fièvre hémosphérinurique palustre, d'après ses observations faites à Cyparissie (Messénie).

Épidémie de fièvre typhoïde a Athènes (1881). — [Avant de donner le résumé des communications relatives à cette épidémie, résumé qui se rapporte principalement à son étiologie, nous consacrerons quelques lignes à l'épidémie entière, d'après les diverses publications dont elle a été l'objet.

Printemps pluvieux. Des vents violents du N.-E., froids et humides vers la fin de juin et le commencement de juillet. Température moyenne : en juillet 27°,66, en août 29°,03. Pas de pluies estivales. La population d'Athènes au commencement de l'épidémie était de 70000 âmes; plus tard, 50000 environ.

L'épidémie a duré depuis le milieu de juillet et pendant tout août 1881 (style grec); d'après la plupart des observateurs elle a eu une irruption et une fin brusques. Toutes les classes sociales ont été frappées presque également; le centre de la ville a souffert aussi bien que les extrémités (au moins sans aucune différence notable). Elle a été en général d'un caractère bien bénin; plus de la moitié des cas ont présenté la forme abortive. Le frisson initial manquait ordinairement; la roséole typhique, ainsi que les entérorrhagies, étaient rares; le ballonnement du ventre ordinairement peu considérable et inconstant. L'état comateux non fréquent et très peu prolongé; la température était souvent très élevée et le pouls très fréquent. Le maximum de la température axillaire observée par M. le professeur Typaldos, dans son service clinique de la Faculté (43 cas dont 13 décès) a été de 42°,5; chez les autres elle n'a pas dépassé 41°,2. Des sueurs plus abondantes et plus prolongées, des phénomènes ataxiques plus fréquents et plus intenses ont été observés pendant le maximum de la température de l'été (P. Typaldos). Les phénomènes septiques étaient faibles et rares. Le nombre total des cas était, croit-on, de 5000 environ; le nombre total des décès de 233 (127 hommes, 106 femmes), dont 21 de 1 à 5 ans, 16 de 5 à 10, 67 de 10 à 20, 79 de 20 à 30, 25 de 30 à 40, 12 de 40 à 50, 13 de 50 à ∞. La mortalité générale a ainsi été, d'après toute probabilité, de 4,66 sur 100 malades. De nombreuses autopsies (Prof. Typaldos, G. Makkas, etc.) ont montré les lésions caractéristiques de la maladie.]

M. le professeur *Chatzimichalis* présente les arguments suivants à l'appui de l'idée que l'épidémie était due à l'infection des eaux mêmes de la ville. 1° Le développement et l'extinction subite d'une épidémie étendue qui n'avait duré que fort peu de temps, comme si les habitants n'étaient sous l'influence immédiate du miasme que temporairement; 2° le mélange probable d'eaux provenant du lavage de vêtements de malades avec l'eau de l'aqueduc de la ville; 3° le fait que dans certaines maisons, ainsi que dans une institution de jeunes filles (80 environ), personne n'a été atteint de la maladie, comme l'on assure. Par contre, il présente les faits suivants : 1° dans un petit quartier (Sainte-Marine), séparé de la ville, qui était alimenté de l'eau du même conduit, personne n'a été malade; 2° dans d'autres quartiers, dans la ville même, qui ne se servent point de l'eau de l'aqueduc, il y avait beaucoup de malades. A côté de cela, il fait la remarque qu'à la même époque des cas nombreux de fièvre typhoïde étaient observés dans diverses parties du royaume, indépendamment de l'épidémie d'Athènes; fait qui ne s'observe pas fréquemment.

M. Chatzimichalis considère ces faits comme étant plutôt fa-

vorables à l'idée de l'existence du miasme dans l'atmosphère même, ce qui pourrait être expliqué de la manière suivante : 1° Les germes de la maladie existaient déjà en abondance dans la ville, parce que non seulement pendant l'été précédent on y avait observé une petite épidémie de fièvre typhoïde, mais aussi pendant toute l'année il y avait eu des décès par cette maladie. 2° Les conditions favorables au développement de la maladie existaient : grand abaissement du niveau des eaux souterraines, grand entassement de population, abondance d'ordures de toutes espèces ; il ne manquait que l'humidité, l'été étant fort sec ; mais cela aussi est survenu quelques jours avant le développement de l'épidémie, avec des vents du nord très froids et humides. Pourtant, l'auteur croit qu'on ne peut se prononcer catégoriquement sur l'élément qui a servi de véhicule au miasme.

M. *G. Ch. Vaphas* soutient aussi que la fièvre typhoïde n'était point rare à Athènes avant l'épidémie. Pour ce qui concerne l'étiologie, il remarque d'abord que les conditions banales, favorables à la fièvre typhoïde, existaient bien auparavant sans qu'une épidémie fût survenue. Il considère que l'épidémie a été occasionnée par l'infection des eaux ; il regarde comme indiscutables les faits relatifs cités par M. Chatzimichalis et ajoute : 1° que les parties de la ville qui ne faisaient point usage de l'eau de l'aqueduc général n'ont pas été visités par la maladie ou l'ont été plus tard, ou ne l'ont pas été du tout ; 2° que parmi ceux qui faisaient un usage exclusif d'eau provenant d'une source (Césariani) personne n'a été atteint ; 3° que dans un coin de la ville situé près de l'Orphelinat des garçons, où pendant l'épidémie on posait les conduits hydrauliques, la santé était parfaite avant la fin de ces travaux, quoique les environs fussent décimés par la maladie ; mais dès que ces travaux ont été achevés et que les habitants eurent fait usage de l'eau de l'aqueduc de la ville, tout ce quartier a été atteint d'un bout à l'autre. A l'appui de ce que l'épidémie a été provoquée par le mélange des eaux de la ville avec des matières fécales non simplement putrides, mais typhoïdiques, il ajoute que pendant tout l'hiver et le printemps l'eau était déjà gâtée par des fosses d'aisance qu'on avait construites près de l'aqueduc, et cependant l'épidémie ne s'est déclarée que depuis qu'on a lavé près des sources de l'aqueduc du linge de typhoïdiques.

M. *Chr. Rhallis* admet que les eaux avaient été infectées, en effet, mais il pense que l'air a eu aussi sa part, en transmettant le miasme exhalé par les excréments déposés par des malades dans bien des terrains découverts.

M. *N. Makkas* conteste l'existence du malaise prodromique de la fièvre typhoïde. Les cas qu'il a observés sont classés par lui comme il suit : 1° cas dans lesquels la maladie se déclarait subitement, les malades ayant conscience dès le commencement qu'ils étaient atteints plus ou moins gravement ; 2° cas dans lesquels l'invasion s'est faite d'une manière latente, les malades ne se ressentant que d'un léger malaise pendant les premiers jours ; 3° cas dans lesquels les malades, non seulement au commencement de la maladie, mais aussi pendant toute sa durée, n'ont senti qu'un faible malaise. Dans tous les cas que l'auteur range dans la seconde catégorie, où l'on pouvait supposer l'existence d'un malaise précurseur, il a trouvé que les malades avaient dès le commencement même de la maladie, une fièvre suffisante pour expliquer le malaise.

M. le professeur *Zochios* soutient qu'on avait affaire réellement à une grande épidémie de fièvre typhoïde, mais qu'en même temps des fièvres rémittentes palustres et des fièvres gastriques étaient bien fréquentes. — M. *Lampadarios* soutient aussi la coexistence d'une épidémie de fièvres palustres.

M. *Miliotis* soutient l'opinion communément admise à Athènes, à savoir qu'il n'y avait dans la ville que l'épidémie de fièvre typhoïde et non point des fièvres palustres.

M. *Papazisis*, s'appuyant sur des données statistiques relatives aux hôpitaux militaires, soutient qu'à côté de l'épididémie de la fièvre typhoïde, des fièvres palustres étaient vraiment fréquentes. Il croit que parmi les conditions favorables et occasionnelles de l'épidémie il faut ranger la concentration et l'entassement d'une population nombreuse, le manque de propreté convenable ainsi que les pluies abondantes du printemps.

M. *Coulouris* fait une communication sur la même épidémie, mais surtout au point de vue clinique.

Variole. — M. le professeur *Papaïoannis* résume l'histoire d'une épidémie de variole survenue en 1872 à Anémoria (Arachova) de Béotie, en se fondant sur des observations précises faites sur 68 malades. Il évalue avec pleine sûreté la période de l'incubation de la maladie de 13 à 24 jours ; la première période durait ordinairement de 3 à 4 jours ; mais dans un cas elle a duré 7 jours. Une éruption rubéiforme s'observait bien souvent. L'éruption varioleuse commençait à se montrer plus abondamment d'abord sur les avant-bras et ensuite sur le visage.

M. le professeur *Chatzimichalis* parle sur la relation de la varicelle à la variole et fournit des preuves locales à l'appui de l'idée que ce sont deux maladies tout à fait différentes.

La dengue. — M. *Varouchas* parle sur une grande épidémie de fièvre dengue observée à Canée de Crète, et M. Papalexopoulos sur une pareille épidémie survenue à Syra. Ces deux épidémies, très bénignes, ont eu lieu en été 1881 et ont eu, selon toute probabilité, pour origine l'Égypte. Ce sont les premières épidémies de cette maladie qui ont été observées jusqu'à présent sur le sol hellénique en Europe.

Bouton de Crète. — M. *Zachariadis* communique un mémoire sur le bouton de Crète, qui est endémique dans cette île ; il l'examine surtout au point de vue clinique et il reconnaît sa grande ressemblance avec le bouton d'Alep.

Choléra. — M. *C. Stekoulis* parle sur la dernière épidémie (1881) de choléra asiatique survenue en Arabie.

La lèpre. — M. le professeur *Karamitsas* parle sur la forme anesthésique de la lèpre, qu'il distingue en hypertrophique et atrophique. L'hypertrophique amène plus fréquemment la chute des doigts, par un processus analogue ou semblable à celui du mal perforant du pied. L'atrophique est parmi toutes les formes de la lèpre celle qui dure le plus longtemps. En parlant du changement de la forme tuberculeuse en forme anesthésique, il insiste sur un cas observé par lui, bien remarquable surtout par la rétrogression de tous les tubercules. Ceux-ci, après une courte durée, disparaissaient vite, en laissant, pour la plupart, des taches noires ; souvent même le malade en faisait sortir le contenu comme on fait pour les tannes.

Le ponos. — M. *Xanthos* parle de la maladie des petits enfants, endémique aux îles de Spetza et d'Hydra, et connue surtout sous le nom de *ponos* (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1881, nos 47 et 51).

M. *Karamitsas* fait observer que d'après ses renseignements la maladie se présente aussi dans l'île de Paxos.

Spyrocolon. Inoculation de la tuberculose. Agoraphobie. Maladies de la dentition. Thermométrie. — Des communications sont faites sur ces différents sujets par MM. *Albanakis*, *Zallonis*, *Stathacopoulos*, *Zinnis* et *Œkonomopoulos*. (Le travail du professeur Zinnis est déjà publié en français.)

Géographie médicale.

M. *J. Valassopoulos* prend la parole sur la *géographie médicale de Lacédémone*, en insistant surtout sur la fréquence des diverses maladies qu'on y observe. C'est un fait remarquable que la grande fréquence des catarrhes gastriques chroniques, chez les femmes de plusieurs villages, causés par l'abus du vin (particulièrement à jeun), ce qui est bien rare dans la plupart de la Grèce. Parmi les maladies du foie, les hépatites suppurées, bien rares dans le reste de la Grèce, sont ici assez fréquentes. La phthisie pulmonaire, la scrofulose et les rhumatismes articulaires aigus et chroniques sont rares. Il a observé que les buveurs de vin ne sont attaqués de fièvres intermittentes que rarement, quoique souvent ils s'exposent à l'influence de la malaria, et surtout pendant la nuit.

M. *Rhizopoulos* adresse un mémoire sur la Phthiotide, un des districts les plus marécageux de la Grèce et les plus visités par les fièvres pernicieuses (entre autres par la fièvre hématurique palustre, même épidémiquement). Parmi les affections presque inconnues en Grèce, il faut citer l'existence endémique du goitre dans un village (Chalili), situé au fond d'une vallée marécageuse où l'eau potable est prise dans un torrent alimenté par des neiges.

M. *Orlandos* présente le tableau nosologique de l'île de Spetsa et il insiste surtout sur deux cas intéressants d'hystérie.

M. *P. Pissas* parle sur les maladies observées en Égypte, d'après son expérience de longues années.

Pathologie externe. — Gynécologie. — Médecine opératoire.

Nous regrettons de manquer de l'espace nécessaire pour analyser les autres communications faites au Congrès.

Pansement ouaté. — M. *Chrysospathis.*

Hémorrhoïdes de la vessie. — M. *Zambacos.*

Ostéome pédiculé siégeant sur le voile du palais. — M. le professeur *Manginas*. Cas observé chez une femme de trente ans.

Tolérance du cerveau devant les corps étrangers. — *Le même*. Cas remarquable.

Tumeur du scrotum. — M. le professeur *Paul Joannis*. Hydrocèle avec oschéocèle occasionnée par un coup de pied reçu à la partie droite du scrotum, tumeur énorme qui descend jusqu'aux mollets (long. 65 millimètres, périmètre 90).

Gangrène d'origine nerveuse. — M. le professeur *Zochios*.

Luxation de l'astragale. — M. *Louis*.

Luxation du poignet en arrière. — M. *Catérinopoulos*.

Luxation incomplète de l'atlas. — M. *Miliotis*.

Cas de chéloplastie. — M. *Kouvelos*.

Les avortements criminels a Constantinople. — M. *J. Ziphos*.

Hystéromètre. — M. *Cambanis*.

Opération de la cataracte. — M. *Anagnostakis* décrit un procédé personnel, dont il a déjà fait l'application à cinquante-deux cas. Pour éviter les conséquences fâcheuses de la présence prolongée du cristallin en luxation, M. Anagnostakis en fait l'extraction au moyen d'un crochet spécial, non en saisissant directement le cristallin, mais en lui communiquant un mouvement de rotation autour de son axe, mouvement qui facilite, pour ainsi dire, la sortie de la cataracte. Ce procédé a toujours été suivi avec un succès complet.

Granulations palpébrales. — M. *Costomyris* parle du traitement efficace des granulations par un frottement méthodique des granulations avec le petit doigt.

Histologie.

Structure du cylindre axe des nerfs. — M. *Chassiotis*. D'après l'auteur non seulement la gaine de Schwann, la myéline, etc., mais aussi le cylindre axe est de nature cellulaire et représente le protoplasma des cellules proprement dites.

Hygiène.

Désinfectants. — M. le professeur *Christomanos* vante les qualités désinfectantes du thymol, qui peut remplacer l'acide phénique.

Hygiène publique. — MM. *Bambas, Miliotis*, font des communications intéressantes sur ce sujet; il est impossible de les résumer ici.

Thérapeutique. — Eaux minérales.

Morphinisme. — M. *Zambacos*. Travail publié en français dans *l'Encéphale*.

Ergotine. — M. *Nicolaïdès*. De l'action analgésique de l'ergotine.

Moyens thérapeutiques de l'antiquité conservés jusqu'à aujourd'hui chez le peuple grec. — M. *Xydis*.

Fumigations mercurielles dans la syphilis. — M. *Rosolymos* les considère comme étant le seul moyen sûr et rapide, nécessaire surtout dans les cas pressants.

Traitement de la diphthérie. — M. *G. Latris*.

Eaux minérales de la péninsule Ionienne (Asie Mineure), et surtout les sources célèbres des Chalcidéens. — M. *Latris*.

Eaux minérales alcalines d'Apoikia, dans l'île d'Andros, efficaces contre la gravelle. — M. *Papalexopoulos*.

Eaux sulfureuses de Vromonéri, à Gargaliani (Messénie), utiles dans la phthisie pulmonaire. — M. *Kokevis*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

La septicémie et la commission de l'École vétérinaire de Turin, par M. *Pasteur*. — Dans la séance du 9 avril dernier, M. Pasteur avait informé l'Académie qu'une contestation s'était élevée entre six des professeurs de l'École vétérinaire de Turin et lui au sujet des différences dans l'état du sang d'un mouton mort charbonneux, suivant qu'on l'étudie dans les premières heures qui suivent la mort ou le lendemain de la mort. La commission de Turin avait attendu plus de vingt-quatre heures pour recueillir le sang d'un cadavre destiné à contrôler l'immunité acquise par la vaccination charbonneuse. M. Pasteur avait informé la commission qu'elle avait eu tort d'agir ainsi; que le sang du cadavre devait être déjà septique au moment de l'expérience. Après un échange d'observations qui n'avaient pas amené d'accord entre lui et MM. les vétérinaires de Turin, il proposa de se rendre dans cette ville. Au lieu de répondre par une acceptation, les professeurs de Turin lui adressèrent des questions

sur ce qu'il se proposait de démontrer matériellement devant eux. M. Pasteur donne à l'Académie lecture d'une lettre en date du 9 mai dernier, dans laquelle il expose l'inutilité d'observations préliminaires, et se met de nouveau à la disposition de ses adversaires pour la démonstration du fait expérimental; puis il donne communication de la réponse qui lui a été faite le 14 mai. Dans cette réponse, peu mesurée, on lit cette phrase : « Votre lettre rappelle ce duelliste qui défiait tous ceux qui osaient le contredire, ou même le regarder en face, mais qui avait l'habitude de se réserver le choix des armes et d'obliger ses adversaires à se battre les mains liées. »

Dans cette lettre du 9 mai, M. Pasteur avait fait allusion à des *assertions et citations erronées* de la part des professeurs de Turin. Il les rappelle, et, de plus, il fait connaître à l'Académie les expériences déjà faites dans son laboratoire en vue de son départ pour l'Italie.

J'avais prié, dit-il, l'un de mes jeunes collaborateurs, M. Roux, qui, dans mon laboratoire, représente plus spécialement les connaissances médicales et pathologiques, de m'accompagner à Turin; mais, comme M. Roux n'était pas encore attaché à mon laboratoire en 1877, quand j'ai éclairci avec M. Joubert d'abord, puis avec MM. Joubert et Chamberland, les faits de septicémie après la mort et les relations qu'ils ont avec le charbon, j'ai prié M. Roux de s'exercer à ces sortes d'études, avant notre départ, afin que tout fût d'une clarté saisissante dans les expériences que nous aurions à faire devant la commission de Turin.

Le 5 mai courant, à sept heures du matin, un mouton meurt du charbon inoculé. La température moyenne était de 11 degrés; la soirée et la nuit furent plus chaudes, orageuses même. Le 6 mai, juste vingt-six heures après la mort, on fait l'autopsie du mouton, et du sang est recueilli dans le cœur. On ensemence une goutte de ce sang dans du bouillon stérilisé, d'une part, au contact de l'air, de l'autre, dans des tubes propres à faire le vide. Ce même sang est, en outre, inoculé à un mouton neuf. Dès le lendemain, la culture à l'air fournit de la bactéridie charbonneuse, qui, inoculée à deux cobayes, les fait périr du charbon pur. La culture dans le vide fut, au contraire, septique : inoculée à deux cobayes, elle les a fait périr, de la septicémie la plus aiguë, en moins de vingt-quatre heures. Le mouton inoculé par le sang du cœur mourut également septique, le lendemain de l'inoculation. Bref, quand un mouton meurt du charbon, et alors même qu'il est déjà devenu à la fois charbonneux et septique, on retire facilement de son sang le charbon et son microbe, et également la septicémie et son microbe.

La présence de l'air, au contact du liquide de culture en faible épaisseur, empêche les vibrions septiques de naître, parce que ceux-ci sont anaérobies; cette présence de l'air provoque le développement de la bactéridie, tandis que l'air détruirait les vibrions s'ils prenaient naissance; la culture dans le vide ou en présence de l'azote ou de l'acide carbonique purs leur permet, au contraire, de se développer. La bactéridie, elle, pour se multiplier, ne peut se passer de l'oxygène de l'air. Telle est l'analyse, aussi sûre et plus rapide qu'une analyse chimique, que nous aurions fait subir au sang du cœur d'un mouton, le lendemain de sa mort, en présence de l'École de Turin.

Il y a une autre manière moins précise et plus sujette à illusion d'étudier un sang qui est à la fois charbonneux et septique : c'est l'inoculation directe du sang à des animaux de races diverses, cobayes, lapins, moutons, sans opérer préalablement la séparation des deux microbes que le sang contient. Dans ce cas, suivant l'état de réceptivité des sujets inoculés et suivant les rapports de développement des deux maladies dans le sang doublement infectieux, on voit apparaître tantôt le charbon pur, tantôt la septicémie pure, tantôt la septicémie et le charbon associés. Il arrive même que, au cours des symptômes qui suivent l'inoculation, on voit parfois l'une des deux maladies se substituer à l'autre. Tel cobaye, par exemple, mourra charbonneux, après avoir manifesté en premier lieu des symptômes septiques. Le cas inverse peut se présenter également.

Du rôle respectif de l'oxygène et de la chaleur dans l'atténuation du virus charbonneux par la méthode de M. Pasteur. Théorie générale de l'atténuation par l'application de ces deux agents aux microbes aérobies, par M. *A. Chauveau.*

La solution cherchée a semblé à l'auteur devoir être contenue dans les résultats de deux séries d'expériences instituées de manière à ne faire agir qu'une des deux conditions qui interviennent dans le dispositif de M. Pasteur : supprimer l'action de l'oxygène en laissant subsister celle de la chaleur; supprimer l'action de la chaleur en laissant subsister celle de l'oxygène; agir, dans les deux cas, sur les mêmes *Bacilli* tout formés qui m'ont servi dans mes expériences antérieures, c'est-à-dire le mycélium fragmenté obtenu de culture à + 42-43 degrés d'une durée de vingt heures environ; c'est là, en effet, un élément dont l'activité est en quelque sorte toute prête à recevoir les diverses directions ou modifications qu'on voudra lui imprimer.

Première série. — Après le terme de vingt heures, quand les filaments et bâtonnets se sont développés en grand nombre, on fait passer une partie du liquide du matras dans une pipette, d'où l'on extrait l'air rapidement, à l'aide de la pompe à mercure, et le tout est remis à l'étuve à + 42-43 degrés, pour continuer l'évolution un instant suspendue. Qu'advient-il de cette partie de culture privée d'air? Si l'hypothèse de M. Pasteur, sur l'importance du rôle atténuant de l'oxygène, était fondée, pendant que la culture restée dans le matras au contact de l'oxygène s'atténuera en continuant à se développer, celle qui a été soustraite à ce contact devrait, sinon conserver toute sa virulence, au moins s'atténuer beaucoup plus lentement que l'autre. Or c'est précisément l'inverse qui arrive. Toutes les cultures où l'on supprime l'action de l'oxygène, en laissant subsister celle de la chaleur, perdent leur virulence en moins de vingt-quatre heures, et la faculté de servir de semence féconde en moins de quarante-huit heures. Ainsi ce n'est pas seulement à la température + 47 degrés, nécessaire à l'atténuation rapide, que l'influence aggravante du vide se fait sentir. Cette influence se manifeste encore avec une très grande activité à la température ordinaire des cultures atténuantes de M. Pasteur. On est donc obligé de reconnaître que l'atténuation, dans ces cultures, ne dépend pas essentiellement de la présence de l'oxygène de l'air.

Seconde série. — Il s'agit de supprimer, d'une part, les conditions de température que les résultats ci-dessus indiqués, ou précédemment publiés, démontrent être par elles-mêmes très énergiquement atténuantes; d'autre part, celles que j'appelle *eugénésiques*, parce qu'elles permettent, en présence de l'oxygène, le développement complet du *Bacillus anthracis* très virulent. Cette double exclusion réduit à l'emploi des basses températures agénésiques (inférieures à + 15-16 degrés) pour faire agir seul l'oxygène sur les filaments et bâtonnets virulents des cultures commencées à + 42-43 degrés. L'expérience a été répétée assez souvent, soit avec la température + 10-13 degrés, ou + 5-9 degrés, soit surtout à la température zéro, qu'il est si facile d'entretenir avec la glace fondante. Dans tous les cas, sans exception, j'ai vu disparaître, des liquides de culture, la virulence d'abord, la faculté prolifique ensuite, mais beaucoup plus tardivement que dans les mêmes liquides maintenus sans oxygène à la température + 42-43 degrés. C'est affaire de vingt-quatre et quarante-huit heures avec ces derniers. Dans les autres, la conservation de la virulence dure de quatre à huit jours, même un peu plus, et celle de la faculté prolifique peut aller jusqu'à dix à treize jours. Voilà qui prouve encore que, si l'oxygène peut être considéré comme étant capable d'exercer par lui-même une certaine action atténuante dans les conditions spéciales qui viennent d'être indiquées, cette action est incomparablement moins énergique que celle de la chaleur dans les conditions mêmes des cultures atténuantes de M. Pasteur.

M. Chauveau a voulu aller plus loin, et établir, d'une manière aussi complète que possible, la théorie générale de l'action de la chaleur et de l'oxygène dans l'atténuation des virus aérobies. Il lui a paru qu'il se procurerait les renseignements nécessaires en étudiant parallèlement et comparativement, toujours sur le même mycélium fragmenté de cultures de vingt heures environ à + 42-43 degrés, l'influence de l'air sous tension diminuée, ou sous tension normale, ou enfin sous tension augmentée, pendant les quatre phases décroissantes de température qui correspondent à l'agénésie par excès de chaleur, à la dysgénésie, à l'eugénésie, enfin à l'agénésie par défaut de chaleur.

Rien de plus net, de plus instructif et de plus facile à décrire que l'influence exercée par la température, en présence de l'air raréfié au maximum, c'est-à-dire du vide de la pompe à mercure,

sur les *Bacilli* virulents obtenus de cultures à + 42-43 degrés. Il n'est pas même nécessaire de distinguer entre les différentes phases ; on part d'une température relativement élevée, + 50 degrés par exemple, et l'on descend jusqu'à zéro par échelons réguliers, plus ou moins espacés. La vie, qui disparaît en quelques heures quand la température est haute, se prolonge d'autant plus que celle-ci baisse davantage. Aux basses températures, incompatibles avec tout développement, à zéro particulièrement, la virulence se conserve pendant cinq à sept jours, même huit à dix jours, et la faculté prolifique pendant douze à quinze jours. Je n'ai jamais vu les cultures mises et gardées à cette température tuer les cobayes au delà du dixième jour, ou féconder une nouvelle culture au delà du quinzième. Mais elles-mêmes gardent un peu plus longtemps la faculté de reprendre leur évolution, quand on les replace au contact de l'air et qu'on les soumet à une température eugénésique. Dans tous les cas d'exposition aux basses températures combinées avec l'action du vide, la virulence, avant de s'évanouir complètement, s'atténue progressivement. Même chose arrive avec les températures moyennes. Je n'ai pas besoin de rappeler que j'ai démontré déjà cette atténuation progressive pour les températures relativement élevées (*Comptes rendus*, 12 mars 1883).

Ainsi, sans l'intervention de l'action de l'oxygène et de la chaleur, sous la seule influence du milieu liquide où ils se sont développés, les *Bacilli* de cultures virulentes perdent assez rapidement leurs propriétés physiologiques et meurent. Dans ce milieu, la température zéro est impuissante à garantir la conservation de l'activité du protoplasme qui constitue la substance de ces *Bacilli*.

M. Chauveau a encore étudié, au point de vue de la reproduction, ces *Bacilli* qui s'altèrent spontanément dans le vide à basse température, comme il l'avait fait précédemment pour les cultures atténuées par le chauffage rapide (*Comptes rendus*, 12 mars 1883). Les mêmes faits se sont constamment reproduits. Ainsi, dans tous les cas où l'atténuation du germe n'a pas été poussée trop loin, les cultures de deuxième génération, ensemencées avec une ou deux gouttes de liquide de première génération, ont très bien prospéré à la température moyenne + 35 degrés et au contact de l'air. Toutes ces cultures ont donné naissance à des spores vigoureuses.

Voici maintenant les résultats d'expériences comparatives faites en présence de l'air normal. Ici il faut distinguer entre les diverses phases de température.

Entre + 43 degrés et + 16 degrés environ, les cultures primitivement préparées à + 42-43 degrés, continuent à se développer, incomplètement et en s'atténuant, ou complètement et sans s'atténuer, suivant que la température reste aux environs de + 42 43 degrés ou descend au-dessous de + 41, 40 degrés.

A une température supérieure à + 44 degrés, les agents virulents s'atténuent et périssent très rapidement, et d'autant plus vite que la température est plus élevée; mais ce résultat est obtenu beaucoup moins promptement dans les cultures restées au contact de l'air, preuve d'une plus grande force de résistance, qu'elles doivent à la présence de l'oxygène.

Avec les basses températures agénésiques, l'influence de l'oxygène, chose intéressante, s'exerce en sens inverse. Cette influence est, du reste, peu marquée. Dix à treize jours pour la conservation de l'activité prolifique quand les cultures sont au contact de l'air, douze à quinze quand elles sont soustraites à l'action de l'oxygène. Ce sont là des différences peu sensibles; mais, comme elles sont constantes, le fait physiologique dont elles témoignent est irrécusable. C'est le seul cas dans lequel il m'ait été possible, jusqu'à présent, de constater la trace d'une action destructive exercée sur le *Bacillus anthracis* par l'oxydation du protoplasme.

Suivent les conclusions, au nombre de quatorze, et que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire.

COMMISSION DES PRIX. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de diverses commissions de prix chargées de juger les concours de l'année 1883.

Prix Chaussier : MM. Gosselin, Vulpian, P. Bert, Richet et Marey.

Prix Lallemand : MM. Vulpian, Gosselin, Richet, P. Bert et H.-Milne Edwards.

Prix Montyon (*physiologie expérimentale*) : MM. Vulpian, Gosselin, P. Bert, Marey et H.-Milne Edwards.

Prix Lacaze (*physiologie*) : MM. de Quatrefages, H.-Milne Edwards et de Lacaze-Duthiers; ils seront adjoints aux membres de la section de médecine et chirurgie pour constituer la commission.

SUR UNE SUBSTANCE SUCRÉE RETIRÉE DES POUMONS ET DES CRACHATS DES PHTHISIQUES. Note de M. *A.-G. Pouchet*. — L'auteur a retiré des poumons et des crachats des phthisiques un précipité volumineux formé de sels minéraux, de matières albuminoïdes diverses, telles que : mucine, gélatine, peptones, et renfermant une proportion plus ou moins considérable d'une substance blanche, mais qui se colore en brun pendant sa dessiccation, même dans le vide et à l'abri de la lumière. Elle est amorphe et se présente au microscope sous forme de petites sphères brillantes. En la redissolvant, à l'ébullition, dans de l'alcool à 25 pour 100, elle donne, par refroidissement de la solution, de petites écailles cristallines brillantes. L'évaporation dans le vide des solutions aqueuses donne finalement un sirop qui ne cristallise pas, mais se dessèche en produisant des écailles assez régulières en forme de rectangle allongé et qu'un examen superficiel pourrait presque faire prendre pour des cristaux. Elle est hygroscopique, très soluble dans l'eau, en donnant une solution parfaitement limpide; insoluble dans l'alcool concentré, l'éther, les hydrocarbures.

L'analyse élémentaire et les combinaisons de cette substance la rapprochent beaucoup des *dextrines*

SUR LA ZYMASE DU LAIT DE FEMME. Note de M. *A. Béchamp*. — (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 21, p. 351.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

Lettres de candidatures aux places déclarées vacantes de MM. les docteurs *Lannelongue, Le Dentu* et *Périer* dans la section de pathologie chirurgicale ; de M. le docteur *Blachez*, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; de MM. *de Quatrefages, Alfred Durand-Claye*, les docteurs *Magitot, Worms* et *Brame*, dans la section des associés libres ; de M. le docteur *Berne* (de Lyon), dans la deuxième division des correspondants nationaux.

M. *Depaul* présente : 1° au nom de M. le docteur *Charpentier*, le 2e volume de son *Traité de l'art des accouchements* ; 2° la part de M. le docteur *Hergott*, une brochure intitulée : *Spondylizème et spondylolisthésis*.

M. *Larrey* dépose un mémoire de M. le docteur *Joly*, ayant pour titre : *Observation de myélite ascendante aiguë des cornes antérieures*.

M. *Rochard* fait hommage de : 1° un ouvrage de M. le docteur *Bérenger-Féraud* sur la *Race provençale*; 2° la 6e édition du *Guide de l'accoucheur et de la sage-femme*, de M. le docteur *Pénard*; 3° au nom de M. *Alf. Durand-Claye*, une série de *Tableaux statistiques sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris en* 1882-1883.

M. *Brouardel* dépose : 1° deux brochures de M. le docteur *Tommasi-Crudeli* sur *l'assainissement de la Campagne romaine*; 2° un mémoire imprimé de *Desmaze*, sur la *loi des aliénés de* 1838.

M. *Henri Gueneau de Mussy* fait hommage d'un mémoire imprimé sur *la part des eaux potables dans l'étiologie de la fièvre typhoïde*.

ÉLECTION. — M. le docteur *Cazeneuve* (de Lille), présenté en première ligne, est élu associé national par 48 voix sur 67 votants ; M. Fonssagrives obtient 10 voix ; M. Durand-Fardel, 5 ; M. Tholozan, 3, et M. Tourdes, 1.

PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — L'ordre du jour appelait la discussion et le vote des conclusions du rapport lu par M. *Rochard* à la dernière séance sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde à Paris. L'opposition de M. *Fauvel* a engagé l'Académie dans un débat qui l'a obligée à remettre à mardi prochain le vote de ces conclusions. M. Fauvel trouve en effet : 1° que l'Académie dérogerait à ses usages traditionnels en portant un jugement sur les questions scientifiques que cette discussion a fait surgir, alors surtout qu'elle n'a pas été directement consultée par le gouvernement à ce sujet ; 2° que les opinions émises par la commission tranchent des questions contestées ou qui sont en dehors de la compétence de l'Académie ; et 3° que la manière dont les vœux sont formulés est fâcheuse en ce qu'elle

présente l'Académie comme étant dans l'ignorance des études faites sur les questions à résoudre. Il croit que la commission aurait mieux atteint son but en se bornant à signaler aux pouvoirs publics les questions traitées devant l'Académie et à affirmer tout l'intérêt qu'elle y attache, sans avoir la prétention de dicter la solution technique à leur donner. Aussi propose-t-il diverses résolutions conformes à cette manière de voir.

M. *Bergeron* objecte que l'Académie a déjà, à deux reprises, soulevé de sa propre initiative et sur des questions importantes, des débats dont les pouvoirs publics ont fait leur profit ; c'est à elle que l'on doit la loi sur la protection de l'enfance et la répression légale de l'alcoolisme, car c'est à la suite de ses discussions sur ces sujets que ces lois ont été proposées et adoptées. Les conclusions de la commission sont peut-être même trop anodines ; elles sont plus précises toutefois que celles proposées par M. Fauvel et tout aussi respectueuses ; l'Académie n'a d'ailleurs jamais eu d'occasion plus favorable pour élever la voix dans l'intérêt public, et avec sa compétence si autorisée en matière d'hygiène publique.

Par contre, M. *Blot* estime que les conclusions de la commission manquent de précision et de netteté ; il les relit une à une, cherchant à faire partager son opinion sur le caractère vague des expressions employées. Il ne saurait les voter, sauf la dernière, relative à l'organisation d'une Direction de la santé publique; car seule cette conclusion est catégorique, à tel point qu'on croirait que la commission a surtout voulu mettre celle-ci en lumière.

M. *Rochard* montre, dans une improvisation très applaudie, combien il importe à la considération et à l'honneur de l'Académie de ne pas craindre de clore les longues discussions auxquelles elle s'est livrée sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde à Paris, par le vote de résolutions indiquant ce qu'elle pense des mesures propres à entraver l'exacerbation estivo-automnale de cette affection. Il reprend l'énumération des diverses causes invoquées pour la production de ces épidémies, et montre que la science est tout au moins assez avancée à cet égard pour indiquer diverses mesures prophylactiques nécessaires et suffisantes, les seules qu'il convienne de mettre en lumière dans cette circonstance. L'Académie ne sort ni de ses attributions, ni de sa compétence et répond à ses obligations et à ses devoirs en prévenant ainsi l'administration de son sentiment, dans les termes fermes et modérés que la commission a adoptés.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Lettre de M. Budin. Discussion à propos du procès-verbal. — Pseudo-paralysie syphilitique guérie par le sirop de Gibert : M. Roques. — Réfrigération dans la fièvre typhoïde : M. Dujardin-Beaumetz. — Bacilles de la lèpre : M. Cornil. — Œdème de la glotte sans dyspnée : M. Gougusnheim.

M. *Moutard-Martin* désire, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, revenir sur la gravité du fait qui s'y trouve consigné, à savoir que les deux femmes qui ont succombé dans les services de MM. Rendu et Roques à l'hôpital Tenon, ont été gardées plusieurs jours, malgré des accidents puerpéraux confirmés, dans le service d'accouchements. Il rappelle que, sur sa proposition, le conseil d'administration de l'Assistance publique a modifié l'article 2 du règlement concernant les services spéciaux d'accouchements, et l'a établi d'une façon définitive en ces termes : « Art. 2. Chaque service spécial d'accouchements se compose, etc... Les accouchées tombées malades seront immédiatement transportées dans un pavillon d'isolement, ou dans un service général de médecine, et confiées aux soins de l'un des médecins de l'hôpital. » — M. Moutard-Martin termine en disant que, pour lui, « l'accoucheur qui a commis la faute de conserver une femme malade dans son service est absolument coupable ».

M. *Millard*, avant de donner lecture d'une lettre adressée à la Société par M. Budin, croit devoir faire remarquer que M. Budin ne se considère nullement comme responsable de ce séjour si regrettable d'une accouchée atteinte d'accidents puerpéraux, dans le service d'accouchements de Tenon. En effet, M. Budin a été appelé, en l'absence de M. Ribemont, pour une opération grave d'urgence, mais il n'était nullement chargé du service.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que M. Ribemont, chef de service titulaire comme accoucheur des hôpitaux, à Tenon, était absent par suite d'une maladie pour laquelle il lui a donné ses soins.

M. *Millard* donne lecture de la lettre de M. Budin, dans laquelle il proteste par une dénégation absolue contre l'étiologie *opératoire* attribuée publiquement par M. Rendu à la perforation constatée, après la mort, chez la femme dont il a rapporté l'observation. La crâniotomie pratiquée par M. Budin n'a pas été l'occasion de cette perforation, ainsi qu'il s'offre à le démontrer devant une commission nommée par la Société et à laquelle se joindraient deux arbitres choisis par lui.

M. Millard annonce que le conseil de famille convoqué a cru ne pas devoir accepter la proposition de M. Budin, ni l'intervention de juges étrangers à la Société.

M. *Rendu* déclare n'avoir été guidé, dans la communication qu'il a faite à la précédente séance, par aucun sentiment de malveillance ; il n'avait en vue que de démontrer d'une façon incontestable le danger inhérent au séjour de femmes atteintes de septicémie puerpérale dans un service d'accouchements. Peut-être la seconde pièce anatomique aurait-elle dû être présentée par M. Roques, mais, quoi qu'il en soit, la perforation de l'utérus n'a pas été créée pour les besoins de la cause, elle n'est pas le résultat d'une ulcération spontanée, elle n'a pas été faite pendant l'autopsie, elle a été produite par un instrument agissant de dedans en dehors : son aspect, l'état de ses bords, ses plus grandes dimensions à la face interne de l'utérus ne permettent pas d'hésitation. D'ailleurs, ajoute M. Rendu, il y a eu deux applications de forceps, l'une en ville, l'autre à l'hôpital, et en dernier lieu une crâniotomie, on ne peut dire quel est l'opérateur qui a produit la perforation.

M. *Roques*, après avoir constaté la perforation sur la pièce recueillie par son interne à l'autopsie, a fait prévenir l'interne du service d'accouchements qu'il la tenait à la disposition de M. Budin. Après huit jours d'attente, il s'est décidé à la montrer à la Société.

M. *Rendu*. Je sais que l'on m'a reproché d'avoir cité en séance publique le nom de M. Budin. Si j'ai agi ainsi, c'était d'abord pour l'exactitude des faits, et surtout pour ne pas laisser retomber sur M. Ribemont, chef du service, alors absent, une responsabilité qui ne doit évidemment pas lui incomber.

— M. *Roques* communique une observation de *pseudo-paralysie syphilitique de l'enfance, guérie par le sirop de Gibert*. Il s'agit d'une petite fille, née à terme le 31 octobre 1881, et qui présenta, six jours plus tard, à la paume des mains et à la plante des pieds, une éruption de taches rouges, arrondies, bientôt surmontées de vésicules opalines ; en même temps se montraient des bulles sur les cuisses et le tronc. Ces lésions présentaient l'aspect des éruptions syphilitiques ; l'enfant pâlit rapidement, refusa le sein et fut prise de diarrhée. Bien que l'examen de la mère ne révélât aucun antécédent syphilitique, M. Moissenet, appelé en consulta-

tion, confirma le diagnostic d'éruption spécifique; on administra, chaque jour, une cuillerée à café de sirop de Gibert, et on prescrivit des bains à l'iodure de potassium. Au bout de huit à dix jours, l'amélioration fut évidente, et la guérison fut obtenue un mois après; on continua néanmoins quelque temps l'usage du sirop de Gibert. Deux mois plus tard, des phénomènes de paralysie apparurent au niveau du bras gauche; l'épaule était tuméfiée et douloureuse, si bien que l'on put croire à un traumatisme. Bientôt, mêmes phénomènes à droite, et M. Roques put constater de ce côté une crépitation sourde au niveau de l'épaule. Il songea dès lors à la possibilité d'une lésion syphilitique osseuse, et M. Marchand, qui fut appelé en consultation, partagea cette opinion. Le traitement spécifique fut immédiatement repris; et bientôt les accidents locaux diminuaient, en même temps que l'état général devenait plus satisfaisant : la guérison était complète six semaines après. Le traitement a été d'ailleurs institué de nouveau à divers intervalles. Aujourd'hui l'enfant a deux ans et demi et la santé est excellente. — Le père de cet enfant, marié tard, après une vie de garçon assez accidentée, présenta peu après son mariage des symptômes non douteux de paralysie générale; il niait d'ailleurs tout antécédent syphilitique et ne portait aucune trace révélatrice. M. Roques n'en prescrivit pas moins des frictions mercurielles et l'iodure de potassium à haute dose : ce traitement fut sans effet, et le malade succomba huit mois plus tard à une série d'attaques apoplectiformes. Il semble difficile de se prononcer sur la nature de l'affection de cet individu, en présence de l'inefficacité du traitement spécifique; il faut reconnaître, d'ailleurs, qu'il n'a été institué que quinze à dix-huit mois après le début des premiers accidents.

— M. *Dujardin-Beaumetz*, en prenant la parole au sujet de *la réfrigération dans la fièvre typhoïde*, ne se propose pas de discuter la méthode de Brand. Il rappelle que, sur 6 malades traités par le bain froid, par M. Féréol, 2 sont morts de pneumonie, ce qui est relativement rare dans la dothiénentérie, et qu'il est nécessaire d'attendre une expérimentation plus complète. On a objecté, il est vrai, que le traitement n'avait pas été appliqué, comme le veut Brand, dès le début de l'affection; mais de pareilles conditions sont irréalisables dans les hôpitaux, les malades ne se présentant qu'après plusieurs jours de maladie. — D'autre part, M. Dumontpallier a cherché à établir que la réfrigération méthodique ne détermine pas les congestions viscérales, mais au contraire en est un mode de traitement efficace : ces assertions sont en opposition avec toute la tradition médicale. En effet, ne retrouve-t-on pas toujours le refroidissement brusque ou lent dans l'étiologie de tous les accidents rhumatismaux, de toutes les congestions viscérales intenses. Aux expériences rapportées par M. Dumontpallier, on en peut opposer d'autres qui autorisent à considérer les viscères innervés par le grand splanchnique comme des réservoirs où se déverse le sang, chassé de la périphérie par le refroidissement cutané. C'est ainsi que Schüller a démontré la congestion encéphalique chez les animaux plongés dans l'eau froide. M. Dumontpallier a fait voir comment succombe un animal progressivement refroidi, il eût été plus utile de savoir comment il aurait vécu : le point important, c'est la réaction vitale de l'organisme après le refroidissement, et non la manière de mourir. Il a cité également des faits cliniques de disparition de la congestion pulmonaire chez les typhoïdiques progressivement refroidis; peut-être pourrait-on dire que cette disparition a eu lieu *malgré* la réfrigération, en rapprochant ces faits des résultats obtenus par M. Féréol. En effet, d'un côté la réfrigération a guéri la congestion pulmonaire, de l'autre elle a déterminé la pneumonie. En résumé, pour M. Dujardin-Beaumetz, au point de vue expérimental et clinique, la guérison des congestions viscérales par le froid n'est pas encore suffisamment démontrée.

M. *Féréol* fait observer que la pneumonie n'est pas une complication rare de la fièvre typhoïde. Il reconnaît que la méthode de Brand est difficile à appliquer dans toute sa rigueur, mais cependant elle doit être instituée dès le début de la maladie pour fournir les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur la rareté des pneumonies dans la fièvre typhoïde au cours de la dernière épidémie. D'ailleurs, les partisans de la méthode de Brand ne considèrent-ils pas la pneumonie comme une indication de plus en faveur du bain froid? — S'il faut appliquer la méthode dès les premiers jours de l'affection, on se trouve dans la nécessité, faute de diagnostic certain, de baigner tous les malades soupçonnés d'être atteints de dothiénentérie; on devra seulement défalquer ensuite de la statistique tous les cas où les taches rosées n'auront point paru et dans lesquels le diagnostic de fièvre typhoïde était erroné.

M. *Féréol* pense qu'il importe peu de suspendre plus ou moins longtemps le diagnostic, si le traitement donne de bons résultats.

M. *E. Labbé* a employé, dès 1878, des cataplasmes composés de morceaux de glace et de farine de lin, appliqués sur l'abdomen des typhoïdiques. Il en a obtenu d'excellents résultats; jamais ce traitement n'a déterminé de congestion pulmonaire, et dans les cas où cette congestion existait, elle a rapidement disparu.

— M. *Cornil* rectifie une précédente communication sur *les bacilles de la lèpre*. Les grands bâtonnets qu'il avait observés dans une préparation, et assimilés aux petits bâtonnets signalés par lui comme caractéristiques, ne sont que des bacilles dus à la putréfaction d'une pièce mal conservée. Les petits bâtonnets se colorent seuls en rouge par le procédé d'Erlich.

— M. *Gouguenheim* présente le larynx d'un homme mort de phthisie aiguë. On voit sur cette pièce, outre des ulcérations multiples, une notable infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Or l'examen laryngoscopique, pratiqué pendant la vie, a démontré que le *rabattement* de ces replis, pendant l'inspiration, n'existait pas, et que ce mécanisme de la dyspnée, signalé par tous les auteurs dans l'œdème de la glotte, est évidemment inexact. D'ailleurs, M. Gouguenheim reconnaît que son malade ne présentait pas de dyspnée.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Influence des traumatismes sur les états morbides antérieurs. — Ablation de l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée. Guérison.

M. *Verneuil* continue son discours, et étudie l'influence du traumatisme sur les maladies du foie. Dans la thèse de M. Longuet (1877) et dans celle de M. Gauchas (1882), on trouve des observations concluantes.

L'aggravation des affections rénales par les traumatismes est des mieux démontrées. M. Verneuil cite de nombreuses observations.

Si l'on demande pourquoi, de deux diathésiques semblables, l'un reçoit au point faible le contre-coup du traumatisme, tandis que l'autre reste à l'état de blessé simple; — pourquoi, chez le même individu opéré deux fois, le premier trauma reste sans écho, tandis que le second stimule la diathèse; — pourquoi la réaction du trauma sur la propathie est tantôt immédiate, tantôt tardive; — pourquoi, en cas de pro-

pathies multiples, celle-ci plutôt que celle-là est aggravée, si l'on se demande le pourquoi de ces différences, M. Verneuil répond qu'il n'en sait absolument rien.

M. *Polaillon* communique une observation qui montre l'influence du traumatisme sur le développement de la méningite tuberculeuse. Une femme de quarante et un ans se fait une entorse en septembre 1872; à la fin de novembre le pied reste douloureux et gonflé; en décembre, la marche est impossible. Le 1er mars 1873, M. Polaillon ouvre l'articulation qui contenait du pus et fait l'évidement du calcanéum. A la fin du mois de mars, la plaie était très simple; pas de ganglions inguinaux engorgés; pansements à l'iodoforme. Au commencement d'avril, la malade est somnolente, pas d'albuminurie ni de sucre dans les urines; le 4 avril, la tête est en opistothonos; hyperesthésie cutanée; fièvre modérée: 38 degrés. Les jours suivants, le coma augmente et la malade meurt six semaines après l'opération.

A l'autopsie, on trouve les lésions de la méningite tuberculeuse et des granulations dans les poumons et sur le péritoine. L'articulation astragalo-calcanéenne contenait des fongosités et du pus. Dans cette observation, le traumatisme a été l'occasion d'une explosion de tuberculose généralisée. D'après M. Polaillon, les opérations chez les phthisiques n'aggravent pas toujours l'état général; elles produisent ou bien une aggravation, ou bien des effets négatifs, ou une amélioration.

M. *Verneuil* présente les pièces provenant de l'autopsie du malade observé par M. Rédard; les reins étaient volumineux et blancs; on a trouvé un gros tubercule dans la paroi du ventricule droit du cœur.

M. *Périer* a vu à l'hôpital de la Charité un homme atteint d'arthrite coxo-fémorale; on donna le chloroforme pour redresser le membre. A peine réveillé, ce malade fut pris de dyspnée; cette dyspnée continua jusqu'à la mort, qui arriva trois semaines après l'opération. A l'autopsie, on trouva les poumons farcis de tubercules miliaires.

— M. *Robert* présente un malade âgé de vingt-cinq ans, à qui il a enlevé l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée. L'opéré peut faire deux kilomètres à pied sans fatigue.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Mouvements respiratoires dans les hémisections de la moelle : M. Brown-Séquard. — Action comparée des poisons sur les sujets sains et malades : M. Delaunay. — Alcool amylique dans les vins purs : M. Henninger.

M. *Brown-Séquard* montre à la Société un jeune renard auquel il a pratiqué l'hémisection de la moelle, et qui présente une exagération d'amplitude des mouvements respiratoires du côté correspondant avec diminution du côté opposé. On ne constate pas chez cet animal l'hyperesthésie des membres correspondants, comme cela s'observe chez le cochon d'Inde.

A ce propos, M. Brown-Séquard rapporte une opération d'hémisection faite sur un singe au niveau de la dixième vertèbre dorsale: l'animal n'a pas présenté non plus d'hyperesthésie dans le membre postérieur correspondant, mais une anesthésie générale des quatre membres. Mais il signale une cause d'erreur possible dans ce genre d'expériences: on voit souvent les singes hystériques présenter une anesthésie générale.

— M. *Delaunay* développe l'opinion fondée sur des expériences comparatives, que l'action des poisons est beaucoup plus énergique et rapide, à petites doses, chez des animaux malades.

— M. *Henninger* a recherché, par la méthode des distillations fractionnées, à déterminer la nature et la proportion des différents alcools dans les boissons fermentées. Il insiste seulement sur la proportion relativement considérable d'alcool amylique qu'il a trouvée dans des vins purs, fournis par des propriétaires de différents crus du Bordelais et d'Alsace.

Dans un cas, en opérant sur 50 litres de vin, M. Henninger a obtenu 10 grammes d'alcool amylique (vin rouge); dans un autre (vin blanc d'Alsace), la quantité d'alcool amylique était double. Ces recherches sont actuellement poursuivies, mais on en peut déjà tirer cette conclusion que, contrairement à l'opinion courante, les vins non frelatés contiennent de notables proportions d'alcool amylique, agent toxique puissant, dont 1 gramme suffit à tuer un chien.

— A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Présentation de livres : M. E. Dally. — De l'emploi du salicylate de bismuth dans le traitement de la fièvre typhoïde (M. Desplats) M. Huchard (Discussion).

M. *E. Dally* fait hommage à la Société d'une brochure intitulée: *Les dangers de la prématuration au point de vue des devoirs sociaux*. Il appelle l'attention sur la disproportion manifeste qui existe, dans notre société actuelle, entre l'âge des enfants et la somme de travail intellectuel qu'on exige d'eux; il condamne, en particulier, la stérile besogne de la préparation des baccalauréats, dont le programme *encyclopédique* dépasse la portée mentale des jeunes gens de seize ans. Il signale également la défectuosité de notre organisation militaire au point de vue de l'âge moyen de l'armée; le recrutement étant fixé à vingt et un ans, et le service actif devant durer trois ans, l'âge moyen de la troupe est de vingt-deux ans. C'est à cette époque que l'on observe le maximum de mortalité; en outre, l'homme n'a pas encore atteint à cet âge le degré de résistance aux agents extérieurs qu'il présentera plus tard, son développement physique est loin d'être achevé. L'âge moyen de l'armée devrait être de vingt-quatre à vingt-cinq ans; il était, en 1866, de vingt-six ans. — M. E. Dally présente également un second travail sur le *traitement des déformations idiopathiques de la colonne vertébrale*. Il s'élève contre l'usage si répandu des appareils orthopédiques, corsets variés, ceintures, etc., qui donnent, au point de vue du redressement des courbures rachidiennes idiopathiques, des résultats déplorables. Au lieu d'immobiliser les articulations vertébrales, il faut au contraire combattre la tendance à l'enroidissement qui accompagne l'incurvation et la torsion du rachis: on devra mobiliser par des exercices appropriés, et, par une statique nouvelle, permettre à l'individu de corriger autant que possible les déformations apparentes. Il insiste sur la fréquence sans cesse croissante de la déformation du rachis, dite « scolaire », à convexité gauche; elle résulte d'une position vicieuse prise par les enfants pendant les travaux scolaires et surtout de la station « unifessière gauche ». Il serait possible de remédier à cette déplorable habitude par des modifications rationnelles apportées au mobilier scolaire et par la substitution de l'écriture droite à l'écriture penchée.

— M. *Huchard* communique, au nom de M. *Desplats* (de Lille), un Mémoire sur l'*emploi du salicylate de bismuth dans le traitement de la fièvre typhoïde.* M. Desplats rappelle tout d'abord qu'il a précédemment établi que diverses substances, l'acide phénique, l'acide salicylique, la résorcine ont sur la fièvre une action rapide mais de courte durée, qu'elles n'occasionnent jamais de congestions viscérales, peuvent être administrées même chez les sujets atteints d'albuminurie, et ne déterminent que très rarement des accidents de collapsus. Il déclare avoir été fort étonné de la condamnation prononcée contre ces agents thérapeutiques par des médecins des hôpitaux et des membres de l'Académie de médecine, qui, sans doute, ne les avaient pas expérimentés. Il déclare n'avoir, sur ce sujet, rien à modifier à ses conclusions premières. — Depuis lors, il a été conduit à employer le salicylate de bismuth dans la fièvre typhoïde, dans l'espoir que ce médicament, dont l'absorption et l'élimination sont moins rapides que celles du salicylate de soude, produirait des effets antipyrétiques plus durables. Le salicylate de bismuth possède d'ailleurs un goût très peu prononcé, en raison de son peu de solubilité; M. Desplats l'a administré en paquets, ou mélangé à un sirop, par doses de 1 à 2 grammes, jusqu'à concurrence de 6 à 10 grammes par jour. Il a observé des effets immédiats et des effets éloignés. 1° *Effets immédiats.* Contrairement aux assertions de M. Vulpian, on observe constamment après l'ingestion d'un gramme de salicylate de bismuth un abaissement de température d'un degré à 1°,5; cet effet antithermique se manifeste une heure après l'absorption du médicament et s'accompagne d'hyperhémie de la face et de sueurs. Lorsqu'on le recherche avec soin, on le constate dans tous les cas. Il se produit, en outre, une dépression dans l'ensemble de la courbe thermique; la rémission matinale est plus marquée, alors même que le médicament n'a pas été administré pendant la nuit; la chute de la température s'accentue encore durant la matinée. Ces résultats sont dus, sans doute, à la lente absorption du salicylate de bismuth ingéré la veille. 2° *Effets éloignés.* D'après une statistique portant sur vingt cas de dothiénentérie, nombre que M. Desplats tout le premier, déclare bien minime pour autoriser des conclusions définitives, le salicylate de bismuth possède deux actions différentes sur l'évolution de la fièvre typhoïde. Dans treize cas, il a présenté une *action abortive* très évidente; la maladie, nettement caractérisée par l'éruption de taches rosées lenticulaires, a duré en tout de sept à treize jours et la température est tombée à 40 et même 41 degrés, à la température normale. Dans cinq autres cas, il n'a offert qu'une *action modératrice* marquée. Enfin dans deux cas son action a paru nulle sur la marche de l'affection. M. Vulpian a signalé des hémorrhagies, de la dyspnée et du délire chez un certain nombre de typhoïdiques auxquels il a administré le salycilate de bismuth. M. Desplats n'a observé que très rarement des épistaxis; deux malades seulement ont eu des hémorrhagies intestinales; elles ont été aussi fréquentes chez les typhoïdiques soumis à un autre traitement. La dyspnée s'est montrée chez des malades qui prenaient 10 grammes de salicylate par jour; elle a cessé avec la suspension du médicament. Dans un seul cas, le délire a paru imputable au traitement. Presque tous les malades ont présenté une notable dépression des forces, mais elle a disparu toujours rapidement. M. Desplats fait observer que M. Vulpian donnait à ses malades 10 à 12 grammes de salicylate de bismuth par jour, tandis qu'il n'en prescrit lui-même que 5 à 6 grammes en moyenne; en outre, il résulte d'analyses chimiques que le salicylate de bismuth dont il s'est servi renfermait une moindre proportion d'acide salicylique en excès que celui dont M. Vulpian a fait usage. Comment agit ce médicament? Est-ce par suite de son pouvoir antizymotique? M. Desplats ne peut se prononcer à cet égard, il se contente de formuler ainsi les propriétés du salicylate de bismuth: il est un antifermentescible énergique en dehors de l'organisme, et, chez les typhoïdiques, il abaisse la température d'une façon évidente.

M. *C. Paul* fait observer que, si la plupart des médecins ont condamné l'acide phénique comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde, c'est précisément parce qu'ils l'ont expérimenté et n'en ont pas retiré de résultats satisfaisants; d'ailleurs, si M. Desplats lui-même l'a abandonné et lui cherche des succédanés, c'est sans doute qu'il lui a reconnu des inconvénients. Il regrette que la lenteur de l'absorption et de l'élimination du salicylate de bismuth, signalée par M. Desplats, ne soit pas établie sur des preuves scientifiques; il y a d'ailleurs contradiction, au moins apparente, entre cette lenteur de l'absorption et la rapide apparition (une heure) des effets antithermiques. Quant à l'action *abortive* du médicament, elle lui paraît bien difficile à admettre; n'observe-t-on pas de nombreux cas de fièvre typhoïde, spontanément abortive, au déclin de toutes les épidémies?

M. *Moutard-Martin* est d'avis que le mémoire de M. Desplats renferme de nombreuses contradictions. Il s'étonne de ne pas y voir plus d'enthousiasme pour un médicament, qui, d'après les observations publiées, aurait jugulé la fièvre typhoïde dans 13 cas et l'aurait considérablement améliorée dans 5 autres: 18 succès sur 20 cas constituent, à l'actif du traitement, un résultat fort beau.

M. *Dujardin-Beaumetz* est convaincu qu'il est impossible, par quelque moyen que ce soit, de juguler la fièvre typhoïde. Il a employé le salicylate de bismuth comme antidiarrhéique et a reconnu son efficacité; il désirerait savoir ce que sont devenues les selles chez les typhoïdiques auxquels on a administré 10 grammes de ce médicament. Quant à l'acide salicylique, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, il produit un abaissement thermique, qui dure en moyenne pendant vingt-quatre heures. Comment le salicylate de bismuth pourrait-il être plus actif que l'acide salicylique lui-même?

M. *N. Gueneau de Mussy* a employé, il y a sept ans environ, l'acide salicylique et le salicylate de soude dans la dothiénentérie; sur une série de vingt et un cas, dont plusieurs très graves, il n'a eu qu'un décès. Il administre encore l'acide salicylique aux typhoïdiques à la dose de 2 grammes par jour dans la tisane, et il n'a eu qu'à se louer de cette pratique. Quant à la puissance *abortive* du traitement sur la dothiénentérie, il se refuse à l'admettre; un certain nombre de cas de fièvre typhoïde, après avoir débuté bruyamment, comme ceux que rapporte M. Desplats, deviennent spontanément abortifs; cet arrêt d'évolution coïncide souvent avec une crise sudorale, mais ne relève jamais de la thérapeutique mise en œuvre.

M. *Huchard* fait observer que M. Desplats a recueilli les vingt observations qu'il publie au mois d'août 1882 et qu'à cette époque l'épidémie typhoïdique présentait toute son intensité; on ne peut donc lui objecter la fréquence incontestable des formes abortives au déclin des épidémies de fièvre typhoïde.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde, par le docteur J. Arnould, professeur à la Faculté de Lille.

Sans pouvoir regarder la nature parasitaire de la fièvre typhoïde comme démontrée, il est permis de considérer le fait comme rationnel, par suite de la grande ressemblance qui existe entre les allures de la dothiénentérie et celles des affections spécifiques parasitaires. En tant que spécifique, elle n'est ni spontanée, ni engendrée par l'action banale des agents extérieurs. L'étude étiologique de cette affection comporte trois points principaux: 1° les *milieux naturels*

de conservation et peut-être de reproduction de l'agent typhogène. Ce sont : le sol, surtout à sa surface; l'eau chargée de principes organiques; l'air servant de véhicule aux corpuscules infectieux; l'homme et les objets à son usage, en tant que surfaces banales de support, et peut-être aussi comme réceptacles, car des faits incontestables semblent démontrer que l'agent typhogène peut rester, à l'état latent, dans les voies digestives ou respiratoires et ne manifester sa puissance qu'assez longtemps après, sous l'influence de conditions déprimantes; enfin les aliments, qui servent seulement de véhicule. — 2° La *réceptivité*, constituée par l'absence d'atteinte antérieure; par l'âge de seize à quarante ans, la plus grande fréquence se montrant entre vingt et vingt-cinq ans; par la non accoutumance aux milieux typhogènes, si évidemment démontrée par la fréquence de la maladie chez les nouveaux venus dans les grandes villes; par l'influence banale des milieux putrides et des conditions physiques ou morales dépressives, encombrement, malpropreté, émanations fécales, alimentation malsaine, fatigues, excès, passions tristes, etc. Ces dernières circonstances paraissent parfois acquérir une telle importance, que certains épidémiologistes leur accordent un rôle prédominant sur celui du moteur typhogène lui-même. — 3° L'*épidémicité*, de plus en plus accentuée, si bien que l'on peut dire que nous traversons actuellement un « règne de fièvre typhoïde ». Elle sévit en effet dans tous les pays, sur toutes les races, dans toutes les classes de la société; c'est une affection essentiellement *ubiquitaire*.

Les règles prophylactiques doivent être tracées relativement aux soins à prendre avant ou pendant les épidémies. Avant les épidémies, il faut s'adresser aux milieux de conservation de l'agent typhogène, en s'opposant à la pénétration possible de cet agent dans le sol, en veillant à la propreté, au drainage des lieux habités, en distribuant de l'eau de source, soigneusement préservée de toute souillure, enfin en améliorant les conditions hygiéniques des habitations collectives. De même, tous les efforts d'une hygiène générale, confiée à à une *direction médicale de la santé publique*, seront nécessaires pour combattre efficacement les multiples facteurs de la réceptivité. En temps d'épidémie, l'agent typhogène devra être considéré comme un parasite réel, et combattu par la désinfection des selles, des fosses d'aisance souillées, par une désinfection spéciale des cadavres, et en général par tous les procédés qui s'opposeront à la diffusion dans l'air, ou dans le sol, des matières animales quelconques émanées du corps d'un typhoïdique. Les locaux ayant renfermé des malades devront être rigoureusement soumis à la désinfection par l'acide sulfureux. Quant aux règles applicables à l'homme lui-même, elles consistent dans l'isolement des malades, bien que cette précaution ne soit pas rigoureusement indiquée, et surtout dans l'éloignement des sujets présentant les conditions de réceptivité, dans l'évacuation des foyers infectés, et les soins hygiéniques donnés aux individus qui y ont séjourné. Le remarquable travail que nous résumons ici a été communiqué au dernier Congrès de Genève. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1883, t. VIII.)

BIBLIOGRAPHIE [1]

LES THÈSES D'AGRÉGATION.

Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré, par M. le docteur Ferd. Dreyfous. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Il faut savoir lire entre les lignes des thèses d'agrégation; bien souvent les candidats, obéissant à des considérations fort légitimes qui restreignent leur liberté d'allures, se bornent à nous mettre sous les yeux les pièces du procès et nous laissent le soin de conclure entre des doctrines contraires, également soutenues par des maîtres autorisés. Tel est peut-être le cas pour le travail fort intéressant de M. Dreyfous, auquel il n'y aurait qu'une critique à adresser : trop de prudence dans les conclusions.

Certes, avec M. Dreyfous, on doit reconnaître que les théories pathogéniques du diabète sont loin d'être absolument satisfaisantes. Cependant, grâce aux recherches multipliées de ces dernières années et surtout aux travaux de M. le professeur Bouchard, on peut se faire une conception du diabète, imparfaite dans les détails, mais, et c'est le point essentiel, féconde au point de vue thérapeutique.

Le diabète sucré relève de ce trouble des processus nutritifs que notre maître et ami Landouzy a si ingénieusement dénommé : bradytrophie. Il en est de même des manifestations multiples rangées sous la rubrique d'arthritisme. Ainsi s'explique la coïncidence habituelle du diabète et des accidents dits arthritiques.

L'influence nerveuse, évidente dans bien des cas, n'a qu'un rôle secondaire, du moins dans le diabète vrai, qu'il faut soigneusement distinguer des glycosuries passagères. Les diabétiques sont des bradytrophiques nerveux, de tempérament ou d'occasion.

Or l'arthritisme, grâce aux altérations vasculaires, aux poussées congestives, etc., qu'il entraîne, donnant souvent, par lui-même, naissance à divers troubles du système nerveux, on conçoit leur fréquence chez les diabétiques. Mais ces phénomènes morbides d'origine nerveuse, troubles de la sensibilité, de la motilité perturbations psychiques, etc., que M. Dreyfous décrit avec tant de soin, relèvent-ils de l'arthritisme ou doivent-ils être mis sur le compte du diabète lui-même?

Cette question se présente sans cesse à l'esprit, à la lecture de ce travail, et, si M. Dreyfous ne l'a pas tranchée, cela tient à l'insuffisance des données actuelles.

D'autre part on peut se demander si toutes les observations indiquées par M. Dreyfous rentrent dans le domaine du diabète vrai, ou si, ce qui est fort différent, quelques-unes d'entre elles n'appartiennent pas aux glycosuries passagères. Maintes fois les renseignements donnés par les auteurs sont trop vagues pour nous édifier à cet égard.

Sous ces réserves, on ne saurait trop louer l'esprit méthodique, la précision des descriptions fournies par l'auteur. Particulièrement instructifs sont les chapitres consacrés aux paralysies, aux troubles psychiques et surtout à l'état mental des diabétiques; je ne sache pas qu'on nous ait donné un tableau aussi complet, aussi vivant de cette apathie intellectuelle et physique, de ces défaillances morales, qui seules mettent parfois sur la voie du diagnostic.

M. Dreyfous termine sa thèse par une étude approfondie du coma diabétique, d'autant plus utile à consulter que cette question, toute d'actualité, n'a encore été chez nous l'objet d'aucun travail d'ensemble.

L. D. B.

VARIÉTÉS

BANQUET VILLEMIN. — LA TUBERCULOSE.

Samedi dernier, une fête qui honore tout à la fois celui qui en a eu la première idée et celui qui en a été le héros, réunissait dans les salons du café Riche plusieurs professeurs de la Faculté, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, les chefs les plus éminents de la médecine militaire et de la

(1) Erratum. — Dans le dernier numéro, à l'article bibliographique sur le livre intitulé Le Médecin (p. 350, col. 2), le lecteur aura remarqué de lui-même une interversion de mots qui altère et retourne même le sens de la phrase. *Lisez :* « J'y trouve, dans la conscience humaine, la *réprobation* de certains actes qu'elle appelle injustes, et l'*approbation* de certains autres qu'elle appelle justes. »

médecine navale et quelques représentants de la presse médicale. Il s'agissait d'offrir à M. le docteur Villemin, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, un banquet qui permît de rappeler ses titres à l'estime du monde savant, et, en ce moment où l'on proclame de tous côtés la prééminence des recherches micrographiques allemandes, la priorité de sa mémorable découverte. Pour expliquer le but et la portée de cette réunion de médecins dont la plupart ont, eux aussi, bien mérité de la science et contribué pour une large part à faire connaître ce qu'il faut entendre par ces mots : *tuberculose* et *phthisie pulmonaire*, nous n'aurions qu'à répéter ici le toast porté à M. Villemin par l'inspirateur et le président de ce banquet confraternel, M. le professeur Verneuil. Etroitement limité par la place que nous pouvons consacrer à un compte rendu de ce genre, nous nous trouvons malheureusement forcé de renoncer au plaisir de reproduire cette allocution si éloquente, ainsi que les divers toasts que nous avons applaudis avec tant de sympathie. Nous engageons vivement nos lecteurs à les lire dans la *Revue scientifique*, où ils paraîtront *in extenso*. Mais nous devons tout au moins résumer ce qui s'est dit à cette table, autour de laquelle avaient pris place tous ceux qui, répondant à l'appel de M. Verneuil, sont les admirateurs et les amis de M. Villemin.

En 1865 et 1866, notre savant maître communiquait à l'Institut et insérait dans la *Gazette hebdomadaire* deux mémoires, dans lesquels il étudiait la *cause* et la *nature de la tuberculose*. Deux années plus tard, il publiait un livre connu de tous ceux qui savent lire et comprendre les œuvres vraiment dignes d'être sérieusement méditées. Les expériences qui lui avaient prouvé l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose, M. Villemin ne les présentait pas comme faites à priori et, pour ainsi dire, au hasard. L'étude attentive des caractères étiologiques, cliniques et anatomiques de la tuberculose lui avait, disait-il, inspiré l'idée que cette maladie devait être virulente, qu'elle devait prendre place entre la morve et la syphilis. Comme elles, la tuberculose pouvait donc être transmissible. Sa contagiosité d'ailleurs avait été souvent affirmée. Etait-elle inoculable? En le démontrant, par une série d'expériences bien conçues et bien conduites, M. Villemin confirmait, par des recherches de laboratoire, ce que de longues méditations et ce que des observations cliniques aussi sagaces que précises lui avaient fait entrevoir. On n'a pas oublié avec quelles réserves furent accueillies les premières déclarations de ce savant, qui rompait brusquement avec une tradition très ancienne et qui, tout en affirmant que la doctrine française, celle de Laënnec, se trouvait confirmée, contredisait sans hésitation des lois de pathologie générale que l'on aimait à considerer comme immuables. N'a-t-on pas entendu, à la tribune même de l'Académie, un de ses membres les plus éminents traiter de chimériques, dans un rapport officiel, la conception scientifique et les expériences de M. Villemin, à qui il ne craignait pas de décerner un brevet de *naïveté?* M. Verneuil, en rappelant ces premiers débats académiques, a magistralement exposé ce que l'on doit penser d'un livre où l'on trouve indiquées, sinon définitivement résolues, la plupart des découvertes qui font aujourd'hui de la tuberculisation pulmonaire une maladie qui tend à prendre place parmi les affections d'origine parasitaire. Une technique perfectionnée et des recherches plus minutieuses ont permis à des micrographes allemands de reconnaître les microbes que la découverte de M. Villemin avait fait pressentir. Sans nier l'importance de ces résultats, l'éminent professeur de la Faculté de Paris, était en droit de saluer M. Villemin comme l'initiateur de tous ces progrès, comme le premier de ceux qui, au point de vue étiologique et par conséquent prophylactique, auront bien mérité de la science et de l'humanité.

Ce toast de M. Verneuil a vivement ému tous ses convives et nous comprenons sans peine que celui auquel il s'adressait n'ait pu y répondre qu'en quelques mots. M. Villemin, profondément touché d'un hommage d'autant plus éclatant, que celui qui le lui adressait était plus haut placé dans l'estime publique, s'est efforcé de déclarer qu'il considérait la fête à laquelle il avait été convié comme une réunion patriotique, exclusivement destinée à rendre justice aux découvertes des savants français aujourd'hui trop souvent méconnus. L'émotion étranglant sa voix, il a dû s'arrêter bientôt, interrompu par les applaudissements sympathiques de tous ceux qui connaissaient sa modestie. M. Villemin a terminé en adressant à tous ses confrères l'hommage de sa profonde gratitude.

Après celui de M. Villemin, on attendait un toast de M. Bouchard et l'on pensait bien que le savant professeur, qui est non seulement un érudit, mais encore et surtout un penseur, dont tous les écrits ont un caractère personnel et philosophique des plus remarquables, ne se bornerait pas à prononcer quelques paroles éloquentes. Cet espoir n'a pas été déçu. Associant au triomphe d'un de leurs collègues les médecins de l'armée et ceux de la marine, M. Bouchard a eu l'ingénieuse pensée de rappeler les recherches de géographie médicale et de statistique qui leur sont dues, recherches qui, éclairées aujourd'hui par la brillante découverte du médecin du Val-de-Grâce, expliquent bien des faits jusqu'à ce jour restés obscurs. Les précurseurs de M. Villemin avaient accumulé des matériaux; grâce à lui une doctrine pathogénique a pu être édifiée.

A ce discours si élevé, si bien pensé, si bien dit, répondit M. Rochard. Rarement l'éloquent inspecteur général de la marine, dont le talent oratoire est si connu et si apprécié, a été mieux inspiré. Après avoir, lui aussi, rendu hommage à M. Villemin, il a traduit en termes excellents une pensée à laquelle s'associent tous ceux qui connaissent la Faculté de Paris, cette école « qui, non contente de dispenser l'instruction médicale à ses 5000 étudiants, trouve encore de l'activité et des forces pour instruire les autres; qui prodigue son temps et son savoir à tous les médecins de la province et de l'étranger, trop riche pour être avare, trop généreuse pour prendre souci des larcins qu'on peut lui faire.... » En rendant hommage à la bienveillance, à la courtoisie, à la générosité avec laquelle les professeurs de l'Ecole de Paris accueillent et protègent tous les médecins laborieux et honnêtes, en exprimant dans un noble langage des sentiments aussi sincères que justifiés, M. Rochard s'est fait applaudir avec enthousiasme.

Une fête de ce genre ne pouvait se terminer sans qu'on tentât d'en rendre le souvenir tout à la fois plus durable et plus utile. M. Reclus, traduisant publiquement une idée approuvée par quelques-uns de ses collègues, a émis le vœu qu'un livre, réunissant tout ce qui a été fait en France sur la tuberculose, fût publié par ceux des médecins qui, depuis la découverte de M. Villemin, ont si puissamment contribué à élucider les problèmes d'anatomie pathologique et de clinique que soulève l'étude de cette maladie. Publié en l'honneur de M. Villemin, ce livre serait le plus bel hommage que pourraient rendre à un savant ses émules et ses collègues.

L. Lereboullet.

LA VIVISECTION AU COLLÈGE DE FRANCE.

Le mardi 22 mai une scène de violence antivivisectioniste a eu lieu à l'amphithéâtre de M. Brown-Séquard au Collège de France. Cet incident a été diversement et inexactement raconté par les journaux. Voici à cet égard la vérité.

Vers la fin de son cours de printemps, M. Brown-Séquard avait commencé une série de leçons expérimentales pour montrer les faits nouveaux dont il avait parlé précédemment. On sait qu'il a découvert qu'une analgésie générale (sans perte de la sensibilité tactile) peut être produite par l'irritation de la muqueuse laryngée, par de l'acide carbonique ou des vapeurs de chloroforme, alors que par certaines précautions on évite l'entrée de ces substances dans les poumons. Il se préparait à faire l'examen de la sensibilité chez un petit singe qui avait été soumis trois jours auparavant à une expérience de cet ordre. Mais quelques minutes avant la leçon, il voulait couper les fils d'une plaie voisine du larynx, chez ce singe, lorsqu'une jeune dame lui donna un coup d'ombrelle sur les doigts. Priée de vouloir bien se retirer, cette dame refusa de le faire, déclarant qu'en vertu de la loi Grammont elle avait le droit d'empêcher toute cruauté contre un animal dans un *endroit public*. Le professeur ayant recommencé son opération, la dame essaya de nouveau de le frapper, mais, cette fois, son ombrelle lui fut arrachée avant que le coup fût donné. On fit venir un agent de police qui la mena chez le commissaire du quartier, où une plainte fut introduite contre elle par deux des témoins de la scène. On a dit que M. Brown-Séquard voulait couper les cordes vocales pour empêcher les *cris effroyables de la pauvre bête*. Il se serait bien gardé de faire cette opération puisqu'il s'agissait précisément de s'assurer de la sensibilité du singe, qui, du reste, n'a nullement crié, malgré le retour de cette propriété. La question à résoudre était de savoir si l'analgésie par l'acide carbonique, qui chez le singe dure au moins vingt-quatre heures à la suite de l'irritation de la muqueuse laryngée, durait encore après trois jours. La sensibilité était revenue, ainsi que nous venons de le dire.

Cet incident devait avoir une contre-partie, et en effet, mardi dernier, M. Brown-Séquard avait pris pour sujet de sa leçon : *de l'utilité des vivisections*. L'amphithéâtre était devenu trop petit pour contenir les auditeurs, et c'est devant ce public d'élite que le professeur a poursuivi son sujet, sans d'autres interruptions que des applaudissements répétés et des preuves évidentes de la plus vive sympathie.

Concours du Bureau central. Nominations. — Le concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central s'est terminé jeudi dernier par la nomination de MM. Segond et Quénu. Nous adressons à nos deux nouveaux collègues nos félicitations les plus sincères pour leur brillant et légitime succès.

Légion d'honneur. — Par décret publié au *Journal officiel*, M. le docteur Lecoq (Edouard), maire de Cany (Seine-Inférieure), est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix). M. Bourot (Marie-Pierre-Alfred). — (Choix). M. Hurst (Jean-Marie-Joseph).

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix). M. Emery Desbrousses (Etienne-Joseph-Aristide-Ernest). — (Choix). M. Nogier (Joseph-Jules). — (Choix). M. Ducelliez (Albert).

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Playoust (Eugène-Omer-Félicien). — (Choix). M. Ringeisen (Eugène). — (Ancienneté). M. Guieu (Marie-Georges-Lucien). — (Choix). M. Zuber (Hubert-Jules-César). — (Ancienneté). M. Boyer (Joseph-Aimé-Paulin-Adolphe).

Au grade de médecin-major de 2e classe : (2e tour de l'ancienneté). M. Ferrié (Jean-Pierre-Marie). — (Choix). M. Bassompierre (Gaston-Pierre-Marc). — (1er tour de l'ancienneté). M. Aubertin (Louis-Isidore-Emile). — (2e tour de l'ancienneté). M. Sibille (Romary-Constant). — (Choix). M. Grodvolle (Paul).

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tonnellier, médecin à Montereau, l'un des plus anciens et des plus estimés praticiens du département de Seine-et-Marne. Le corps médical de Fontainebleau, de Melun et de Sens était représenté aux obsèques par un certain nombre de confrères, et les derniers adieux ont été dits, au nom de la Société médicale du département, par son président, M. le docteur Bancel.

— Un très honorable confrère, le docteur Toussaint, médecin retraité de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 18 mai, à Lannion, dans sa quatre-vingt-deuxième année. Il a succombé à une affection prostato-cystique, ayant amené l'ischurie.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de cinquante-quatre ans, de M. Isidore Rigal, docteur médecin à Auterive (Haute-Garonne), ancien médecin-major militaire, qui a succombé le 19 mai, aux suites d'une cruelle maladie dont il avait contracté le germe pendant les campagnes de Crimée et du Mexique.

— Le docteur de Sanctis, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Naples, et le baron Vincent Cesati, professeur de botanique à la même Faculté, viennent de mourir. C'est une perte cruelle pour la science et le corps enseignant italien.

Mortalité a Paris (21e semaine, du vendredi 18 au jendi 24 mai 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1247, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 46. — Variole, 19. — Rougeole, 45. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 20. — Diphthérie, croup, 41. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 56.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 27; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 128; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 74; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 21e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 18 au 24 mai, 1290 naissances et 1247 décès. Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1259. A l'égard des affections épidémiques et contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir : une diminution pour la fièvre typhoïde (46 au lieu de 48) et la diphthérie (41 au lieu de 47); une aggravation pour la rougeole (45 au lieu de 33).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions, pendant la période du 14 au 20 mai, supérieur pour la fièvre typhoïde (92 au lieu de 85) et la diphthérie (26 au lieu de 25) et inférieur pour la variole (34 au lieu de 43).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine, par M. le docteur Weil. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la castration de la femme, par M. le docteur Nordeau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Hygiène professionnelle : L'ouvrier mégissier, par M. le docteur Choquet. In-8. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue, qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes: « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Salicylate de soude.

Personne aujourd'hui ne conteste plus les immenses services rendus à la thérapeutique par le salicylate de soude. Son efficacité remarquable dans le traitement du rhumatisme aigu est si bien établie, que, suivant l'expression de M. le professeur Vulpian (*Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1881), « ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique... La guérison du *rhumatisme articulaire aigu*, ajoute cet éminent professeur, a lieu souvent, lorsqu'il est traité par le salicylate de soude, en trois ou quatre jours; dans quelques cas, elle est plus prompte encore, et toutes les manifestations de la maladie ont disparu au bout de quarante-huit heures. »

On sait avec quelle rapidité le rhumatisme articulaire aigu détruit les globules rouges du sang; deux ou trois jours après le début de l'affection des jointures, on constate presque toujours les signes d'une anémie globulaire commençante. Cette anémie augmente tout le temps que dure la maladie; aussi la convalescence se fait-elle lentement à cause de l'appauvrissement éprouvé par le sang pendant la période aiguë de l'affection rhumatismale. « Le salicylate de soude, en diminuant dans d'énormes proportions la durée du rhumatisme, arrête à ses débuts le travail de destruction des globules rouges » (Vulpian), et M. le professeur G. Sée, parlant des effets du traitement par le salicylate sur les complications, ajoute : « L'anémie rhumatismale manque totalement. »

L'efficacité du salicylate dans les accès de *goutte aiguë* n'est pas moindre que dans les manifestations du rhumatisme. « Les accès de goutte aiguë ont assurément une durée assez variée lorsque le malade n'est soumis à aucune médication; mais, en moyenne, ces accès durent bien de dix à quinze jours. Certains modes de traitement peuvent abréger cette durée, mais aucun d'eux n'a la même constance d'action que le salicylate de soude, et, en outre, il n'est peut-être pas un seul de ces moyens qui soit aussi inoffensif que ce sel aux doses où on le prescrit. » (Vulpian, *loc. cit.*)

Une discussion instructive s'est élevée sur ce point à la Société de médecine de Paris (séance du 8 février 1879). L'un des honorables membres, le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par les docteurs Bucquoy, Ferret et Rigal, médecins des hôpitaux, a relaté le cas suivant : « J'ai, dit-il, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade atteinte de *nodosités d'Aberdeen* avec déformation des doigts et douleurs atroces; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes de salicylate par jour, et les douleurs ont disparu; les nodosités n'ont pas diminué, mais elles n'ont pas augmenté, et la malade a pu ne plus interrompre son travail »... Puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer, c'est la pureté du médicament : aussi me suis-je toujours servi, et avec avantage, de la solution Clin au salicylate de soude. »

« Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé par lui avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. » Le docteur Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et, comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami le docteur Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours la même, la solution Clin, par exemple, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Le docteur Hallopeau a administré le salicylate de soude contre l'*érysipèle* (*Union médicale*, 1er mai 1881). Il a constaté que presque toujours la température baissait notablement, et que dans quelques cas la maladie a paru abrégée.

Dans le *diabète*, M. Kamen (*Prague med. Woch.*, 1880) a noté que le salicylate de soude augmentait le poids du corps en ralentissant les échanges nutritifs.

Mais, quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire cet excellent médicament, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par M. le professeur G. Sée pour son administration (*Académie de médecine*, 21 août 1877). « Pour employer le salicylate de soude, le procédé le plus simple, c'est la *solution*.... Ce sel non dissous produit les effets les plus fâcheux sur la gorge et l'estomac; aussi je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament utile. La seule condition exigible, c'est la pureté du salicylate de soude. »

A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la *Solution Clin* : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette solution, d'un goût agréable, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer *le Salicylate de soude pur* et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(*Le Progrès médical.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du Gelsemium sempervirens et de son emploi en thérapeutique.

Le *Gelsemium sempervirens* est un végétal originaire d'Amérique, où il est connu sous le nom de jasmin luisant ou jasmin jaune. C'est un poison violent qui agit sur l'organisme comme paralysant du système nerveux. M. G. Rouch s'est livré à des études approfondies sur les propriétés de ce végétal, et lui a reconnu les plus grandes affinités avec le curare : « Se rapprochant des strychnos par son origine botanique, le gelsémium présente, dans certains cas, une action paralysante périphérique; il se rapproche par là du curare, ainsi que par son action sur l'homme, identique à celle décrite pour ce dernier par MM. Liouville et Voisin; mais il en diffère par son action sur les centres moteurs, l'intensité de ses effets sur le cœur et le pneumogastrique; car, dans le curare, la paralysie périphérique précède celle du pneumogastrique, tandis qu'ici c'est l'inverse. »

S'il est démontré que le gelsémium est un agent paralysant, il n'est pas moins certain qu'il agit d'une manière différente suivant les préparations. Ainsi l'extrait américain ne paralyse pas les nerfs moteurs, tandis que l'extrait de Dausse les paralyse et que la gelsémine n'a pas d'action sur eux. Cependant il n'est pas douteux que le gelséminm ne possède à un très haut degré des vertus narcotiques, antispasmodiques et sédatives, qu'il n'ait une action spéciale sur la moelle épinière, le système ganglionnaire et les muscles striés, les facultés intellectuelles restant intactes.

La thérapeutique s'est emparée du précieux végétal pour en faire un moyen énergique de sédation des maladies nerveuses. Depuis longtemps il est employé en Amérique, en Allemagne et en Angleterre, et plus récemment il est devenu l'objet d'applications sérieuses en France. Il y a, en effet, tout un cortège d'affections douloureuses pour la guérison desquelles le gelsémium était indiqué par ses propriétés éminemment sédatives. Ces affections sont les névralgies.

M. Vanlair, professeur à l'Université de Liège, définit la névralgie : « Une affection dont le symptôme essentiel consiste dans une douleur paroxystique, reconnaissant pour cause exclusive une altération spéciale, encore indéterminée, des éléments propres du tissu nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire. » Il reconnaît l'existence de névralgies idiopathiques développées indépendamment de tout état morbide préexistant et de toute altération anatomique déterminée, et les névralgies symptomatiques liées à l'existence d'une prédisposition générale morbide ou d'une lésion pathologique plus ou moins éloignée. Les unes et les autres étant une altération du tissu nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire seront nécessairement affectées par l'emploi du gelsémium dont l'action sur ces tissus est démontrée par de nombreuse expériences.

M. le docteur Héroguelle a fait de ce médicament une étude spéciale et l'a employé avec le plus grand succès. Il a recueilli dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, une série d'observations des plus concluantes : Des névralgies faciales, frontales, dentaires, intercostales, néo-lombaires, des sciatiques, des migraines ont été soulagées immédiatement et guéries en très peu de jours. M. le docteur Gordes (de Genève), le docteur Spencer Thompson (de Londres), le docteur Ortille (de Lille), le docteur Surasze (d'Heidelberg) ont employé le gelséminm avec des résultats constants; aussi la valeur thérapeutique de ce médicament est-elle aujourd'hui bien démontrée.

Il nous reste à parler du mode d'administration dont l'importance est considérable. Il ne faut pas oublier, en effet, que le gelsémium est un poison violent; qu'employé en excès, il provoque des accidents oculaires, des prostrations, des nausées, des vomissements; qu'il a amené la mort dans plusieurs cas où les malades avaient voulu s'en servir eux-mêmes et sans direction. La teinture alcoolique se donne par gouttes; c'est le mode d'emploi le plus délicat, celui qui demande les soins les plus minutieux, parce que la teinture est très active. Avec cette teinture, M. le docteur Fournier prépare un élixir rigoureusement dosé, d'un goût agréable et que l'on peut prendre par cuillerées à café. Ce mode d'emploi est infiniment plus commode et met à l'abri de tout danger. Mais la préparation entre toutes recommandable, tant pour la conservation du médicament que pour la facilité de son administration, est incontestablement la pilule. Les pilules de gelsémium du docteur Fournier, faites par les procédés les plus perfectionnés, sont dosées d'une façon rigoureuse, et nous avons pu nous assurer souvent de la régularité et de l'efficacité de leur action. On peut les prendre à toute heure, avant ou après les repas, pendant même, si la douleur se fait sentir. En général, cinq pilules dans la journée suffisent à calmer toute douleur : on en prend d'abord deux ensemble, puis ensuite une toutes les deux heures; il ne faudrait pas en tout cas dépasser la quantité de sept pilules dans la journée.

Disons en finissant que si quelque accident se produisait à la suite d'un emploi exagéré du médicament, il serait immédiatement dissipé par une injection hypodermique de 1 ou 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

(*Union médicale.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Valeur thérapeutique de « La Réveille ».

On nous communique la lettre suivante que nous nous empressons de reproduire :

Monsieur le docteur,

Permettez-moi d'appeler votre bienveillante attention sur l'eau minérale de *La Réveille*.

Cette eau, en raison même de la minéralisation qui lui est exclusivement particulière, mérite d'occuper une place à part, entre les eaux bicarbonatées sodiques et les eaux ferrugineuses.

Gubler, dans ses remarquables travaux, et M. le docteur Proust, dans un récent rapport à l'Académie de médecine, ont démontré que le bicarbonate de soude, loin d'être un débilitant, comme on l'a cru longtemps, augmente au contraire le nombre des globules sanguins, à la condition, toutefois, de ne point dépasser la dose de 3 grammes par jour. Or, *La Réveille* en contient 2gr,54.

Elle renferme, en outre, autant et même plus de bicarbonate de fer que les eaux ferrugineuses les plus renommées.

En somme, *La Réveille* est, sans conteste, de toutes les eaux minérales, la mieux pondérée et, au point de vue thérapeutique, la plus rationnellement minéralisée, ainsi que le démontre l'analyse :

Acide carbonique	1.975
Bicarbonate de soude	2.545
Bicarbonate de magnésie	0.230
Bicarbonate de fer	0.167
Carbonate de chaux	0.314
Sulfate de potasse	0.066
Chlorure de sodium	0.065
Total des matières fixes	3.387

Gazeuse, pétillante, c'est, de toutes les eaux minérales connues, la plus stable, la plus agréable à boire.

Prise à la dose de 2 à 4 verres par jour, pure ou coupée avec le vin, qu'elle n'altère pas, pendant ou après les repas, elle agit merveilleusement comme *tonique, reconstituante* et *digestive.* C'est ce qui explique les succès remarquables qu'en obtiennent les médecins qui la prescrivent journellement dans le traitement de la *chloro-anémie*, de la *dyspepsie*, ainsi que dans celui des *affections du foie* et des *voies urinaires*, et dans la *convalescence.*

Veuillez agréer, Monsieur le docteur,.....

P. PORTIER,

Régisseur de *La Réveille*, à Sauxillanges (Puy-de-Dôme).

BIBLIOGRAPHIE

Le mouvement et la matière. Lectures sur la physique et la chimie, mises à la portée de tout le monde, par BLEUNARD, ouvrage illustré de 233 figures. Paris, G. Masson.

M. G. Masson vient de faire paraître un nouveau livre : *Le Mouvement et la Matière.* Ce livre est une œuvre excellente de vulgarisation scientifique écrite par M. Bleunard, jeune savant qui se révèle comme un maître en l'art de bien dire et de bien exposer les faits.

M. G. Masson, comme cest du reste son habitude, l'a édité avec le plus grand soin et beaucoup de goût, et cependant il le laisse à un prix peu élevé, afin de répondre au but que l'auteur s'est proposé : donner aux jeunes gens du monde le goût des choses scientifiques et tout spécialement de la chimie et de la physique.

Après avoir parlé de l'air, de l'eau et de la terre, M. Bleunard étudie les végétaux et le sol qui les supporte, les animaux et les végétaux et les conditions de leur existence. Un chapitre spécial est réservé aux fermentations. Et toujours il a soin d'indiquer les principales applications industrielles des substances décrites, aussitôt après avoir étudié les propriétés de ces substances.

Tous les faits et phénomènes sont exposés avec simplicité et précision, dans un style aussi net que naturel, ce qui fait qu'on lit l'ouvrage avec plaisir et qu'on grave bien dans sa mémoire les excellentes leçons qu'on y trouve.

Dr H. V.

Revues scientifiques publiées par le journal la *République française*, sous la direction de Paul BERT. Un vol. in-8° avec 69 figures. Paris, G. Masson, 1883.

Ce livre est le cinquième volume d'une collection formée à l'aide des plus intéressantes Revues scientifiques que publient dans le journal la *République française* des écrivains de talent, sous la direction de M. Paul Bert. Nous avons déjà signalé les volumes précédents, et nous avons peu à nous arrêter sur celui-ci, qui, par sa nature même, par sa composition, se prête mal à une analyse. Il nous suffira de dire que les questions intéressant la science qui ont attiré l'attention pendant l'année 1882 sont traitées avec compétence et d'une manière propre à vulgariser, sans être vulgaire.

Comme les années précédentes, des gravures viennent illustrer les sujets qui comportent des figures et, à cet égard, la lecture des *Revues scientifiques* réunies en volume est plus agréable que celle des mêmes Revues publiées en feuilleton. Les lecteurs des premiers volumes de cette collection tiendront à avoir le dernier volume, qui trouvera sa place même dans des bibliothèques qui ne possèdent pas le commencement de la collection.

C. M. GARIEL.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 7 juin 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'ALBUMINURIE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : De l'albuminurie.

Nous n'avons pas à insister longuement sur la très intéressante communication faite mardi dernier à l'Académie de médecine par M. le professeur Mariano Semmola (de Naples), et qui a été accueillie par des applaudissements. C'est pour la troisième fois que M. le professeur Semmola entretient la Compagnie de la pathogénie de l'albuminurie. La première fois, c'était en 1861 ; il rattachait l'albuminurie à un état particulier du sang, dépendant principalement d'un trouble dans les foncions de la peau, et les glandes rénales ne s'altérant consécutivement que par suite des nouvelles conditions des fonctions excrémentitielles auxquelles les condamnait la présence de matières albuminoïdes dans le sang (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 564). Dans la seconde communication, qui eut lieu six ans plus tard, l'auteur insistait davantage, non pas tant sur la quantité relative, que sur les qualités vicieuses et l'inassimilabilité de l'albumine du sang, qui en rendait l'élimination à la fois plus nécessaire et plus hostile à l'appareil glomérulaire. Le chiffre de l'urée s'abaisse d'abord dans les urines, puis s'élève dans le liquide sanguin. C'est ce qui n'a pas lieu dans les albuminuries symptomatiques, comme celles des femmes grosses ou des cardiaques, mais seulement dans l'albuminurie idiopathique, celle qu'on appelle *brightique*, et qui a sa représentation la plus fidèle dans l'albuminurie produite par l'arrêt de la transpiration cutanée. Aussi l'auteur recommandait-il comme le remède principal de cette maladie les sudations et les douches écossaises (*Gaz. hebd.*, 1867, p. 666). Enfin, mardi dernier, M. Semmola a résumé le mémoire par lui présenté en 1879 au Congrès d'Amsterdam (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 606), et où, exposant l'ensemble de ses vues sur les causes du passage de l'albumine dans les urines, il admettait trois espèces d'albuminurie : l'une, la principale, *dyscrasique* (*excès* ou *altération* des albuminoïdes du sang); la seconde, *mécanique* (influence de la dépression intra-vasculaire); la troisième, *irritative* (altération histologique du rein par l'action des divers agents irritants qui peuvent lui arriver, soit du dedans, soit du dehors).

FEUILLETON

Lettres médicales.

Projet d'une École de médecine militaire. — La circoncision au point de vue historique : Abraham et les Mastabae. — Conclusion de l'affaire Rivoire ; question de médecine légale. — Le Temple d'Épidaure : une source sacrée et minéralisée.

Vous connaissez, cher confrère, les pourparlers entamés depuis quelques mois déjà entre les Facultés de médecine de province et l'administration de la guerre. Sans examiner à fond un sujet qui, à bien des égards, mérite toute sa sollicitude, la *Gazette hebdomadaire* s'est efforcée de mentionner, au jour le jour, les propositions faites par les municipalités ou les Facultés de Bordeaux, de Nancy, de Montpellier et de Lyon. Elle a essayé, deux ou trois fois, d'indiquer dans quel esprit pourrait être tentée une réforme, à laquelle depuis plus de dix ans elle convie l'administration de la guerre. Mais elle est aujourd'hui très embarrassée, votre chère *Gazette*, et il lui semble bien difficile de se prononcer comme le désirent, comme semblent l'y convier plusieurs de ses aimables correspondants. Vous allez comprendre ses scrupules. Permettez-moi de vous rappeler les faits. Lorsqu'après la guerre de 1870, l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg eut été définitivement supprimée, malgré l'essai de réorganisation tenté à Montpellier, nous avons été les premiers à déclarer que la médecine militaire ne pourrait se recruter ni parmi les docteurs en médecine, ni même parmi les étudiants appelés, après un concours dont les garanties deviendraient de plus en plus illusoires, à faire un stage à l'Ecole du Val-de-Grâce. Nous réclamions, dès 1872, la création d'une ou plusieurs écoles instituées sur le modèle de l'Ecole de Strasbourg, qui avait donné de si heureux résultats, et nous faisions des vœux pour que l'on consentît à songer, non au présent, mais surtout à l'avenir du corps de santé de

On ne retrouve l'albumine dans la bile, la salive et les divers produits excrémentitiels que dans la première espèce.

Ce que l'orateur a ajouté ou plus développé dans son allocution de mardi est surtout relatif aux rapports de la gravité du mal et de la production plus ou moins rapide des altérations rénales avec le degré de diffusibilité de l'albumine en circulation. C'est ce que montrent les résultats d'injections de liquides albumineux différemment diffusibles sous la peau des chiens : blanc d'œuf, jaune d'œuf, sérum du sang et lait.

Pour déterminer au juste la part de M. Semmola dans les progrès qu'a faits récemment l'histoire de l'albuminurie, il importe de placer ses recherches en regard de celles qu'ont poursuivies simultanément bien d'autres médecins contemporains en France et à l'étranger, notamment Claude Bernard et Pavy (de Londres). C'est ce qu'a fait précisément la *Gazette hebdomadaire*, il y a un peu plus d'un an, par la plume d'un de ses collaborateurs les plus autorisés, M. Dreyfus-Brisac, qui n'a pas manqué de rendre justice aux travaux de notre très distingué confrère de Naples (1879, p. 473). On devra lire aussi le remarquable article Albuminurie de Gubler dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1865). Nous ne pouvons oublier, nous autres médecins français, que la doctrine de l'albuminurie dyscrasique idiopathique, aussi bien que des albuminuries spéciales et transitoires, était, depuis 1850 au moins, le sujet des études de notre savant compatriote : influence de l'alimentation albumineuse, effets de l'injection de diverses matières albuminoïdes différemment diffusibles, état du sang chez les albuminuriques, congestion et altérations consécutives des reins, etc.; toutes les questions abordées mardi à l'Académie ont été, dans les articles de Gubler, traitées avec une autorité supérieure. Ce qui nous paraît appartenir plus en propre à M. Semmola, c'est la constatation des variations du chiffre de l'urée dans la seule albuminurie idiopathique, surtout de son abaissement au début de la maladie et avant même tous signes constatables d'albuminurie. C'est là, nous le reconnaissons, un fait à considérer et qui est un appui donné à la théorie de l'auteur sur le *vice général de nutrition* et sur l'*altération* des matières albuminoïdes du sang, qui, en dehors de toute considération de quantité, seraient les vraies causes du départ, par voie excrémentitielle, d'éléments albuminoïdes devenus impropres à la combustion physiologique.

Ainsi, sur l'exposé des travaux de M. Semmola, comme sur l'appréciation de sa théorie, la *Gazette* est en règle avec sa conscience; et c'est pourquoi nous pouvons nous contenter des quelques lignes précédentes et de la courte analyse qu'on trouvera au compte rendu de l'Académie.

M. Semmola est un ami de la France scientifique et politique, plus que d'un autre pays voisin, et il en a témoigné en termes clairs à la fin de son discours. C'est pour cela, sans doute, qu'il lui a été donné de pouvoir annoncer son succès au ministre de l'instruction publique d'Italie, par télégramme rédigé et signé par quatre membres très honorables de l'Académie, qui, certainement, s'ils remportaient, eux-mêmes, devant une Société étrangère, un de ces triomphes dont ils sont capables, ne l'écriraient pas au ministre de l'instruction publique de notre pays. M. Semmola étant, croyons-nous, député au parlement italien, nous voilà rassurés sur la triple alliance dont on a tant parlé depuis quelque temps.

Contribution pharmaceutique.

DES COMPTE-GOUTTES

Depuis une vingtaine d'années, il s'est opéré de grandes transformations dans les prescriptions médicales. On recherche les médicaments simples et concentrés. Les teintures sont préférées aux juleps et aux sirops.

Pour satisfaire à cet usage rationnel et de plus en plus répandu, il a été nécessaire de pourvoir le public d'un instrument commode et d'un dosage assez exact pour pouvoir remplacer la balance et la cuillère. Ce petit appareil s'appelle *compte-gouttes*. C'était primitivement un tube effilé muni d'un caoutchouc cylindrique et fermé à une de ses extrémités. Vers 1860, mon confrère Adrian fit fabriquer le compte-gouttes qui porte encore son nom. Il se compose d'un tube mince à boule surmonté d'une poire en caoutchouc. L'idée, j'imagine, avait dû lui en être suggérée par l'usage de la carafe à laver les précipités qui se trouve dans tous les laboratoires. Cet instrument, aussi fragile et aussi irrégulier que l'autre, a pourtant sur lui l'avantage de pouvoir être introduit dans les plus petits flacons, et de donner par une seule aspiration 50 à 60 gouttes d'eau.

En 1862, grâce au concours de M. L. Seive, souffleur de verre, je présentai au commerce parisien le premier flacon compte-gouttes, appareil complet, solide et même assez élégant. Il est trop répandu aujourd'hui pour qu'il soit nécessaire d'en donner la description. Mais, ainsi que les précédents, il avait le grand inconvénient, malgré les soins que l'on apportait à sa fabrication, de manquer de précision.

---

l'armée. Le moment est venu où de tous côtés on comprend qu'il faut aviser à modifier le système de recrutement actuel. On recherche donc au ministère de la guerre ce qu'il est possible de faire, en tenant compte tout à la fois des nécessités budgétaires et des exigences de l'armée. De leur côté, les Facultés s'agitent et, derrière elles, les municipalités font les yeux doux et entr'ouvrent leurs coffres-forts pour montrer leurs richesses. Questions de sentiment, questions d'intérêt, questions patriotiques, rien n'est oublié. Des avocats très habiles et très autorisés, par leur situation tout à la fois académique et militaire, ont écrit des articles de journaux et des brochures dont tous les arguments sont à méditer. Des députations de sénateurs, de députés, de conseillers municipaux se sont jointes aux professeurs des Facultés locales pour entretenir le ministre de la guerre des avantages qu'il trouverait à créer dans la ville dont ils étaient les représentants, une école de médecine militaire. A toutes les délégations, le ministre de la guerre — il portait chaque fois un nom différent, mais ses réponses étaient toujours les mêmes — répondait par les plus gracieuses, les plus encourageantes assurances. La dernière venue, la Faculté de Nancy, qui avait pour avocat son vénéré doyen, M. Tourdes, l'un des plus éminents parmi les professeurs de province, recevait récemment du ministre actuel une quasi-promesse, qu'elle devrait à bon droit considérer comme satisfaisante, n'étaient les précédents.

Nancy n'est-elle pas l'héritière de Strasbourg ? La plupart de ses professeurs n'ont-ils pas été les maîtres de cette phalange strasbourgeoise dont chacun aujourd'hui reconnaît les services ? Tout ce que l'on a pu obtenir à Strasbourg n'a-t-il pas été dû au dévouement, au zèle de ces professeurs qui considéraient les étudiants militaires comme leurs élèves de prédilection et sacrifiaient tout à leur rapide éducation médicale ? N'est-ce point dès lors faire action de justice que de rendre à Nancy ce qui appartenait à Strasbourg ? Nous n'en disconvenons nullement, et nous serions les pre-

Vint ensuite le *Codex* de 1866, qui recommanda l'emploi d'un petit ballon au centre duquel était adapté un tube, gradué de façon à donner 20 gouttes d'eau distillée par gramme. Ce compte-gouttes a été construit par M. Salleron. La loi qui régit la chute des gouttes restait toujours à trouver. Nous ne nous occupions tous que du diamètre intérieur du tube, et c'était justement ce qu'il y avait de moins intéressant dans la question. Mon collègue Lebaigue nous le démontra en nous prouvant qu'un tube de 3 millimètres de diamètre total donnait toujours 20 gouttes d'eau par gramme, quel que soit son diamètre intérieur. Cette découverte faisait du modeste compte-gouttes un instrument de précision, et le plaçait à côté des burettes graduées dans les laboratoires d'analyse.

M. Lebaigue a fait construire des flacons de diverse capacité munis de compte-gouttes pour le service de l'officine, et, grâce à ces ustensiles, un grand nombre de médicaments peuvent être préparés avec une rigueur mathématique.

Rien n'est plus facile, en effet, que d'introduire une petite quantité d'un liquide volatil dans une potion ou un sirop; on n'a qu'à consulter les tableaux dressés à cet effet, et dont voici un exemple :

1 gramme.	Eau distillée donne.......	20	gouttes.
—	Laudanum de Sydenham..	34	—
—	Alcoolature d'aconit......	50	—
—	Chloroforme............	54	—
—	Eau de Rabel...........	55	—
—	Teinture de digitale......	58	—
—	Ether pur...............	77	—

Si ces chiffres sont si différents les uns des autres, cela tient au poids spécifique et à la cohésion des molécules du liquide.

Ainsi 1 gramme d'eau donne 20 gouttes, et 1 gramme de chloroforme, dont le poids spécifique est 1gr,49 (c'est-à-dire moitié plus lourd que l'eau), donne 54 gouttes. Dans ce cas-là, les gouttes sont très petites, parce que les molécules de chloroforme n'ont qu'une très faible cohésion entre elles.

Dans quelles erreurs tomberait-on si l'on ne considérait que la densité des liquides? L'emploi du compte-gouttes est donc indispensable. Mais les flacons sont fragiles, coûtent cher; les pharmaciens ne sont pas souvent disposés à renouveler leur matériel; bref, la plupart s'en passent. A ceux-là, je leur conseillerai de compter combien les flacons ordinaires de teinture qui garnissent leurs tablettes donnent de gouttes au gramme, et d'inscrire ce nombre sur une contre-étiquette bien en vue et très lisible pour les élèves. Ils arriveront à des chiffres surprenants, et n'ayant aucun rapport avec les nombres cités plus haut, puisque les gouttes diffèrent entre elles d'après la grosseur du flacon et même d'après la quantité de liquide que contient le flacon; mais je puis, par expérience, leur certifier qu'ils seront, en agissant ainsi, bien près de la vérité. Grâce à cette précaution, le service devient sûr et facile. Outre les teintures, essences, alcoolats, on prépare d'avance des solutions d'extraits au dixième; des solutions de chloral, iodure de potassium, salicylate de soude avec partie égale d'eau distillée; de l'arséniate de soude au centième; de sublimé, sulfate de zinc et chlorhydrate de morphine au vingtième; de chlorhydrate de morphine dans la glycérine au dixième, etc.; en un mot, de tous les produits solubles dont on a souvent besoin. Toutes ces considérations m'amènent à penser que les médecins devraient toujours écrire leurs formules *en poids*, laissant au pharmacien le soin de les traduire en gouttes si cela est nécessaire.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Myxœdème et béribéri, ou hydroparésie névrovasculaire, par M. Bazile Féris, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Il y a quelques mois, je publiais dans les *Archives de médecine navale* une revue critique sur le béribéri et une étude sur la nature de cette affection (*Le béribéri, d'après les travaux brésiliens*, juin et juillet 1882. — *Etude sur la nature du béribéri*, août 1882), et j'en tirais cette conclusion que ce n'est pas une maladie exclusive aux pays chauds, et qu'elle se rencontre, quoique plus rarement, dans les autres climats.

Peu de temps après, mon attention fut appelée sur le myxœdème, affection récemment décrite, et quels ne furent pas mon étonnement et, j'oserai dire, ma satisfaction en voyant de nouvelles preuves éclatantes de mes assertions : la description du myxœdème observé dans nos contrées ressemble étonnamment à celle du béribéri des pays intertropicaux, telle que la donnent les médecins français, anglais, hollandais et surtout brésiliens, et telle que je l'ai observée moi-même; on va en juger.

Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* connaissent admirablement le myxœdème, dont la première observation remonte à 1873, et dont on ne connaît guère qu'une trentaine

---

miers à applaudir à cette décision si... Mais pourquoi reproduire dans ce bout de lettre ce qui vous a déjà été dit, cher confrère, quand nous avons mentionné les raisons invoquées par Bordeaux à l'appui de ses offres de concours et celles que les délégués de Montpellier ou ceux de Lyon ont si bien fait valoir. La question ainsi présentée ne sera jamais résolue. Ce qu'il importe de faire, c'est de décider d'abord si l'on créera une seule ou plusieurs écoles — les arguments développés par M. Bernheim paraissent à cet égard décisifs —, puis d'élaborer un programme, d'énumérer les exigences de l'administration de la guerre, d'obtenir, à propos de ce programme, l'assentiment des Facultés et le vote des municipalités; enfin de résoudre d'un commun accord une question qui restera en suspens aussi longtemps que les Facultés n'auront à faire valoir que leurs titres, que personne ne conteste, et les municipalités que des offres de subsides trop platoniques. Vous voyez, cher confrère, que j'avais raison de vous exprimer mon embarras. Comment conclure alors qu'il ne s'agit aujourd'hui encore que de propositions vagues, alors surtout que dans chacune des Facultés de province, nous comptons des amis auxquels il nous serait si agréable de faire plaisir en leur rendant justice, alors enfin que, la première question à résoudre étant celle de la création d'une ou de plusieurs Ecoles militaires, le ministère de la guerre reste d'autant plus muet que les ministres sont plus aimables et plus empressés à faire des promesses — aussi platoniques que les promesses des municipalités?

— Il est probable, cher confrère, que toutes les fois que vous êtes appelé à pratiquer une circoncision, pour un cancer ou un gonflement éléphantiasique du prépuce, vous vous demandez, en préparant vos aiguilles, votre fil, votre pince ou votre bistouri : « Pourquoi Abraham a-t-il inventé la circoncision? Quelle idée a-t-il eue de l'importer en Egypte, quand il y vint de Sichem, à l'âge de soixante-quinze ans? Est-ce bien lui, d'ailleurs, qui l'a enseignée aux Egyptiens? Ne seraient-

de cas dans la science; ils sont dus à W. Gull, W. Ord, Charcot, Ballet, Bourneville et d'Olier, Morvan (de Lannilis), qui à lui seul en a publié quinze, et enfin Amant Fournier. On l'appelle encore cachexie pachydermique, état crétinoïde.

Le béribéri ou mal de Ceylan est peut-être moins connu; car jusqu'ici on l'avait considéré comme une maladie exotique devant intéresser surtout les médecins de la marine.

Il y a une quinzaine d'années, on croyait cette affection spéciale à l'Inde; mais bientôt on ne tarda pas à la signaler dans les contrées les plus diverses, aux Antilles, à la Guyane, en Chine, au Japon; elle fait l'objet, au Brésil, de travaux importants. En 1871, Dechambre et Bonnefin font remarquer que, pendant le siège de Paris, plusieurs malades ont présenté des symptômes qui ont le plus grand rapport avec le béribéri.

Nous allons donner une description succincte de cette maladie d'après la revue critique que j'en ai publiée, revue comprenant les travaux les plus récents des médecins qui ont été le plus à même d'étudier la question, c'est-à-dire des médecins brésiliens; nous la comparerons avec l'affection observée en Europe, et je ne doute pas que le lecteur ne soit convaincu, comme moi, de l'identité absolue du myxœdème et du béribéri (1).

SYMPTOMATOLOGIE. — Le béribéri, au point de vue symptomatique, est caractérisé par deux signes principaux : un œdème plus ou moins étendu et de l'affaiblissement de la motilité. Suivant que les deux phénomènes présentent une égale intensité ou que l'un d'eux prédomine, on a établi trois variétés : la forme mixte, la forme œdémateuse et la forme paralytique. Ces deux faits, parésie, œdème, sont, d'un autre côté, caractéristiques du myxœdème; on les constate dans toutes les observations. « Pour nous, le myxœdème se traduit par deux manifestations concomitantes absolument contemporaines, la paralysie et l'œdème (Morvan, de Lannilis, *Gazette hebdomadaire*, 1881) ». Ce sont à peu près les termes dont se sert aussi Amant Fournier (*Gazette hebdomadaire*, 1882).

Si nous pénétrons dans les détails de la séméiologie, l'analogie est bien plus frappante encore. Tous les cas de myxœdème se rapportent aux formes œdémateuse et mixte du béribéri, ce sont, par conséquent, celles auxquelles nous ferons surtout allusion.

Etat de la peau. — Dans le béribéri, « l'œdème présente plusieurs caractères qui lui donnent une physionomie spéciale, et font éviter de le confondre avec les infiltrations qui se présentent dans d'autres affections. L'élasticité de la peau et du tissu cellulaire imbibé est très remarquable : elle ne laisse pas persister longtemps l'impression du doigt; quelquefois elle offre une véritable dureté, qui atteint un degré tel, que la peau ne se laisse plus déprimer, quelle que soit l'énergie de la pression... L'œdème ne siège pas toujours aux parties les plus déclives » (Féris, *loc. cit.*). Voilà bien aussi le type exact du myxœdème, tel que le décrivent tous les auteurs.

Tous les autres faits, même les moins importants, peuvent se reconnaître dans les deux maladies. Ainsi, dans la cachexie pachydermique, on a parlé de face élargie, de paupières gonflées demi-transparentes, de lèvres violacées, de rougeur des joues dessinant les vaisseaux.

Le professeur Charcot (*Cachexie pachydermique*, leçon de Charcot, in *Gazette des hôpitaux*, 1881) et Thaon (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880) ont observé une peau sèche, glabre, rêche comme du papier de verre.

Eh bien, dans le mal de Ceylan, le tégument externe, pâle d'abord, prend plus tard une teinte bleuâtre; dans quelques circonstances, on observe une véritable cyanose. Des taches rougeâtres couvrent fréquemment les membres abdominaux et d'autres points du corps. Quelquefois le gonflement de la face est tel, que François (*Quelques réflexions sur le béribéri*, in *Archives de médecine navale*, 1878) parle d'un malade qui était obligé de prendre ses paupières à deux mains pour les écarter. On observe fréquemment la sécheresse de la surface cutanée, sa rudesse au toucher; elle est raboteuse comme une écorce (*encortiçada*, disent les Brésiliens).

Phénomènes cérébro-spinaux. — « La *parésie musculaire* ne manque dans aucune observation de myxœdème; elle est constante, et son importance symptomatique est aussi grande que celle de l'œdème lui-même » (A. Fournier). « Cette paralysie générale incomplète rappelle l'état de demi-engourdissement produit par un grand froid » (Morvan). C'est à cette sorte d'engourdissement, qu'on constate si bien dans l'affaiblissement musculaire du béribéri, que les Brésiliens donnent le nom de *dormençia*.

Dans les deux maladies, ce sont les mêmes muscles qui semblent frappés de préférence : *les extenseurs*. Morvan l'a bien constaté dans le myxœdème : en essayant de courir et même en marchant, les malades buttent fréquemment, parce que la pointe du pied rencontre le sol, n'étant pas relevée à temps par les extenseurs.

Or voici ce qu'on a constaté dans le béribéri. Les muscles extenseurs sont surtout affectés; ainsi, dans la jambe, la paralysie est plus prononcée au tibial antérieur, à l'extenseur propre du gros orteil et à l'extenseur commun des doigts. Quelquefois, quand le malade est assis, les jambes fléchies à angle droit sur les cuisses, et le talon appuyé sur le sol, il lui est absolument impossible de soulever la pointe des pieds et de faire des mouvements alternatifs d'abaissement et d'élé-

(1) Consultez, en outre, sur le béribéri : Rochard (Jules), art. BÉRIBÉRI, in *Dict. pratique*. — Leroy de Méricourt, art. BÉRIBÉRI, in *Dict. encyclop.* — Nielly, *Pathologie exotique*.

---

ce pas plutôt les Hébreux captifs des temps pharaoniques? Au demeurant, Abraham a-t-il bien véritablement inauguré dans le monde cette opération hygiénique? Dans tous les cas, il n'aurait pas le mérite de l'invention, puisque c'est Dieu lui-même qui lui a ordonné de circoncire lui et son fils, avec une de ces pierres tranchantes dont vous pouvez voir des modèles dans les vitrines du musée de Saint-Germain, ou même en plein fonctionnement dans les mains de ces sectaires russes qu'on appelle des skoptzis. Mais Hérodote prétend, d'après les prêtres Egyptiens, que, loin que leurs ancêtres aient appris d'Abraham la circoncision, c'est à eux que le patriarche l'a empruntée. Qui a tort, qui a raison? » Là-dessus, et ne pouvant en savoir davantage, vous faites coucher votre malade, et vous le traitez comme si vous étiez Abraham et qu'il fût un membre de votre famille.

Eh bien, cher confrère, apprenez que l'archéologie et l'épigraphie, qui ne doutent de rien, donnent en ce moment raison à Hérodote. M. Maspéro vient de publier un manuscrit de Mariette *sur les Mastabas de l'ancien Empire* (égyptien). Les *mastabas* sont des tombeaux de l'antique Egypte, ainsi appelés parce qu'ils ont un rapport avec les mastabas ou banquettes massives en pierre qui, dans les villes égyptiennes, sont construites en avant des boutiques. Dans les scènes variées dont la sculpture en relief recouvre les parois de ces tombeaux, on voit, dit Mariette, mêlés aux serviteurs de la maison, d'autres serviteurs remarquables par la conformation particulière de leur crâne. La tête est très développée au front et à l'occiput, très aplatie au sommet. Les cheveux sont taillés de manière à dénuder le front; la barbe devait être fournie, puisque, contre toutes les habitudes, les artistes égyptiens se sont donné la peine de l'indiquer. On distingue quelques-uns de ces dolicocéphales parmi les intendants chargés de la surveillance des travailleurs indigènes; circonstance propre à démontrer qu'ils n'étaient pas seulement de passage en Egypte. Or, ajoute un peu plus loin l'auteur, les serviteurs égyptiens n'étaient point circoncis; seuls, les

vation, comme dans l'action de battre la mesure. En même temps on constate une notable tendance des pieds à se tourner en dedans. Aux membres supérieurs, le même genre de muscles tend à se paralyser.

Les troubles de la *sensibilité* ne sont pas rares dans la maladie intertropicale, entre autres l'anesthésie. Quand on touche les malades, ils accusent la sensation d'un corps interposé entre le doigt de l'explorateur et leur surface tégumentaire. Leur propre main dans l'action du tact leur semble coiffée d'un bas ou recouverte d'un gant de peau.

De même, dans la maladie de nos contrées, nous voyons qu'Ord (*Medico-chirurgical Transactions*, 1878), Ridel-Saillard (*Cachexie pachydermique*, in *Gazette des hôpitaux*, 1881), A. Fournier ont constaté que la sensibilité générale était émoussée. Le toucher est quelquefois altéré; le malade de Fournier ne peut distinguer la toile du coton.

On constate des fourmillements dans les extrémités chez le myxœdémateux, des fourmillements et même des crampes chez le béribérique.

Même analogie du côté de la sensibilité spéciale. Dans le mal dit de Ceylan, il n'est pas rare de rencontrer des phénomènes importants du côté de la *vision*, surtout dans la forme mixte : par exemple, diminution ou perte de la vue et troubles de divers genres. La dureté de l'*ouïe* a été observée dans quelques cas.

Dans l'autre affection, la vue et l'ouïe s'affaiblissent (Charcot, Ridel-Saillard). Il existe fréquemment, dit Morvan, de l'amblyopie et de l'héméralopie.

Les troubles de l'*intelligence*, qui, dans le myxœdème, avaient été considérés d'abord comme importants, et avaient valu à l'affection le nom d'*état crétinoïde*, ont été reconnus exceptionnels dans les observations subséquentes. On constate une tristesse profonde, continue (Charcot); elle peut être mise en rapport avec l'état hypochondriaque qu'on signale dans le béribéri. Dans les deux cas, on note parfois un affaiblissement des facultés intellectuelles.

La *voix* est altérée dans chacun de ces états pathologiques; si, dans le premier on note l'empâtement de la prononciation et la raucité de la voix, voici ce qu'on observe dans le second : « La voix est modifiée dans son timbre et dans son intensité. Chez les paralytiques, on note la difficulté de l'articulation des mots, l'altération de la voix, la raucité et même la privation complète de la parole. Chez les œdémateux, la parole est entrecoupée, suspirieuse. »

L'essoufflement, puis la *dyspnée*, phénomènes importants du mal de Ceylan, sont fréquents dans l'autre maladie (Ord, Morvan). Morvan parle d'un sentiment habituel de constriction autour du ventre qui rappelle bien la *cinta* (ceinture) *beriberica*.

Si les battements du *cœur* sont affaiblis dans le béribéri, ils le sont aussi dans le myxœdème (Ord, Ridel-Saillard, Fournier). Ord constate chez sa malade que le premier bruit est dédoublé à la pointe et que le second l'est à la base; ceci rappelle le triple bruit observé par Silva Lima au Brésil.

Le seul point symptomatique sur lequel il semble y avoir divergence, c'est sur le nombre des pulsations. En général, il est élevé chez le béribérique, tandis que Morvan seul a constaté, dans trois cas, le ralentissement du cœur; mais je pense qu'on ne peut pas baser un signe différentiel sur un si petit nombre d'observations. Du reste, il faut tenir compte aussi de ce fait, que j'ai démontré par mes recherches, que le nombre des pulsations est plus élevé dans les pays chauds que dans les contrées froides (*Etude sur les climats équatoriaux*, par Féris, in *Archives de médecine navale*, t. XXXI, 1879). Chez un myxœdémateux que j'observe, le pouls, presque imperceptible, oscille entre 84 et 92.

En revanche, l'analogie est complète au point de vue de la *température*. Dans les deux cas, les auteurs sont unanimes à reconnaître une température constamment au-dessous de la moyenne. Pour François, le thermomètre oscille dans le béribéri entre 35°,8 et 37°,4.

La *constipation* est habituelle dans le myxœdème absolument comme dans l'affection intertropicale.

Chez cette dernière, la sueur est diminuée ou tarie spécialement dans la forme hydropique, d'où sécheresse et rugosité de la surface cutanée. Il est remarquable que, dans la cachexie pachydermique, on constate de même que la sécrétion des glandes sébacées et sudoripares est supprimée.

Dans les deux, absence complète d'albumine dans les *urines*, diminution de la quantité totale de l'excrétion. L'urée est en moins grande abondance qu'à l'état normal dans le béribéri (Costa Alvarenga), de même que dans le myxœdème (Hadden, A. Fournier).

Au sujet de la *menstruation* chez les femmes, « nous trouvons deux cas, dit Morvan, où le début du mal coïncide exactement avec la ménopause; elles sont pourtant jeunes encore, trente-cinq et trente-sept ans; elles n'ont plus rien *vu* dès l'apparition du myxœdème ». Chez les femmes annamites béribériques, Vergniaud a constaté l'irrégularité, la diminution, la suppression même de l'écoulement des règles.

Le mode de *début* des deux affections est tantôt brusque, tantôt progressif.

On voit donc par le tableau comparatif que je viens de tracer qu'au point de vue symptomatique l'identité est aussi complète que possible entre le myxœdème et le béribéri. Elle se confirme à tous les autres égards.

Etiologie. — Au milieu des causes banales ordinaires, on constate un fait d'observation bien remarquable et qui est commun aux deux maladies : c'est l'immunité presque absolue des individus *âgés de moins de quinze ans*.

---

serviteurs d'origine étrangère avaient subi l'ablation du prépuce. Qu'étaient-ce que ces serviteurs étrangers? Nous sommes sous l'ancien empire, dans la période Memphite, c'est-à-dire sous une des dix premières dynasties, c'est-à-dire encore quelque chose comme quatre ou cinq mille ans avant Jésus-Christ. Or le voyage d'Abraham et le pacte de la nouvelle alliance, qui lui est postérieur, cette alliance dont la circoncision d'Abraham fut le signe, ne remontent qu'à environ 2300 ans. Concluez ; moi je raconte.

— Je ne songeais plus à l'*affaire Rivoire*, quand j'ai reçu à ce sujet une brochure dont le titre me rappela ce dont il s'agit : *mort par submersion; question de survie*. De M. et Mme Rivoire, tombés à l'eau en même temps au barrage d'Irigny (jonction de la Saône et du Rhône) et noyés tous les deux, qui a succombé le premier? Je vous ai dit qu'un des médecins experts, M. de Beauvais, croyant reconnaître dans certaines circonstances de ce terrible incident la preuve que Mme Rivoire était tombée en syncope, concluait à la survie de cette jeune femme; que, suivant M. le professeur Brouardel, en l'absence de l'autopsie des deux cadavres, il était impossible « de décider en fait qui, de M. et de Mme Rivoire, a survécu à son conjoint ». J'ajoute, d'après la brochure : 1° que, tout à l'encontre de l'opinion de M. de Beauvais, MM. les professeurs Colrat et Lacassagne (de Lyon) voient dans *toutes les circonstances du fait* la preuve que M. Rivoire a survécu à Mme Rivoire; 2° qu'une dernière consultation de confrères distingués de Marseille, MM. Louis Rampal, Combalat, Chapplain et Marcorelles, se termine de la manière suivante: « Nous repoussons formellement l'hypothèse de la mort par syncope de Mme Rivoire..., la question de survie doit être tranchée en faveur de M. Rivoire. »

Ainsi : *a*. M. Rivoire est mort le premier; *b*. Mme Rivoire est morte la première; *c*. M. et Mme Rivoire sont peut-être morts en même temps : personne n'en sait rien. Voilà les trois opinions entre lesquelles les juges auraient eu à choisir.

L'influence du *sexe* est moins concordante; le béribéri œdémateux paraît un peu moins fréquent chez la femme; tandis que celle-ci semble grandement prédisposée au myxœdème. On connaît en ce moment 33 observations dues à Gull, Charcot, Thaon, Hammond, Bourneville et d'Ollier, Amant Fournier. Sur ce chiffre, il y a 28 femmes et 5 hommes; nous observons en ce moment à l'hôpital de Brest un myxœdème dans le sexe masculin, sur un individu âgé de vingt-deux ans; ce qui fait, sur 34 cas, 28 femmes et 6 hommes. Peut-on en tirer une conclusion absolue? Il faudrait peut-être attendre un chiffre plus considérable.

Dans tous les cas, on pourrait expliquer cette diversité par l'action du climat. Dans notre étude sur le béribéri, nous avions attaché une grande importance à ce facteur étiologique, et nous disions que la variété œdémateuse est plus rare chez les femmes du Brésil, parce qu'elles s'exposent moins aux intempéries de l'atmosphère. Mais il n'en est pas de même dans toutes les contrées; ainsi, comme le dit Morvan, en Bretagne, les femmes se livrent aux travaux de l'agriculture comme leurs maris, et elles subissent ainsi toutes les variations climatiques; aussi est-ce cet auteur qui a présenté la proportion la plus élevée, 14 femmes sur 15 cas.

Cette influence du *climat* est très probable. Morvan semble attribuer le myxœdème à cette humidité tiède permanente des côtes de l'Armorique, réchauffées par le gulf-stream, ainsi qu'aux subites perturbations du thermomètre. Or il est très curieux de constater qu'en étudiant le béribéri, et sans connaître les travaux de Morvan, je concluais: « Les causes de cette maladie, outre la prédisposition, sont spécialement la chaleur, l'humidité et les transitions brusques de la température. »

Pronostic. — Le myxœdème et le béribéri sont des maladies d'une sérieuse gravité. Leur *marche* est, en général, lente et progressive; le béribéri peut durer un et deux ans, quelquefois davantage; on pense que l'autre affection évolue en sept ans en moyenne.

Traitement. — Il n'est pas jusqu'au traitement qui ne vienne plaider en faveur de l'identité. Les agents médicamenteux ne semblent pas avoir une grande influence sur ces deux maladies. Les remèdes les plus heureux dans le béribéri sont la strychnine, l'arsenic, ainsi que l'emploi de l'électricité et de l'hydrothérapie. Constatons que, dans le myxœdème, Morvan assure que la strychnine et la faradisation semblent lui avoir rendu des services.

Mais, dans l'un et dans l'autre cas, il est curieux d'établir l'action réellement efficace des changements de lieu.

« A la tête des moyens curatifs contre le mal de Ceylan, celui qu'on peut considérer comme vraiment héroïque, d'après le rapport de l'unanimité des médecins brésiliens, nous devons mettre le déplacement. Dans certains cas, le départ de la zone intertropicale est l'unique moyen de salut. On voit alors quelques malades se rétablir comme par enchantement avant le terme de leur voyage, et même sans intervention des médicaments. » (*Archives de médecine navale*, juillet 1882.)

De même pour la cachexie pachydermique. Morvan déclare n'avoir de confiance que dans le séjour prolongé dans le Midi.

Mme X..., observée par Charcot et Thaon, native des îles Ioniennes, quitte son pays pour venir habiter Londres, où elle tombe malade; elle retourne alors dans son pays natal et y recouvre la santé. A son retour sur les bords de la Tamise, elle éprouve une rechute. Cette fois elle consulte Charcot, qui l'envoie à Aix-les-Bains, avec ordre, la cure faite, de passer l'hiver à Nice. Après deux ans de séjour dans le Midi, l'amélioration est certaine.

Nature. — Deux faits, nous l'avons vu, caractérisent cliniquement le béribéri et le myxœdème : 1° une anasarque plus ou moins disséminée; 2° des troubles dans le fonctionnement du système nerveux.

Quelle est ici la physiologie pathologique de l'œdème? Elle nous expliquera peut-être celle des phénomènes cérébro-spinaux.

L'état actuel de la science permet de diviser la pathogénie du symptôme en trois classe : 1° hydropisies *mécaniques;* 2° hydropisies *dyscrasiques;* 3° hydropisies *névroparalytiques*. Je ne parle pas des hydropisies *essentielles;* ce n'est qu'un terme trop commode destiné à nous dispenser de poursuivre nos recherches; cette catégorie tend à disparaître aujourd'hui et à rentrer dans une des trois premières. Quant aux hydropisies *lymphatiques*, l'expérimentation et l'observation clinique sont loin de démontrer leur possibilité. Restent donc les trois premiers genres. Où placer l'œdème dont il est question?

Ce n'est pas évidemment une hydropisie *mécanique*, car on n'a jamais signalé d'obstacle à la circulation, soit dans les veines, soit dans l'organe central.

Est-ce alors une hydropisie *dyscrasique?* Pas davantage. Le myxœdème en Europe, le béribéri au Brésil et ailleurs frappent le plus souvent des individus à bonne santé antérieure. Il n'y a *jamais* d'albumine dans les urines.

L'action étiologique de l'insuffisance de l'alimentation a été soutenue par des auteurs distingués pour l'Inde; mais personne n'en parle en Europe, et elle est inacceptable au Brésil, où le béribéri atteint non pas seulement les classes pauvres, mal nourries, mais surtout les classes riches, possédant par conséquent tout le bien-être que donne la fortune. Et d'ailleurs comment expliquer l'immunité si complète des enfants vis-à-vis du béribéri et du myxœdème, immunité constatée par l'unanimité des écrivains? Il est un fait bien

---

Heureusement les intéressés à l'héritage se sont empressés d'adopter la dernière et ont contracté un arrangement amiable. Quant à moi, je n'en ai aucune, et ce serait une manière de me noyer à mon tour que d'entrer dans l'examen d'une question qui me paraît bien difficile à trancher sur de simples déclarations de témoins qui n'ont vu mourir ni l'un ni l'autre des submergés. Si jamais je tombe à l'eau et si j'en reviens, je vous dirai comment les choses se passent.

— Il est extrêmement probable que la composition des diverses sources minérales, de celles du moins qui jaillissent des profondeurs du sol, n'a pas sensiblement varié dans le cours des siècles; de sorte que, dans un certain nombre de localités où existaient jadis des temples d'Esculape, on pourrait déterminer, avec tout le respect possible pour les inspirations de la divinité, la part que pouvait prendre à la guérison des malades la source auprès de laquelle le temple était ordinairement édifié. Différence des temps! De nos jours, si une fontaine paraît encore nécessaire aux lieux de pèlerinage que fréquentent les malades, on ne la recherche pas médicamenteuse. Qu'elle soit fraîche et point malsaine, cela suffit. Elle peut guérir, et même instantanément, mais par une vertu de sanctification. Chez les anciens, la puissance supérieure venait, quoique divine, très humainement au secours du patient; elle lui ordonnait de vrais remèdes d'apothicaire et des eaux thermales ou pourvues de substances actives. Je vous ai déjà entretenu de fouilles faites sur l'emplacement de l'antique Hiéron d'Esculape, en Argolide. On y a trouvé des bassins, des baignoires, des aqueducs. Or, tout près de là, jaillit une source d'eau claire, d'une température de 19 degrés centigrades, dont on a déterminé très exactement la composition. Il est présumable que les docteurs en médecine et les officiers de santé d'Argos n'en possédaient qu'une analyse superficielle; mais moi je puis vous dire là-dessus toute la vérité et rien que la vérité.

connu, c'est que lorsque la famine sévit sur une population, la mortalité infantile devient effrayante.

Et puis cette distribution irrégulière de l'œdème à la face, aux mains, sur la partie antérieure ou postérieure du corps n'a aucun rapport avec sa localisation spéciale dans l'hydropisie dyscrasique, où elle se produit, en effet, d'abord et de préférence dans les parties où le tissu cellulaire est le plus lâche (scrotum, paupières) et dans les points les plus déclives (pieds, malléoles).

Reste donc l'hydropisie *névro-vasculaire;* dans ce cas, c'est la paralysie des nerfs vaso-moteurs ou l'excitation des vaso-dilatateurs (suivant la théorie que l'on adopte) qui élève la tension du sang au point de déterminer l'œdème. C'est ce que mettent en évidence les expériences concluantes et aujourd'hui célèbres de Ranvier d'abord, puis de Budge, Schiff, Boddaert, Hehn, Rott, Chossat, etc.

On peut admettre, en premier lieu, que si les vaisseaux d'une région deviennent imperméables par suite de la contraction énergique et prolongée de leur tunique musculaire, il se produit dans des parties plus ou moins voisines un *œdème collatéral*, qu'on pourrait presque appeler *actif*.

Mais, le plus ordinairement, les nerfs agissent d'une autre façon; leur paralysie détermine sur place un *œdème local* véritablement *passif*.

Ceci établi, voici comment on peut saisir le mécanisme des deux grands symptômes, paralysie, œdème, qui caractérisent le myxœdème et la forme dite mixte du béribéri. Sous l'influence de la contraction vasculaire cutanée, survenue, sans doute, par l'action du refroidissement et de l'humidité, il peut se développer une hyperhémie et une hydropisie de la moelle; mais bientôt cet excès d'activité des vaso-moteurs périphériques ne tarde pas à amener, en outre, leur épuisement *in loco* (*névrolysie*, suivant l'heureuse expression de Jaccoud), d'où anasarque du tissu cellulaire sous-dermique. Ajoutons que, si les centres vaso-moteurs médullaires sont comprimés par l'hydropisie, ils concourront à augmenter la paralysie des filets qui innervent les petits vaisseaux.

Mais pourquoi, me dira-t-on peut-être, avons-nous des symptômes de l'œdème de la moelle et non du foie, du poumon, de l'intestin, etc.? Nous répondrons : 1° qu'en raison du mode circulatoire spécial de la moelle que nous avons mis en relief ailleurs (voy. *Etude sur la nature du béribéri*, in *Archives de médecine navale*, août 1882), et qui favorise au plus haut point la stase sanguine, cet organe doit être plus facilement atteint que les autres de ce genre d'hydropisie; 2° que, tandis que la plus légère quantité de sécrétion séreuse suffit pour comprimer la moelle, obstruer le fonctionnement d'un viscère si délicat, et déterminer même des manifestations éclatantes, il faut, au contraire, un épanchement quelquefois considérable pour mettre obstacle à l'action des autres appareils; 3° que, du reste, les autopsies faites dans le béribéri montrent que non seulement il y a hydropisie de la moelle, mais que le foie, la rate, les reins, les poumons sont habituellement congestionnés et souvent œdématiés.

Voilà donc, d'après nous, la nature de ces deux maladies, ou plutôt de cette affection unique qu'on pourrait désigner sous le nom d'*hydroparésie*, dénomination qui comprend les deux symptômes primordiaux, hydropisie, parésie, ou d'*hydroparésie névrovasculaire* en adjoignant un qualificatif qui indique la pathogénie.

Cette théorie est tout simplement une application au myxœdème de celle que nous avons longuement développée pour le béribéri (*loc. cit.*). On remarquera que, sans connaître nos travaux réciproques sur chacun de ces états pathologiques, M. le docteur Morvan de Lannilis et moi sommes arrivés à une conclusion à peu près identique au sujet de leur nature. Mon distingué confrère donne aussi à l'œdème une origine névrovasculaire; mais il ajoute que les phénomènes spinaux sont dus à la paralysie des nerfs de relation, dont il lui est difficile de déterminer la cause. Nous venons de voir qu'il n'est pas nécessaire de faire entrer en jeu un nouvel élément, et que la théorie vaso-motrice suffit à expliquer les symptômes médullaires aussi bien que l'hydropisie cutanée (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES. — La *cause* principale de l'*hydroparésie névrovasculaire* se trouve dans la météorologie : 1° transitions brusques de température; 2° élévation du degré hygrométrique; et 3° peut-être aussi la diminution de la pression atmosphérique.

« Il y a déjà bien longtemps, dit Morvan, que Germe et Good Fellow ont invoqué et que l'on a démontré l'influence des vaso-moteurs comme condition pathogénique des infiltrations succédant à un refroidissement subit et ne s'accompagnant pas d'urine albumineuse. » On n'ignore pas que c'est dans les pays chauds qu'ont lieu les changements les plus rapides du thermomètre.

La seconde cause est l'humidité. Dans les régions tropicales, sa permanence affaiblit la tonicité vaso-motrice; ensuite l'évaporation de l'eau déposée à la surface de la peau aggrave l'action du refroidissement. Cette étiologie est accusée dans tous les travaux sur le béribéri, et l'unanimité des auteurs lui accorde une sérieuse influence. En Europe, les cas les plus nombreux ont été observés par Morvan dans une partie de la Bretagne, la plus humide peut-être de la France, où il n'est pas rare de voir la pluie tomber plus de deux cents jours par an.

(1) Dans une autopsie de myxœdème, Honrot (de Reims) a trouvé des lésions considérables du grand sympathique; certains filets de ce nerf avaient acquis le volume de l'index.

℞ Chlorure de sodium...........	1gr,563
Carbonate de chaux...........	0gr,391
Acide carbonique.............	178cc,915
Azote........................	traces.

Cette eau est, comme vous le voyez, laxative, et on l'emploie comme telle. Si elle a la même composition que du temps d'Agamemnon, ou seulement de la ligue Achéenne, j'engagerai volontiers MM. les archéologues d'Athènes à chercher aux alentours quelques restes de ces petits établissements comme on en voit beaucoup à Kissingen et dans certaines villes maritimes de France où pullulent des étrangers sans domicile.

PROTECTION DE L'ENFANCE. — Un congrès international de la protection de l'enfance s'ouvrira, à Paris, le 15 juin prochain. On trouvera tous les renseignements au siège de l'administration de la Société générale de protection pour l'enfance abandonnée ou coupable, rue de Lille, 47.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — M. le docteur Jacques Bertillon est nommé chef des travaux de la statistique municipale, en remplacement de son père, décédé au mois de mars dernier.

NÉCROLOGIE. — Encore une victime du devoir professionnel. Un jeune homme de talent, M. Luc Leroy, étudiant en médecine, vient de mourir à la suite d'une variole qu'il a contractée dans le service hospitalier auquel il était attaché.

Enfin à ces causes nous ajouterons la diminution de la pression atmosphérique, dont l'influence, si faible qu'elle soit, doit néanmoins favoriser la dilatation vasculaire périphérique et l'œdème qui en est la conséquence. Dans les pays chauds, cet abaissement barométrique est normal et constant; il est dû, ainsi que je l'ai démontré dans un autre mémoire (*Etudes sur les climats équatoriaux en général*, in *journal cité*), non seulement à la dilatation de l'air par la chaleur, mais surtout à la présence dans l'atmosphère d'une énorme quantité de vapeur d'eau, dont la densité de vapeur est inférieure de près de moitié à celle du gaz aérien. De même en Bretagne le thermomètre est rarement élevé et l'air est souvent saturé d'humidité.

Dans l'étiologie se trouve un fait extraordinaire dont il serait curieux de rechercher l'interprétation, c'est l'*immunité remarquable de l'enfance*. A quoi l'attribuer? A deux circonstances sans doute.

D'abord, il est certain que l'intégrité des artérioles est complète chez l'enfant, que les fibres lisses possèdent toute leur tonicité, alors que ces qualités tendent à s'affaiblir à mesure qu'on avance en âge ou par l'alcoolisme précoce, comme en Bretagne (athérome, etc.).

En second lieu, les accidents spinaux de l'hydromyélie doivent être plus rares dans la première période de la vie. Ainsi, chez le fœtus, le canal vertébral étant peu résistant, l'hydrorachis détermine la déviation et l'écartement des lames des vertèbres (*spina bifida*). Chez l'adulte, au contraire, l'ossification du rachis est complète, et celui-ci ne peut céder à l'effort du liquide: d'où compression facile de la moelle et quelquefois même des centres vaso-moteurs qui y sont situés, ce qui fait de la maladie un véritable cercle vicieux, l'œdème médullaire devenant à son tour cause de l'œdème général.

Mais, pendant l'enfance, la colonne déjà solide n'est cependant pas entièrement densifiée (voy. les détails anatomiques dans mon *Etude sur la nature du béribéri*). Les os qui la composent sont plus malléables et capables de céder plus ou moins à une pression provenant de l'intérieur du canal et de diminuer d'autant la compression de la moelle. On conçoit que cet heureux résultat n'est possible que si l'augmentation du liquide céphalo-rachidien est légère et lente; si elle est considérable et subite, l'affection pourrait néanmoins éclater.

La *dureté de l'œdème* a une double explication; au début, elle est causée par l'intégrité des cloisons formées par les aréoles du tissu cellulaire qui renferment la sérosité; elle se présente toutes les fois que l'épanchement s'est formé rapidement (voy. Rathery, *Pathogénie de l'œdème*, Thèse d'agrégation, 1872). Plus tard, on peut se demander si, vu l'ancienneté de la suffusion séreuse (plusieurs années quelquefois), il n'y a pas de temps à autre des phénomènes de résorption dans les vaisseaux, lesquels absorbent les parties les plus fluides et finissent par donner au liquide du tissu sous-cutané un aspect et une consistance mucoïdes.

La paralysie vaso-motrice est palpable dans la *cyanose* et les diverses *colorations de la peau* qui sont des signes de stase vasculaire localisée. L'homme myxœdémateux que je soigne en ce moment, à face large et arrondie, à lèvres épaisses et violacées, présente quelquefois vers le soir une teinte du faciès presque noire et tellement foncée, que tous ceux qui le voient pour la première fois ne manquent pas de s'écrier: « Voilà un malheureux qui est sous le coup d'une suffocation imminente! » Or quel n'est pas leur étonnement, en s'approchant du lit, de voir que la respiration du malade est aussi douce et aussi calme que celle d'un enfant endormi.

Cette même stagnation sanguine à la peau est loin d'être favorable aux sécrétions sébacées et sudoripares, d'où sécheresse et rudesse cutanées.

L'*urine* est toujours peu abondante. En effet, tout le monde sait que la tension circulatoire est le meilleur des diurétiques; c'est ainsi qu'agit la digitale. Les médicaments qui paralysent les vaso-moteurs sont anurétiques; exemple, cette même digitale lorsque l'action physiologique est dépassée par l'intensité ou l'accumulation des doses.

La diminution de l'*urée* est sous la dépendance de ce défaut d'activité de la circulation capillaire, d'où découle l'affaiblissement de l'action chimique intime des tissus. Nous avons souvent fait des analyses chez notre malade, qui rendait 6 à 800 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, et nous avons trouvé une proportion d'urée variant de 9 à 18 pour 1000 (1).

C'est à cette même cause qu'il faut attribuer l'*abaissement de température*. Notre sujet, dont l'observation thermométrique a été prise régulièrement matin et soir pendant plus de trois mois, arrivait rarement à 37 degrés, avait le plus ordinairement 36°,5 et descendait fréquemment au-dessous de 36 degrés.

Il est facile aussi d'expliquer l'*affaiblissement du cœur*. On n'ignore pas que l'énergie des contractions cardiaques est en raison directe de l'obstacle à la périphérie, c'est-à-dire de la tension artérielle; or cette tension est ici réduite au minimum.

Le *triple bruit* est causé par le dédoublement du deuxième bruit, dédoublement dû au retard du claquement des valvules aortiques. A l'état normal, le choc en retour du sang qui ferme ces valvules et qui dépend de l'élasticité et de la contractilité artérielles, se fait rapidement parce que ces propriétés ont conservé toute leur énergie; mais ici, la tonicité des petits vaisseaux étant en partie perdue, le reflux sanguin se produit plus lentement, et les valvules pulmonaires claquent avant celles de l'aorte.

La *constipation* indique que ce ne sont pas seulement les filets vaso-moteurs du grand sympathique qui peuvent être atteints, mais encore d'autres branches du même nerf. On pourrait l'attribuer aussi à l'œdème spinal.

La marche singulière des *phénomènes sensitivo-moteurs* correspond évidemment à la compression par l'œdème ou la congestion passive de telle ou telle partie de la moelle. Il suffit d'envisager un instant l'ensemble de la circulation rachidienne pour voir qu'elle peut même être le siège d'hyperhémies partielles plus ou moins circonscrites avant que la congestion sanguine ne devienne générale.

La *parésie* et la paralysie du mouvement indiquent une gêne dans le fonctionnement des cordons antéro-latéraux. Et suivant que cette gêne s'étend plus ou moins en hauteur, on a une paraplégie soit simple, soit accompagnée d'incontinence ou rétention de l'urine et des matières fécales, constipation, ou même encore de paralysie des muscles abdominaux, thoraciques et des membres supérieurs.

La compression du bulbe se vérifie par les *troubles oculo-pupillaires, ceux de la déglutition*, par la *dyslalie*, enfin par la *dyspnée*.

Les *troubles de la sensibilité* indiquent l'altération des cornes postérieures de la substance grise ou des racines postérieures des nerfs, ainsi: fourmillements, crampes, engourdissement (*dormencia*), sensation de constriction thoracique (*cinta*), douleurs en ceinture, etc.

D'autres fois la compression empêche le fonctionnement de la substance cendrée tout entière, d'où l'anesthésie, l'analgésie, ainsi que l'impuissance génitale, constatée dans le béribéri. Au même ordre de faits peuvent encore se rattacher les troubles trophiques, la suppression sudorale, l'anurie et l'abaissement de la température.

La lésion des grandes cellules motrices de la substance antérieure entraîne des *atrophies musculaires* fréquentes. Quelquefois, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mes deux

(1) Notre collègue, M. Lalande, pharmacien de la marine, a bien voulu, sur notre demande, analyser quelques urines et est arrivé au même résultat que nous.

Mémoires sur le béribéri, l'affection présente tous les symptômes de la téphromyélite antérieure aiguë de l'adulte, si bien que Laboulbène a cru devoir identifier cette dernière avec le mal de Ceylan. On trouve là l'explication de la *paralysie prédominante des extenseurs.*

Mais souvent l'effet de la compression ne s'arrête pas à la moelle et des *phénomènes cérébraux* indiquent que l'encéphale est atteint à son tour; ainsi s'expliquent l'affaiblissement de l'intelligence, l'amaurose, la diplopie, le strabisme, la dureté de l'ouïe.

Voilà comment peuvent être interprétés *tous les phénomènes* si curieux, si variés du béribéri et du myxœdème : *c'est une hydropisie névrovasculaire avec complication fréquente d'œdème de la moelle.*

Le *traitement* lui-même semble vouloir corroborer nos idées. Les médicaments dont on s'est le plus loué sont des toniques vaso-moteurs (belladone, ergotine, arsenic, bromure de potassium, strychnine, électricité, hydrothérapie).

CONCLUSION. — Du travail qui précède, je crois pouvoir déduire les inductions suivantes :

I. Le myxœdème et le béribéri sont identiques; le myxœdème est un béribéri *nostras.*

II. On peut leur donner une dénomination unique, par exemple celle d'*hydroparésie névrovasculaire*, ou plus simplement d'*hydroparésie.*

III. Les causes de l'hydroparésie, outre la prédisposition, sont spécialement l'humidité et les transitions brusques de température.

IV. DÉFINITION. — Le myxœdème et le béribéri, ou mieux l'*hydroparésie*, sont un trouble vaso-moteur déterminant de l'anasarque et de l'hydromyélie, avec quelquefois prédominance plus marquée d'un des deux phénomènes et survenant surtout sous l'influence des modificateurs météorologiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. ÉMILE BLANCHARD.

COMPOSITION DE L'EAU MINÉRALE DE MONTROND (LOIRE). Note de M. *A. Terreil.* — La composition élémentaire de cette eau a fourni à l'analyse, sur un échantillon de 60 litres qui m'a été transmis à Paris : acide carbonique libre, 0gr,9356 = 473cc; acide carbonique combiné, 2gr,1994; soude, 1gr,5408; potasse, traces; lithine, traces; chaux, 0gr,0336; magnésie, 0gr,0224; alumine, traces; protoxyde de fer, 0gr,0118; chlore, 0gr,0390; iode, traces; acide sulfurique, traces; acide phosphorique, 0gr,0005; acide arsénique, 0gr,0003; silice, 0gr,0386; matières organiques non azotées, 0gr,0090. Total, 4gr,8310.

SUR UNE SUBSTANCE SUCRÉE RETIRÉE DES POUMONS ET DES CRACHATS DES PHTHISIQUES. Note de M. *A.-G. Pouchet.* — L'auteur ajoute quelques caractères chimiques à ceux qu'il a déjà attribués, dans la séance précédente, au sucre des poumons et des crachats des phthisiques, et termine ainsi :

« Claude Bernard et Rouget ont démontré l'existence du glycogène dans les bronches et les vésicules pulmonaires des poumons des fœtus : ils admettaient que cette substance, imparfaitement oxydée pendant la vie intra-utérine, s'accumulait dans le poumon, d'où elle disparaissait ensuite rapidement après la naissance, lorsque les oxydations commencent à se produire avec leur intensité normale.

» Kühne a signalé le glycogène dans les poumons dans quelques cas de pneumonie et de phthisie.

» Les réactions et les caractères extérieurs du corps que je viens de décrire le différencient nettement du glycogène, notamment sa parfaite solubilité dans l'eau, l'absence de toute coloration sous l'influence de l'iode, et surtout la réduction immédiate, à froid, de l'azotate d'argent.

» Cette substance, que j'ai rencontrée en faisant des essais d'analyse immédiate de crachats de phthisiques, n'existe, en quantité appréciable, que dans les poumons tuberculeux ou caséeux : je l'ai vainement cherchée, à plusieurs reprises, dans le poumon sain. Il serait également intéressant de savoir si elle existe dans les crachats de la bronchite simple ou chronique sans mélange de tubercules; je me propose d'élucider ces diverses questions en poursuivant l'étude chimique de ce corps. »

DES CONDIMENTS ET PARTICULIÈREMENT DU SEL ET DU VINAIGRE AU POINT DE VUE DE L'ALIMENTATION. Note de M. *C. Husson.* — Des expériences qu'il a instituées, l'auteur tire les conclusions suivantes :

A. Certaines épices paraissent n'avoir d'autre utilité que de stimuler l'appétit et d'exciter la sécrétion des différents sucs nécessaires à la digestion. A ce seul point de vue, le sel, à faible dose, rentrerait dans cette catégorie si, en passant dans l'économie, il ne se transformait en acide chlorhydrique, qui entre dans la composition du suc gastrique. La quantité de sel à employer, en cuisine, ne doit pas excéder 5 ou 10 grammes par 5 hectogrammes de viande; si l'on en met plus, il agit de deux manières : 1° il modifie la structure d'une portion des fibres musculaires de la viande en salaison, qu'il rend plus résistante à l'action du suc gastrique; 2° dans l'organe même, il ralentit la fermentation pepsique. Voilà pourquoi les viandes salées et fumées sont plus indigestes que les autres. Le sel en excès est, en outre, irritant. *B.* Les acides organiques, non toxiques, facilitent la digestion. Aussi l'emploi des condiments vinaigrés a-t-il sa raison d'être, mais à la condition de ne pas s'élever à des doses capables d'irriter les organes. Si les acides minéraux, l'acide chlorhydrique en particulier, dans les proportions de 1 à 4 pour 1000, sont nécessaires à la digestion, en quantités plus fortes, ils lui deviennent contraires et peuvent même l'arrêter.

— A cinq heures la séance est levée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

L'Académie reçoit des lettres de candidatures : 1° de MM. les docteurs *Péan* et *Terrier* dans la section de pathologie chirurgicale; 2° de MM. les docteurs *Desnos*, *Ferrand* et *Vidal*, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; 3° de M. *De Ranse*, dans la section des associés libres; 4° de M. le docteur *P. Cazeneuve* (de Lyon), au titre de correspondant national dans la quatrième division.

M. le docteur *Bernard* (de Cannes) envoie une lettre relative aux vaccinations qu'il a pratiquées en 1883 et à un instrument qu'il a imaginé pour recueillir conserver le vaccin en assez grande abondance. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Véron* adresse la liste de ses vaccinations à Khenchela (Algérie) (*Même commission.*)

L'Académie reçoit, pour le concours du prix Desportes de 1883, un mémoire manuscrit sur *le massage et ses applications.* (Inscrit sous le n° 2.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Henrot*, un *Rapport sur l'assistance publique à Reims* et un *Rapport sur les travaux de la Société médicale de Reims en 1882.*

M. *Fournier* présente, de la part de M. le docteur *Siredey*, le premier fascicule d'un *Traité des maladies puerpérales.*

COMMISSION. — La Commission chargée d'examiner les candidatures à la place déclarée vacante dans la section des associés libres est composée de MM. *Mesnet, Pasteur, Empis, Ricord, Sappey, Blot* et *Regnauld.*

A la demande de MM. *Luys* et *Blanche*, l'Académie charge une commission, composée de MM. *Luys*, *Blanche*, *Brouardel*, *Mesnet* et *Baillarger*, d'étudier les réformes relatives à la législation des aliénés.

RÔLE DE L'ALBUMINURIE DANS LES LÉSIONS DU REIN. — M. *Semmola*, professeur à l'Université de Naples, fait une communication relative à ses recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries, principalement sur la maladie de Bright. Le but de ces recherches a été la continuation de celles que le professeur Semmola avait communiquées au Congrès de Londres, et dans lesquelles il avait surtout démontré, par le degré de diffusibilité des albuminoïdes du sang, que l'albumine du sérum chez les brightiques, se diffuse en quantités considérables, tandis que dans les autres albuminuries cela n'arrive pas.

Ensuite l'albumine, chez les brightiques, est éliminée dans l'organisme par toutes les voies de dépuration, et surtout par la bile, qui ne contient jamais d'albumine dans l'état normal. Ces nouvelles recherches sont dirigées par l'idée de démontrer que la fonction éliminatrice de l'albumine à travers les reins est capable de produire une série de troubles histologiques dans les reins, qui commence par l'extravasation des globules du sang et passe graduellement par la tuméfaction trouble des épithéliums, la migration des cellules lymphoïdes, la dégénérescence graisseuse et la nécrose des épithéliums, jusqu'à produire l'irritation du tissu conjonctif, qu'on n'a pas encore pu suivre dans ses phases successives, et qui démontre, dans tout cela, une évolution analogue à la néphrite parenchymateuse et interstitielle qui constitue la vraie maladie de Bright. Ces lésions sont proportionnelles à l'hétérogénie de l'albumine employée pour les injections hypodermiques, c'est-à-dire que l'albumine du blanc d'œuf reproduit le maximum, et le sérum du sang le minimum, des lésions produites dans les reins par ces injections.

PARASITE BRÉSILIEN EN FRANCE. — M. *Laboulbène* montre la larve d'un insecte diptère du Brésil, que M. Hardy lui a envoyée après l'avoir extraite par l'incision d'une tumeur cutanée chez une femme Brésilienne, entrée récemment dans son service. Cette larve, vivante lorsqu'elle fut extraite, est celle de la *Cuterebra noxialis* (de J. Goudot), connue vulgairement à Cayenne sous le nom de *ver macaque*. C'est la première fois qu'elle est observée en Europe à l'état vivant. M. Laboulbène la plaça sur de la terre humide et dans une serre, dans l'espoir de la voir se transformer en insecte ailé, diptère ou mouche; mais il n'y put réussir.

Ce n'est pas la première fois qu'il a l'occasion depuis quelque temps d'étudier à Paris des parasites vivants du Nouveau-Monde ; il fait remarquer que la rapidité actuelle de la navigation permet de craindre qu'ils puissent de plus en plus arriver en Europe à cet état.... ce qui permettra de les étudier et de les détruire.

PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — La discussion du rapport de M. Rochard est reprise par quelques observations de M. *Blot*, tenant à repousser le reproche d'illogisme qui lui a été adressé par le rapporteur à la dernière séance.

M. *Fauvel* répète qu'il n'a point entendu contester les droits de l'Académie, mais qu'il a surtout critiqué dans l'œuvre de la commission la forme sous laquelle les conclusions sont présentées au gouvernement, forme qui tendrait à faire supposer que l'Académie est restée complètement étrangère aux questions d'assainissement qui sont depuis un certain temps l'objet d'études sérieuses.

M. *Marjolin* adjure de nouveau ses collègues de voter les conclusions de la commission, dont il vante l'opportunité et la forme irréprochable. Il montre, en effet, par le récit de ses nouvelles visites dans des ménages d'ouvriers parisiens, combien il importe d'engager les pouvoirs publics à mettre un terme à l'insalubrité de ces milieux ; c'est là une question de prophylaxie et de morale en même temps.

M. *Lagneau* fait remarquer qu'il importe d'autant plus que l'Académie insiste sur les modifications à apporter à la loi des logements insalubres, que sur la proposition de M. Martin-Nadaud et le rapport de M. Hipp. Maze, la Chambre des députés va prochainement avoir à s'en occuper.

Relativement aux logements garnis, aux auberges d'ouvriers, une surveillance sévère est incontestablement utile. Aussi a-t-on cherché à instituer un service spécial d'inspection, quoique cette surveillance semblât devoir incomber à la Commission des logements insalubres. Mais la surveillance des hôtels garnis dépend de la Préfecture de police et la Commission des logements insalubres dépend de la Préfecture de la Seine, dualité fâcheuse au point de vue des mesures d'hygiène publique.

Relativement à la question des égouts, on peut regretter que l'Académie n'ait pas cru devoir s'en saisir plus complètement. Quand on remarque la fréquence de la fièvre typhoïde à l'Ecole Militaire et dans le quartier circonvoisin, quand on voit M. le directeur des travaux de Paris faire observer au Conseil municipal (séance du 25 octobre 1882) qu'il ne peut réparer les vieux égouts défectueux de cette École militaire parce que ces égouts sont sous la dépendance de l'Etat et non de la ville, il est possible que l'avis de l'Académie obtienne des deux administrations l'accord nécessaire à la réfection de ces égouts. Enfin, lorsqu'on sait que la fièvre typhoïde sévit surtout sur les jeunes gens depuis peu immigrés à Paris, il appartient à l'Académie de signaler la nocuité de l'habitat parisien pour les jeunes ouvriers attirés en grand nombre par des travaux, des emprunts considérables, et de recommander qu'aux grandes casernes urbaines encombrées de milliers de jeunes soldats, on substitue des camps ruraux d'instruction largement aérés.

La suite de cette discussion est remise à la séance prochaine.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Rapport : kélotomie; résection d'une épiplocèle enflammée. — Sur l'innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian. — Amputation sous-périostée de la cuisse.

M. *Terrier* lit un rapport sur deux observations adressées par M. *Piéchaud* (de Bordeaux) :

1° Epiplocèle enkystée et enflammée au siège de la hernie crurale; kélotomie; ligature de l'épiploon; dissection du sac; guérison.

2° Hernie ombilicale étranglée chez une femme; opération; guérison.

— M. *Richelot* lit une note *sur l'innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian*. Il y a vingt ans, les observations de Paget, Nélaton, Laugier, firent croire qu'avec la suture des nerfs on pouvait rétablir du jour au lendemain leur double fonction; il n'en est rien. Pour la sensibilité, le fait observé en 1867 par M. Richet, qui, après une section du nerf médian au-dessus du poignet, trouva le bout périphérique sensible vingt-quatre heures après l'accident et avant toute tentative de résection, plaça la question sur son véritable terrain en montrant qu'il s'agissait là, non d'une sensibilité de retour, mais d'une sensibilité conservée. La conservation ou le retour de la sensibilité cutanée se fait par des voies collatérales.

Pour les mouvements, les observations de Nélaton et de

Laugier ne supportent pas l'analyse. Rien jusqu'ici n'a pu nous faire supposer qu'il y ait, pour les muscles, une innervation collatérale.

Un homme de vingt-six ans s'est fait, à l'âge de sept ans, une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Au moment de l'accident, le pouce et l'index ont été, au dire du malade, absolument paralysés. Le malade guérit avec une ankylose du coude à angle droit. Il entre dans le service de M. Verneuil, le 30 décembre 1882, pour de violentes douleurs au niveau de la cicatrice.

La sensibilité est diminuée sur la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius. Douleur continue au niveau de la cicatrice, avec recrudescence le soir. Les muscles antérieurs de l'avant-bras sont le siège d'une atrophie incomplète; l'éminence thénar est aplatie. Les trois premiers doigts, quand ils sont au repos, restent légèrement fléchis. En résumé, les muscles soumis au nerf médian sont très affaiblis, mais aucun n'est paralysé.

M. Verneuil, pour mettre fin à la névralgie, se décide à extirper la tumeur du nerf médian qui siège au niveau de la cicatrice. L'opération est faite le 15 janvier 1883. Anesthésie et application de la bande d'Esmarck; ablation de la tumeur. Le soir du 15 janvier, on constate une anesthésie plus accentuée qu'avant l'opération; mais ce qui frappe l'observateur, c'est la conservation des mouvements des doigts. Il semble, au premier abord, que la résection de plusieurs centimètres du nerf médian n'ait amené aucun changement dans les fonctions musculaires. En réalité, voici ce que l'on constate le 5 février :

Le malade fléchit tous les doigts quand on le lui demande, mais il a pris l'habitude d'entraîner, à l'aide du médius, les deux dernières phalanges de l'index. Si l'on demande au malade de fléchir l'index isolément, la première phalange obéit seule; les deux dernières restent dans l'extension. De même pour le pouce. Le malade ne souffre plus de sa névralgie. La tumeur était un fibrome inter et intra-fasciculaire.

Les recherches anatomiques de MM. Verdier, Jalaguier et Brün nous donnent la clef des phénomènes observés. Onze fois sur quinze, il existe une anastomose unissant le cubital au médian, à la partie supérieure de l'avant-bras.

Elle émane du médian, vers le point où naissent les rameaux qui vont aux muscles fléchisseurs, et se termine dans le nerf cubital, au point où naît le rameau des deux faisceaux internes du fléchisseur profond; alors le nerf médian et le nerf cubital innervent tous les deux, chez bon nombre de sujets, les deux fléchisseurs communs.

M. *Verneuil.* L'intégrité de la sensibilité dans le district d'un nerf sensitif n'implique nullement l'intégrité de ce nerf. M. Verneuil a vu une jeune fille qui avait eu une fracture de l'avant-bras : application d'un bandage trop serré; eschares et cicatrices adhérentes. Les ongles entraient dans la peau à cause de l'exagération de la griffe. Croyant que la rétraction des fléchisseurs était de cause musculaire et cicatricielle, M. Verneuil résolut d'extirper la cicatrice. La sensibilité de la main n'était pas altérée : le nerf médian devait être intact. Pendant l'opération, le nerf médian, confondu dans la cicatrice, fut coupé. M. Verneuil crut avoir paralysé la main; mais la sensibilité n'était point diminuée. Petit à petit la cicatrice avait détruit le nerf, et l'innervation collatérale avait eu le temps de s'établir.

M. *Polaillon* a cherché la régénération secondaire du nerf radial et il a échoué. Il s'agissait d'une femme de trente ans qui s'était fait une plaie à la partie externe et moyenne du bras. La sensibilité radiale existait, mais il y avait paralysie des extenseurs de la main. Après quelques jours, on tenta la suture des deux bouts avivés; immobilisation du membre. Il n'y eut aucune amélioration dans la paralysie des muscles.

M. *Chauvel.* Quand il y a anomalie des troncs nerveux, on peut ne pas avoir une suppléance véritable.

M. *Verneuil.* Il ne faudrait plus parler de régénération des nerfs, mais du rétablissement de l'innervation; et, pour obtenir ce rétablissement, nous ne devons pas compter sur la suture. Vous suturez des nerfs, et la fonction ne se rétablit pas. D'un autre côté, des névralgies récidivent sans le rétablissement de la continuité du nerf réséqué. Quand on coupe le nerf cubital en un certain point, le petit doigt est paralysé pour toujours de sa sensibilité; c'est qu'il n'y a là qu'une seule source nerveuse.

M. *Polaillon.* Chez les animaux, après la suture des nerfs, on obtient le rétablissement de la fonction; pourquoi ne l'obtient-on pas chez l'homme? Peut-être la plaque motrice est plus altérée chez l'homme.

M. *Lannelongue* a fait la suture nerveuse chez un homme qui avait un cal volumineux, suite de fracture humérale; il fit l'extirpation du cal et sutura les bouts du nerf radial. Au bout de six mois, aucun résultat au point de vue des fonctions.

Quand on examine des individus amputés depuis vingt-cinq ou trente ans, on est frappé de voir sur les moignons des zones de sensibilité qui représentent des portions de pied, de talon ou d'orteil. Et si on fait l'autopsie de ces moignons, on trouve des névromes périphériques. Ces faits sont difficiles à expliquer.

— M. *Robert* présente une pièce qui montre le résultat d'une amputation sous-périostée de la cuisse.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Acide chlorhydrique contre la fermentation de l'urine : M. Ch. Richet. — Modifications fonctionnelles du cœur et des vaisseaux; spasme vasculaire; pouls capillaire dans l'insuffisance aortique : M. François-Franck. — Œuf monstrueux : M. Chatin. — Toxicité des alcools : M. Rabuteau. — Manifestations au sujet des vivisections : M. Brown-Séquard. — Élection : M. Henninger.

M. *Ch. Richet* a recherché l'influence de l'acide chlorhydrique sur la fermentation de l'urine. A la dose de 1 gramme par litre, on rend la fermentation assez tardive pour qu'au bout de huit jours l'urine soit encore franchement acide. A la dose de 4 grammes, cet arrêt de la fermentation persiste indéfiniment. M. Richet propose d'appliquer ce procédé à la désinfection des urinoirs publics, en invoquant surtout l'extrême modicité du prix de l'acide chlorhydrique.

— M. *François-Franck* ajoute quelques faits nouveaux à ceux qu'il a indiqués à propos de l'insuffisance aortique expérimentalement produite; il s'attache surtout à l'étude des modifications fonctionnelles du cœur et des vaisseaux périphériques, qui expliquent la restitution de la pression à sa moyenne normale, à la suite de la lésion des sigmoïdes, chez les animaux tolérant l'insuffisance.

1° L'étude comparative de la force déployée par le cœur, avant et après la production de l'insuffisance aortique, sur le cœur d'animaux intacts et surtout sur des cœurs soumis à une circulation artificielle de sang défibriné, montre que l'énergie de l'impulsion systolique augmente d'une façon très notable. Il s'agit ici non seulement d'une modification dans l'activité du muscle cardiaque, mais aussi du résultat direct d'une réplétion diastolique exagérée.

2° L'examen de la manière dont s'effectue l'écoulement du sang à travers les réseaux périphériques, avant et après l'insuffisance aortique, établit, en outre, que l'un des effets les

plus remarquables de l'exagération des impulsions sanguines consiste dans le resserrement actif des vaisseaux contractiles : l'influence vaso-motrice est mise en jeu par voie directe et réflexe, et provoque un spasme vasculaire qui lutte contre les afflux sanguins violents, tend à préserver des chocs les éléments anatomiques, et entre pour une part importante dans la restauration de la pression sanguine moyenne, momentanément abaissée par le fait des reflux aortiques.

Toutes les influences capables de diminuer la tonicité directe et réflexe des vaisseaux contractiles empêchent de se produire les phénomènes vaso-moteurs périphériques (morphine, chloroforme, chloral, section des nerfs et de la moelle, curarisation profonde) et s'opposent par suite à la réparation secondaire de la pression.

La notion d'un resserrement actif des vaisseaux dans l'insuffisance aortique, introduit un élément nouveau d'interprétation dans la théorie d'une série d'actes circulatoires et fonctionnels spéciaux à cette lésion. Ainsi peuvent s'expliquer la pâleur habituelle des téguments, le refroidissement périphérique facile, la tendance syncopale, etc., etc. ; de même avec cette notion peut s'expliquer le pouls capillaire sous-unguéal, frontal, etc., surtout marqué dans l'insuffisance aortique : M. François-Franck reviendra prochainement sur ces derniers points d'une façon spéciale.

— M. *J. Chatin* décrit un œuf de canne monstrueux, dans lequel un caillot fibrineux coiffe le vitellus et fait au dehors une saillie assez prononcée, à travers la coquille perforée. Il rapporte l'origine de ce caillot à une hémorrhagie survenue dans la vésicule ovarienne avant le moment où le vitellus abandonnant le calice gagne l'oviducte.

— M. *Rabuteau* rappelle, à propos de la dernière communication de M. Henninger, que les alcools sont d'autant plus toxiques, qu'ils renferment le groupe CH^2 un plus grand nombre de fois.

— M. *Brown-Séquard* indique, sur l'invitation de M. le président, les manifestations favorables aux vivisections qui se sont produites à son cours depuis l'incident fâcheux que l'on connaît.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire donne 17 voix à M. Henninger, 6 voix à M. Vignal, 6 voix à M. Chamberlent. M. *Henninger* est proclamé membre titulaire de la Société de biologie.

REVUE DES JOURNAUX

Le microbe de la coqueluche, par M. C. Burger, de Bonn.

Le microbe de la coqueluche a déjà été décrit par Letzerich et par Tschamer dans des termes qui ne méritaient aucune créance. Voici une nouvelle description, à laquelle manque malheureusement le contrôle expépimental, ce qui lui enlève une grande partie de sa valeur. L'auteur dit qu'il s'occupe depuis fort longtemps de cette recherche, qu'il n'a réussi que récemment, mais qu'il se demande maintenant comment ces microbes ont pu lui échapper si longtemps. Nous avons cherché vainement dans son travail comment avait jailli ce trait de lumière : il eût été intéressant de le savoir et cela aurait pu servir de base aux autres observateurs.

« Les microbes en question sont visibles aux grossissements de 340-600 diamètres. Ce sont de petits bâtonnets allongés de forme ellipsoïde, de grandeur et de grosseur inégales; avec de forts grossissements et l'emploi de l'éclairage Abbé, on observe sur les gros bâtonnets un rétrécissement, qui leur donne la forme d'un biscuit. Les groupes de bactéries, tantôt irrégulièrement disséminées, tantôt rangées en ligne, présentent une certaine ressemblance avec les spores du *leptothrix buccalis*.

» Les méthodes de préparation sont très simples. On prend avec une pincette préalablement flambée, une petite parcelle de crachat, on la presse entre deux lames de verre, on passe au bec de Bunsen pour coaguler l'albumine, puis on fait agir la matière colorante (solution aqueuse de fuchsine ou de violet de méthyle), on lave à grande eau, à moins que l'on ne préfère enlever, au moyen de l'alcool, la substance colorante, qui dans ce cas ne persiste que dans les bactéries. L'éclairage Abbé n'est pas indispensable. »

L'auteur considère la découverte du bacille de la coqueluche comme importante même au point de vue du diagnostic. Il estime que les microbes décrits constituent les agents pathogéniques de la maladie pour les raisons suivantes :

1° Ces bactéries ne se retrouvent dans aucun autre crachat;

2° Ils sont si abondants dans les crachats de la coqueluche que l'on peut difficilement contester leur action ;

3° Leur fréquence est toujours en raison directe de l'intensité de la maladie ;

4° La marche et les symptômes de la maladie s'expliquent par l'action de ces microbes, plus simplement et plus clairement que par n'importe quelle influence.

Attendons les expériences que nous promet l'auteur. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 1.)

De l'étiologie de l'hémoptysie, par M. W. Lewin.

Cette note rappelle un facteur admis par les anciens, mais généralement rejeté par les auteurs modernes : *l'influence des hémorrhoïdes*. Ceux qui en admettaient la réalité pensaient que le poumon était toujours atteint. Lewin va plus loin. D'après lui, il peut se produire des hémorrhagies vicariantes des bronches, *sans lésion du poumon*, et il cite deux observations à l'appui :

Obs. I. Un distillateur de vingt-sept ans, eut une hémoptysie abondante en 1875, qui se reproduisit les jours suivants, sans toux, ni aucun symptôme thoracique. L'examen de la poitrine fut négatif, ce qui fut confirmé par une autorité de Berlin. Depuis lors, il s'est parfaitement bien porté. Lui et tous ses frères sont des hémorrhoïdaires avérés.

Obs. II. Un négociant de vingt-sept ans, toujours en bonne santé, fut pris, en septembre 1877, d'une violente hémoptysie qui se reproduisit trois fois à huit jours d'intervalle. Jamais de toux, de dyspnée, de fièvre. Ce malade fut examiné à plusieurs reprises par les plus célèbres médecins sans que l'on pût jamais rien découvrir dans sa poitrine : il était hémorrhoïdaire.

« Si nous considérons, continue l'auteur, le système vasculaire comme un cercle fermé, nous ne devons pas être étonné si un état hyperhémique qui ne peut pas se régulariser par une hémorrhagie en un point donné, se transporte en un autre lieu et y détermine une hémorrhagie vicariante. C'est pourquoi Rühle prétendait guérir ce genre d'hémoptysie par des applications de sangsues à l'anus. Nous ne devons pas non plus être étonnés que cet accident soit très rare chez les hémorrhoïdaires. » (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 51.)

De l'hémoglobinurie paroxysmale, par M. I. Boas.

Cette curieuse affection commence à être connue en France depuis les intéressantes relations de Mesnet et Du Cazal. Elle est si constamment semblable à elle-même que lorsque l'on en a vu un cas, on les connaît tous. Nous n'aurions pas mentionné le travail de Boas, si cet auteur n'avait cherché à résoudre par quelques expériences simples et tout à fait du

domaine de la clinique, les obscurités considérables de la pathogénie de l'hémoglobinurie *a frigore*. Voici ses conclusions :

1° L'hémoglobinurie paroxysmale (ou *psychrogène* d'après l'auteur) est une maladie *sui generis*, qui doit être nettement séparée de toutes les autres formes d'hémoglobinurie ;

2° Pour les accès isolés de l'affection, il n'y a qu'un facteur étiologique et qui ne manque jamais. Un refroidissement de certains districts cutanés, surtout des portions les plus exposées au froid, telles que les mains, les pieds, le nez et les oreilles ;

3° Les paroxysmes isolés sont, comme intensité des phénomènes généraux et de la coloration de l'urine, proportionnels à l'intensité et à la durée du refroidissement ;

4° Le paroxysme naturel et celui que l'on peut provoquer artificiellement, sont absolument identiques comme symptômes (cette provocation se faisait en refroidissant brusquement une partie du corps, en plongeant, par exemple, un ou plusieurs doigts dans la glace) ;

5° La lésion primaire dans l'hémoglobinurie paroxystique est une destruction des hématies et le passage de l'hémoglobine dans le plasma, les phénomènes généraux sont secondaires ;

6° La cause de cette facile destruction réside vraisemblablement dans une moindre résistance des hématies vis-à-vis des irritants extérieurs, tels que le froid, ou peut-être le courant induit (conclusion un peu naïve, et qui ne fait pas avancer d'une ligne la question) ;

7° La destruction des hématies est purement locale, et ne se fait que dans les points soumis directement à l'influence du froid ; plus tard les produits pénètrent dans le sang ;

8° A quoi tient cette diminution de la résistance des corpuscules rouges, c'est ce qu'il n'est pas facile de savoir. Dans quelques cas on peut accuser avec quelque vraisemblance la syphilis, dans d'autres l'intoxication palustre ;

9° Les indications thérapeutiques doivent s'adresser — en dehors de la prophylaxie — à l'indication causale. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXXII.)

De l'emploi des irrigations d'eau chaude contre les hémorrhagies puerpérales, par M. Richter.

La méthode consiste à faire passer dans l'utérus, un courant d'eau chaude à 40 degrés pendant cinq à huit minutes. L'arrêt de l'hémorrhagie serait presque instantané. Il faut remarquer que l'eau à 38°,5 ne produit aucun effet. La canule contenant l'eau doit être conduite sur les deux doigts de l'accoucheur jusqu'au delà de l'orifice du col afin de ne pas causer de douleur à la malade. Il faut avoir soin que l'écoulement de l'eau se fasse sans aucun obstacle : aussi pourra-t-on se servir avantageusement d'un double tube. L'eau de l'irrigation peut être phéniquée (1-2 pour 100) comme il est d'habitude à la Charité de Berlin.

Pour arriver à arrêter au moyen de l'eau chaude une hémorrhagie, deux choses sont absolument nécessaires :

1° L'utérus doit être placé dans les meilleures conditions possibles de contractilité, ce qui est obtenu le plus simplement par l'expression mécanique de tous les débris qu'il peut contenir, et par l'administration d'une petite dose de seigle ergoté ou une injection hypodermique d'ergotine;

2° Il faut être certain que l'irrigation de l'eau à 40 degrés porte bien directement sur les parois utérines. Nouvelle raison pour que la cavité soit bien nettoyée des coagulas, débris placentaires, etc.

A quoi peut-on attribuer une action aussi rapide et aussi complète de l'emploi de l'eau à 40 degrés?

Les uns admettent une exagération de la contractilité utérine (comme sous l'influence de l'excitation directe, ou du seigle ergoté, etc.), d'autres, une tuméfaction inflammatoire rapide du tissu utérin, spécialement du tissu muqueux et sous-muqueux.

Richter a déjà défendu et défend encore cette dernière opinion, et voici pour quelles raisons :

La consistance et la forme de l'utérus en contraction énergique, est celle d'une boule solide et dure; tandis qu'à la suite d'une irrigation d'eau à 40 degrés sa consistance est celle d'une pelote élastique. L'utérus reste plus volumineux et remonte plus haut.

Les hémorrhagies arrêtées par l'eau chaude reviennent peu à peu, lorsque l'on maintient sur l'abdomen une vessie de glace en permanence; c'est le contraire qui devrait arriver dans la première hypothèse.

Lorsque l'on abuse de l'irrigation à 40 degrés, on détermine une relaxation de plus en plus évidente de l'organe tout entier, pendant que se montrent des signes d'une endométrite au début.

Enfin, Cohnheim et Lassar ont démontré expérimentalement qu'il suffit de plonger cinq à six minutes une extrémité dans de l'eau à 40°-43° pour y déterminer des tuméfactions inflammatoires importantes. (*Berl. klin. Woch.*, n°s 51 et 52, 1882.)

Note sur la périodicité de certains symptômes hépatiques, par le docteur J. Cyr.

M. Cyr rapporte une quarantaine d'observations d'affections hépatiques, dans lesquelles tel phénomène important, comme les vomissements, l'ictère et surtout les crises douloureuses, se produisirent avec une périodicité remarquable, Souvent celle-ci était quotidienne; d'autres fois les accès se montrèrent à des intervalles moins rapprochés. L'insuccès habituel de la quinine et l'heureuse influence de la cure de Vichy semblent prouver que la périodicité dans ces cas est d'origine hépatique et non paludique. Aussi, d'après M. Cyr, la constatation de ces phénomènes pourrait, dans des cas douteux, faire pencher le diagnostic du côté d'une affection hépatique. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'herpétisme, par le docteur Lancereaux. In-8°, 343 pages. — 1883. A. Delahaye et Lecrosnier.

Sous ce titre, M. Lancereaux s'est proposé de grouper toute une série d'affections reliées entre elles par un lien de parenté incontestable. Dans ses leçons sur le traitement des maladies de la peau (1870), Bazin avait consacré un chapitre à l'*herpétis*, dénomination qu'il préférait à celle d'*herpétisme*, introduite, je crois, par Fontan. Le cadre de M. Bazin était assez restreint. Il définissait l'herpétis : une maladie constitutionnelle, non inoculable, se traduisant par des affections spéciales sur les membranes tégumentaires, les nerfs et les viscères, et spécialement caractérisée par la ténacité, l'invasion progressive et les récidives fréquentes des manifestations cutanées.

Donc Bazin, bien qu'il eût décrit particulièrement l'herpétis au point de vue des manifestations cutanées, reconnaissait : une herpétis nerveuse caractérisée par des névralgies, des migraines, certaines paralysies sans lésions ; une herpétis séreuse, comprenant certaines hydropisies, et une herpétis viscérale, à laquelle il rapportait l'asthme, le cancer et peut-être l'ataxie locomotrice. C'était pour lui comme une forme tertiaire de l'herpétis.

On voit qu'on ne peut aborder ce sujet sans rencontrer l'éminent pathologiste de Saint-Louis. Cependant les caractères que Bazin attribuait aux affections herpétiques parurent un peu vagues. Dans la pratique, la distinction était difficile.

L'arthritisme surtout prêtait à des confusions continuelles. Nous verrons plus tard la cause de ces confusions. Quoi qu'il en soit, le groupe des herpétides fut peu à peu délaissé, et aujourd'hui la plupart des médecins de Saint-Louis considèrent l'herpétis comme une simple conception doctrinale inapplicable en clinique.

En reprenant la question, M. Lancereaux l'a élargie. Pour lui, l'herpétisme domine un grand nombre d'affections où on ne l'avait pas soupçonné. Les formes articulaires et viscérales surtout ont passé presque inaperçues. C'est une chaîne dont il s'agit « d'assembler les anneaux encore épars ». M. Lancereaux définit l'herpétisme : « Une maladie constitutionnelle à longues périodes, essentiellement héréditaire, non contagieuse, caractérisée par des désordres dynamiques des trois grandes fonctions nerveuses et des lésions trophiques des téguments, des systèmes locomoteur et sanguin. »

Une maladie ainsi caractérisée, pouvant s'attaquer à tous les organes, à toutes les fonctions, doit nécessairement avoir sa source dans un trouble général de l'organisme. C'est, en effet, dans l'innervation que M. Lancereaux place ce désordre primitif. Les différentes manifestations de l'herpétisme trouvent leur unité dans l'affection du système nerveux.

Pour mieux fixer les idées, M. Lancereaux imagine de donner une sorte d'observation schématique de l'herpétisme type, décrivant les affections qui peuvent atteindre l'enfant, l'homme et le vieillard, montrant dans la filiation des manifestations herpétiques deux grandes périodes : l'une, de simples troubles fonctionnels, peu dangereux; l'autre, de lésions matérielles plus ou moins graves, pouvant même amener la mort.

Reprenant ensuite successivement l'étude de ces différents troubles et celle des lésions matérielles, il constitue la partie nosographique de son ouvrage. Suivons-le à grands pas dans ces développements, en insistant sur les points particulièrement importants.

Parmi les troubles fonctionnels ou dynamiques, figurent les désordres de la sensibilité : prurit, névralgies, viscéralgies, migraines. Dans les désordres du mouvement : les spasmes respiratoires, comprenant les différents asthmes : nasal, laryngien, trachéal, bronchique. De ces différents asthmes, le premier, l'asthme nasal, est peu connu; c'est un éternuement convulsif survenant sous des influences diverses, se prolongeant pendant dix minutes ou un quart d'heure, et se terminant par une abondante sécrétion pituitaire. Signalé par Rullier (article Sternutation du *Dictionnaire des sciences médicales*), il a été également décrit par Romberg (de Berlin) en 1857.

Les spasmes des organes circulatoires comprennent les palpitations cardiaques ou artérielles sans lésions appréciables. La spermatorrhée, l'aspermatisme, le vaginisme, le spasme vésical constituent les formes principales des spasmes génitaux urinaires. Dans les spasmes des voies digestives, nous trouvons l'œsophagisme, certaines formes de gastralgie, le spasme anal.

L'herpétisme se traduit également par des hyperhémies variées, dont le type est la fluxion hémorrhoïdaire; on y rencontre l'épistaxis, l'hémoptysie, l'entérorrhagie, certaines métrorrhagies.

Les hyperhémies sont fréquemment observées. La plus fréquente est l'embarras gastrique ou gastro-intestinal. M. Lancereaux signale une certaine forme d'albuminurie faible, mais persistante, qui ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité générale. Les désordres intellectuels, réunis sous le nom d'affections hypochondriaques, complètent la liste de ces troubles purement fonctionnels.

Les lésions matérielles apparaissent à un âge plus avancé, et constituent la seconde phase des manifestations de l'herpétisme. Ces lésions ont pour siège : d'abord la peau et les muqueuses; plus tard, les articulations et les os, et surtout le système circulatoire. Les lésions des articulations et des os présentent un intérêt capital, en ce sens qu'elles sont généralement attribuées à l'arthritisme, et qu'elles fournissent aux adversaires de l'herpétisme leurs principaux arguments.

Les herpétiques présentent des arthrites aiguës mono ou polyarticulaires, qui se rapprochent singulièrement par leurs symptômes du rhumatisme aigu; elles en différeraient, d'après M. Lancereaux, par le peu d'intensité du mouvement fébrile, par sa ténacité, ses récidives fréquentes. En somme, ce n'est pas autre chose que ce que l'on désigne vulgairement sous le nom de rhumatisme subaigu. Mais tandis que, dans le rhumatisme, le cœur et la valvule mitrale en particulier sont fréquemment touchés, les artères seraient atteintes de préférence dans l'arthrite des herpétiques.

C'est surtout l'arthrite déformante généralisée que M. Lancereaux considère comme une des manifestations les plus fréquentes et les plus caractéristiques de l'herpétisme. Il insiste sur le caractère des altérations articulaires, sur la présence des ostéophytes, qui constituent ce qu'on appelle les nodosités d'Heberden, sur la multiplication des cellules du cartilage diarthrodial avec segmentation de la substance fondamentale, sur l'absence des dépôts uratés. Ces lésions articulaires, d'origine nerveuse, doivent être rapprochées des arthropathies, qui ont été si bien étudiées chez les ataxiques.

A côté de ces lésions se placent, au point de vue de leur importance et de leur fréquence, les lésions vasculaires. Les varices sont presque constantes à un certain âge de la vie de l'herpétique. Elles s'observent souvent dans les veines du rectum et du cordon spermatique. L'hypochondrie, qui accompagne si fréquemment le varicocèle, trouverait ainsi son explication naturelle dans un premier désordre général du système nerveux.

Les modifications que subissent les artères chez les herpétiques sont dues à l'athérome. De l'aorte, l'athérome gagne les artères collatérales et terminales et les viscérales. Histologiquement, il s'agit d'une forme spéciale d'artérite avec formation d'éléments cellulaires nouveaux et atrophiés ou régression graisseuse des tissus normaux. Des foyers de ramollissement peuvent ainsi se former à la surface interne des artères, et donner naissance à des embolies ou à des thromboses qui doivent être étudiées dans les principaux organes et particulièrement dans l'encéphale, où les désordres qu'elles déterminent ont une importance toute spéciale.

Toute cette durée de l'altération athéromateuse des artères et de leurs conséquences forme un chapitre particulièrement intéressant.

Les nombreuses manifestations de l'herpétisme peuvent être ramenées à trois formes : bénigne, commune ou maligne. La première passe souvent inaperçue. La seconde se caractérise spécialement par les inflammations articulaires, les fluxions laryngo-bronchiques et les altérations vasculaires. L'exagération de ces diverses manifestations, la rapidité de leur marche, leur concomitance constituent la forme maligne et peuvent conduire le sujet à une véritable cachexie.

La tuberculose est une conséquence fréquente de l'herpétisme. En ce cas, elle a une physionomie particulière et débute par une pleurésie membraneuse pour aboutir à une pneumonie scléro-tuberculeuse à marche lente, que Pidoux avait bien observée, et dans l'évolution de laquelle il croyait même voir la preuve d'un antagonisme entre la tuberculose et l'herpétisme.

M. Lancereaux ne consacre que quelques pages au diagnostic de l'herpétisme; il le considère, sans doute, comme suffisamment établi par les caractères particuliers des déterminations locales de la maladie, leur succession, leur évolution spéciale, et se contente de le tracer à grands traits.

C'est surtout sur le terrain de l'arthritisme, goutte et rhumatisme, que se placent avec avantage les adversaires de l'herpétisme. C'est là aussi que M. Lancereaux s'efforce de

multiplier les distinctions qu'il cherche dans les antécédents, la succession et l'enchaînement des manifestations, la différence des lésions anatomiques, la marche des accidents. En résumé, ce qu'on appelle le rhumatisme chronique n'est pour M. Lancereaux qu'une manifestation de l'herpétisme.

On trouvera moins d'intérêt au parallèle qu'il établit entre l'herpétisme et d'autres maladies chroniques, telles que le cancer, la scrofule, la lèpre, l'hystérie, l'alcoolisme, etc.

La thérapeutique est sommairement présentée; elle ne renferme rien de spécial. Le sulfate de quinine, la digitale, le bromure de potassium font la base de la médication dans les troubles fonctionnels. L'iodure de potassium, l'arsenic seront utilisés dans la période des altérations organiques. L'hygiène morale et physique interviennent largement dans la cure de l'herpétisme.

M. Lancereaux aura-t-il réussi, par cette étude très consciencieuse et poursuivie depuis longtemps, à établir l'herpétisme sur des bases solides? Nous le croyons d'autant plus, qu'il a signalé mieux que personne les difficultés du sujet. Beaucoup de manifestations considérées isolément peuvent prêter à des discussions sans solution possible, et nous ne pensons pas que tous les troubles ou lésions suscités par l'herpétisme revêtent une forme tellement caractéristique que leur véritable nature s'affirme sans conteste. C'est dans l'ensemble de son évolution que la maladie doit être étudiée, et le médecin devra toujours se prononcer avec réserve en face d'un état dont les manifestations multiples offrent une telle variété, que M. Lancereaux n'a pu les rattacher entre elles qu'en les plaçant, comme nous l'avons vu, sous la haute influence d'un trouble général du système nerveux.

B.

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses, par M. Olivier. Thèse de Paris, 1883.

L'auteur a consacré une partie importante de sa thèse à des recherches expérimentales. Il s'est montré un partisan convaincu de l'emploi du forceps pour faciliter le dégagement du siège dans la présentation pelvienne, mode des fesses, c'est-à-dire dans le cas où les membres inférieurs du fœtus sont relevés au-devant du tronc de façon à transformer celui-ci en une tige presque rigide, dont le passage à travers le canal courbe de l'excavation pelvienne doit présenter des difficultés et des particularités spéciales.

Ces expériences nous fournissent quelques données qu'il y a intérêt d'enregistrer.

D'une façon générale l'application du forceps serait bien moins dangereuse que les tractions exercées sur un lac entourant l'aine du fœtus, surtout que celles exercées à l'aide d'un crochet mousse. Avant d'être définitivement admise, cette conclusion devra être appuyée sur des observations cliniques plus nombreuses que celles indiquées par l'auteur, quelque intéressantes qu'elles soient.

Il est certain que le forceps appliqué sur le siège dérape facilement. L'auteur en demeure d'accord. Il fait cependant observer qu'il dérape lorsqu'il est appliqué sur l'abdomen du fœtus formant un cône dont le sommet est dirigé vers l'anus, mais que sa prise est fixe et bonne lorsqu'il est appliqué sur les membres formant un cône dont la base correspond au niveau du diamètre bi-trochantérien. Si l'on se sert d'un forceps à courbure pelvienne, l'application des cuillers aura lieu plus spécialement sur les membres inférieurs dans le cas de présentation du siège en positions sacro-postérieures, elle aura lieu plus spécialement sur le tronc dans le cas de positions sacro-antérieures. La prise du forceps sera donc plus défectueuse dans ces dernières positions que dans les premières.

L'action du lac mériterait seule d'être prise en quelque considération. Si celui-ci est appliqué sur l'aine antérieure, il sera possible dans les positions sacro-antérieures d'exercer une traction presque parallèle à la direction du fémur, c'est-à-dire dans des conditions très favorables à l'intégrité de l'os. Il n'en est pas de même s'il s'agit de positions sacro-postérieures. Le sens des tractions sera presque perpendiculaire au fémur et celles-ci auront pour conséquence presque inévitable de déterminer la fracture de l'os.

On voit donc que l'emploi du lac dans les positions sacro-antérieures paraît plus favorable que l'application du forceps, tandis que les indications opératoires seraient inverses dans le cas de positions sacro-postérieures. Néanmoins l'auteur donne le conseil d'employer toujours le forceps pour dégager le siège engagé ou au niveau du détroit inférieur. Telles sont les particularités les plus originales et les plus intéressantes de cette thèse.

Nous regrettons que dans la critique des différentes règles de conduite proposées dans le traitement de la présentation du siège, M. Olivier n'ait pas accordé une place plus étendue à l'administration de l'ergot de seigle, conseillée par M. Depaul et pratiquée depuis de nombreuses années à la clinique de la Faculté et qu'il n'ait pas fait mention de l'expression utérine, conseillée par Kristeller. Les inconvénients de l'emploi de l'ergot de seigle sont bien connus; sont-ils plus graves que les dangers de l'application du forceps? Cette discussion aurait bien mérité l'attention de l'auteur. Quoi qu'il en soit de ces observations, le travail de M. Olivier est intéressant, il doit être lu et médité.

Index bibliographique.

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par le docteur G. Poyet, ancien interne des hôpitaux.— Paris, 1883. O. Doin.

Après un court aperçu historique sur l'origine de la laryngoscopie, l'auteur étudie les différents procédés d'éclairage et d'examen de l'organe de la voix; contrairement aux médecins allemands et anglais qui se servent de la lumière réfléchie, il se déclare partisan des appareils d'éclairage à concentration, auxquels il a reconnu dans la pratique de grands avantages. Il décrit ensuite les principaux laryngoscopes et donne des conseils précis sur le manuel opératoire de l'inspection du larynx; il insiste avec soin sur l'interprétation qu'il convient de donner à l'image fournie par le miroir, c'est-à-dire sur les relations qui existent entre les différentes parties de l'image et la position vraie des organes qui forment cette image; on sait, en effet, que l'image laryngoscopique est verticale, virtuelle et symétrique, si bien que la corde vocale droite, par exemple, donne dans le miroir une image qui est à gauche. Il complète les notions de laryngoscopie pratique en indiquant les instruments nécessaires pour le traitement des affections laryngées : porte-éponge, porte-caustique, pince de Fauvel, insufflateur, etc.

La seconde partie de l'ouvrage est une monographie succincte de la pathologie du larynx. On y peut signaler plusieurs chapitres particulièrement intéressants; tels sont par exemple ceux qui traitent de la laryngite catarrhale chronique, affection fréquente, pénible et souvent rebelle à la thérapeutique; de la syphilis laryngée sous ses formes multiples depuis l'érythème jusqu'à la gomme; des polypes du larynx et de leur traitement. L'auteur fait suivre chaque chapitre de pathologie d'un certain nombre de formules constituant un répertoire thérapeutique auquel on devra recourir dans les cas variés qui pourront s'offrir dans la pratique. Des planches en chromo-lithographie, représentant les affections laryngées les plus fréquentes telles qu'on les observe dans le miroir laryngoscopique, facilitent l'intelligence des descriptions contenues dans le corps de l'ouvrage.

Études sur les taches bleues par le docteur Charles Mallet. Thèse de Paris, 1882. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les taches bleues ou taches ombrées ont passé par des fortunes très diverses, suivant les époques et les observateurs; on sait

qu'elles furent tout d'abord exclusivement rattachées à la dothiénentérie, puis ensuite à la fièvre synoque; un peu plus tard, des auteurs plus éclectiques en firent une éruption appartenant également à l'une et à l'autre de ces deux affections fébriles.

Frappés de l'obscurité qui régnait sur la valeur séméiologique de ces taches bleues, divers observateurs, parmi lesquels Chomel, Béhier, Delioux de Savignac, leur refusèrent toute valeur précise tant diagnostique que pronostique; enfin, depuis les travaux de Moursou, en 1877-1878, et de Duguet, en 1880, la pathogénie des taches bleues a été définitivement établie : elles ne doivent plus être « humblement », ainsi que l'a dit le professeur Lasègue, « que les indices certains d'un parasitisme phthiriasique de la peau ». La coïncidence constamment relevée entre l'apparition des taches bleues et la présence de *pediculi pubis*, leur production expérimentale par l'inoculation du liquide obtenu en écrasant un certain nombre de ces parasites ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit; M. Mallet après une nouvelle série d'expériences et une consciencieuse étude du sujet, formule les conclusions suivantes : Les taches bleues ne doivent plus être regardées comme spéciales ni à la dothiénentérie ni à la fièvre synoque; elles sont toujours dues à la présence et à l'action du *phthirius inguinalis*, la portion de l'animal qui semble posséder ce pouvoir colorant étant située au voisinage de la seconde paire de pattes, point précis où les entomologistes placent les glandes salivaires. On les observe aussi bien chez l'homme sain que chez l'homme malade, et, dans ce dernier cas, aussi bien dans les affections fébriles que dans les maladies apyrétiques. Elles ne sont ni un érythème, ni une ecchymose, ni une tache pigmentaire, leur nature intime reste encore inconnue; elles n'ont plus d'ailleurs aucune importance séméiologique et seront à l'avenir exclusivement du ressort des dermatologistes.

Traité des opérations usuelles, par le docteur L. Thomas, chirurgien de l'hôpital de Tours.— Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette publication est destinée à faire suite au *Traité des opérations d'urgence* précédemment paru; c'est ce qui explique que certaines opérations telles que le cathétérisme, la trachéotomie ne soient point rangées dans les opérations dites usuelles : elles ont été décrites comme opérations d'urgence.

Le plan de cet ouvrage est assez difficile à tracer, il s'agit, en effet, plutôt d'une énumération des diverses opérations que peut être appelé à pratiquer tout médecin qui ne recule pas devant l'usage du bistouri, et surtout le praticien qui exerce en province ou à la campagne loin du concours des chirurgiens. C'est à ce point de vue une œuvre utile à consulter. La première partie, écrite par le docteur Thomas, comprend le traitement chirurgical des abcès, des phlegmons, des tumeurs érectiles, des kystes sébacés ou synoviaux; un intéressant chapitre où sont soigneusement exposées les opérations qui se pratiquent sur les paupières, les voies lacrymales ou le globe de l'œil; enfin, divers paragraphes sur l'ablation des polypes des fosses nasales, des tumeurs du sein, du cancroïde des lèvres ou de la langue, etc. Signalons encore le chapitre relatif à l'empyème : les indications et contre-indications, le manuel opératoire, les soins consécutifs y sont successivement étudiés. Dans tout le cours de cet ouvrage, l'auteur se montre chaud partisan de la méthode antiseptique; il est convaincu que, grâce à elle, le médecin peut oser entreprendre la plupart des opérations. Peut-être cependant ne faudrait-il pas s'habituer à considérer comme absolument *usuelles* l'ouverture des kystes tendineux et folliculaires ainsi que la ponction et l'incision des articulations.

La seconde partie de l'ouvrage est un précis de chirurgie dentaire usuelle; elle est l'œuvre du docteur Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Elle comprend non seulement l'extraction des dents, mais aussi les pansements et les manœuvres qui permettent aujourd'hui de les conserver plus longtemps et de ne recourir à l'extraction que si la guérison est reconnue impossible.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis, par M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. — Paris, 1883, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Dans cette brochure, M. Martineau, après avoir étudié la marche normale de la syphilis et l'évolution régulière de ses manifestations multiples, passe en revue les conditions qui la rendent anormale et qu'il range sous trois chefs principaux : constitution et tempérament du sujet contaminé; hygiène du syphilitique; et enfin conditions de climat. Passant ensuite à la thérapeutique, il indique les principales formules, ainsi que les règles générales du traitement préconisées par les syphiligraphes les plus compétents. Il étudie spécialement la question des injections hypodermiques de peptone mercurique. Quelques considérations sur la prophylaxie générale et individuelle terminent ces leçons d'un caractère essentiellement pratique.

VARIÉTÉS

Concours du Bureau central. — La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mardi. Ont été admis à subir la seconde épreuve — épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie — les vingt candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Barié, Brault, Brissaud, Chauffard, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Josias, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Renault et Variot. Ce dernier s'est retiré du concours. Sur les quarante-huit candidats inscrits, trois ne s'étaient pas présentés à la première épreuve.

Mortalité a Paris (22e semaine, du vendredi 25 au jeudi 31 mai 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1158, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 10. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 23. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 72.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 60. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 59; au sein et mixte, 34; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 81; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 22e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 25 au 31 mai, 1214 naissances et 1158 décès. Le nombre des décès de la précédente période était de 1247. Cependant la mortalité actuelle est un peu supérieure à la moyenne annuelle de la ville de Paris. C'est aux décès des enfants par *athrepsie* et *méningite* de 0 à 5 ans qu'il faut attribuer cette légère différence; leur mortalité annuelle, calculée au taux de cette semaine, serait de 139,6 décès pour 1000 vivants, au lieu de 107 qu'elle atteint en moyenne à Paris. Au contraire, la rougeole a subi une remarquable décroissance. Nous ne comptons cette semaine que 35 décès typhoïdiques au lieu de 57,48 et 46 qui étaient les chiffres des autres semaines de mai. On constate également une décroissance de la variole (10 décès au lieu de 19), l'érysipèle (4 décès au lieu de 8). Enfin, 202 phthisiques seulement au lieu de 238 (chiffre à peu près normal) sont morts la semaine dernière. La coqueluche reste à l'état stationnaire. La scarlatine continue à être très rare. Mais on constate une légère augmentation de la fréquence du croup (49 décès) et de la bronchite aiguë (43 décès au lieu de 36).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 14 juin 1883.

PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — L'AÏNHUM. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Prophylaxie de la fièvre typhoïde à Paris.

La discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année dernière à Paris est terminée, au moins dans sa partie essentielle, l'Académie ayant adopté à l'unanimité la majeure partie des conclusions que lui avait présentées M. Rochard au nom de la Commission. Nous ne pensons pas, en effet, que celles de ces conclusions qui ont été réservées, afin de tenir compte, s'il y est consenti, des changements de rédaction demandés par M. Léon Le Fort, soient rejetées complètement mardi prochain. La Commission, sur les points étudiés spécialement par ce dernier, c'est-à-dire les dépotoirs, les dépôts de voirie et les égouts, avait adopté une rédaction suffisamment large et ne préjugeant aucune solution particulière. Il semblait d'abord que M. Le Fort voulait entraîner l'Académie dans une condamnation du système dit « tout à l'égout », au sens le plus absolu de l'expression; mais comme il se borne dans son amendement à demander pour les égouts l'étanchéité des parois, une pente suffisante et une irrigation abondante, l'accord pourra se faire aisément. Ces conditions sont, en effet, réclamées également par les partisans de ce système et par ceux qui lui préfèrent la canalisation séparée et pneumatique pour les vidanges, même par les partisans des fosses mobiles, filtrantes ou non, ou même des fosses fixes. Les derniers procès-verbaux de la Commission technique d'assainissement de la Seine ont fait foi de cet accord; cela n'a jamais d'ailleurs été sérieusement en discussion et c'est aujourd'hui un fait acquis. Que l'Académie sanctionne à son tour cet accord, rien de mieux; elle ne risquera que d'enfoncer une porte ouverte, ce qui lui est arrivé parfois dans cette discussion. Mais, qu'elle n'aille pas, pour le moment, vouloir se mettre à discuter le côté technique et même hygiénique de la question! Les très sages et très modérées conclusions qu'elle a déjà adoptées ne pourraient qu'y perdre. Celles-ci d'ailleurs valent surtout par leur ensemble plutôt que par leurs détails, dont plusieurs expriment des opinions sujettes à tel ou tel mode d'application. En somme, l'Académie a voulu faire une manifestation qui puisse guider le public et les administrations, manifestation qui était bien dans son caractère, dans son rôle et dans ses traditions. Elle y a parfaitement réussi, grâce au tact et à la chaleureuse et si autorisée conviction de son rapporteur. C'est au gouvernement et au Conseil municipal qu'il appartient maintenant de s'inspirer de ce sentiment.

L'aïnhum.

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La *Gazette hebdomadaire* a déjà donné deux fois l'hospitalité à l'aïnhum, maladie décrite chez la race noire. Elle a même été assez généreuse, par la plume de M. Reclus, pour l'admettre dans le cadre des affections européennes; j'espère qu'une fois encore elle voudra bien livrer au public médical ces quelques lignes, qui n'ont pour but que de réclamer pour l'aïnhum une personnalité, à laquelle sa physionomie particulière lui donne droit.

Lorsque M. Lannelongue fit son importante communication à l'Académie, mon attention, comme celle de tous les médecins de la marine, fut vivement attirée sur l'analogie qui pouvait exister entre l'aïnhum et les amputations congénitales. Comme mon collègue et ami Fontan, j'examinai les malades, je relus les observations et, malgré tout l'attrait qu'apporte à l'esprit une idée quelconque de généralisation, je ne pus me ranger à l'opinion émise par Guyot, soutenue par Fontan et qui vient d'être reprise, avec la lucidité qui le caractérise, par M. Reclus, dans la *Gazette hebdomadaire* du 1er juin 1883.

En voici les raisons. Elles peuvent se résumer sous quatre chefs : le début de la maladie, sa localisation, sa physionomie et ses symptômes, enfin l'anatomie pathologique.

Le début de l'aïnhum a toujours lieu chez les adultes, souvent même chez des hommes âgés, et je possède deux observations, en plus de celles déjà citées, qui nous montrent cette maladie chez des hommes de soixante ans. Dans les amputations congénitales, ou bien elles sont achevées au moment de l'accouchement, ou bien, quand elles se terminent plus tard, les accidents ont toujours débuté *in utero*. C'est ce qu'on rencontre dans les observations de Guyot et de Fontan. De plus, la marche lente dans les deux maladies est cependant parfois rapide dans l'aïnhum, car nous avons vu l'amputation se terminer deux ans après le début de l'affection.

La localisation existe et c'est sur le cinquième orteil que s'observe la maladie. Elle a été décrite à la main et au quatrième doigt du pied, mais toujours dans les observations de Guyot et de Fontan, et du reste l'exception confirme la règle; ou du moins elle prouve qu'il existe une règle, et cette règle, pour l'aïnhum, c'est d'occuper le cinquième orteil. De plus la tumeur ne siège qu'à un pied, quelquefois aux deux, mais toujours sur un seul doigt. Elle ne s'accompagne jamais de malformation. Dans les amputations congénitales, il en est bien autrement; c'est un, deux, trois, quatre et cinq orteils, dont il ne reste plus que des tronçons informes; ce sont les pieds, les mains, quelquefois les quatre extrémités ensemble qui sont atteintes par la maladie. Les doigts ou les tronçons de doigts qui restent, sont réunis entre eux, il y a de la syndactylie. Les pieds sont malformés, déviés en pied-bot; les jambes sont entourées de sillons circulaires. Notons encore en passant que les malades de Guyot et de Fontan présentaient ces caractères.

Quant à la physionomie et aux symptômes, la description parfaite en a été donnée par Da Silva Lima et elle n'a rien de *factice, d'arbitraire* et de *conventionnel*. C'est bien cette tumeur ressemblant à une petite pomme de terre, à une petite vesse-de-loup, qu'on observe dans les véritables cas d'aïnhum, et il est facile de s'en rendre compte en examinant les trois pièces que je viens de recevoir de Pondichéry. Dans les amputations congénitales qui ne sont pas encore terminées, la forme n'est pas la même et, pour rester dans le domaine des comparaisons tirées de l'agriculture, ces tumeurs tronc-coniques ressemblent à un petit navet. Dans l'aïnhum jamais il n'y a de gangrène; les ulcérations, quand elles existent, siègent dans le sillon et sont dues à la malpropreté. Dans les amputations congénitales vous avez au contraire des exemples de mal perforant et souvent des ulcérations gangreneuses.

Enfin l'anatomie pathologique nous montre que, dans l'aïnhum, les os disparaissent, envahis par des cellules adipeuses bien reconnaissables à leur noyau excentrique. Il n'y a donc pas dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire mortification, mais prolifération de cellules adipeuses entremêlées de faisceaux fibreux hypertrophiés. Ces caractères ressortent clairement de l'examen de la planche jointe à une observation d'aïnhum contenue dans les *Archives de médecine navale* (juin 1883).

Si maintenant il était possible de prendre les malades de Guyot, de les placer entre un homme porteur d'un aïnhum et un autre sujet atteint d'amputations congénitales, si on pouvait d'un coup de pinceau donner à tous ces malades la même couleur de peau et qu'on priât un médecin quelconque de les ranger d'un côté ou de l'autre, sans aucun doute les observations de mon collègue seraient réunies aux amputations congénitales; et l'hésitation ne serait plus possible, si l'on disait au médecin juge que l'aïnhum débute chez l'adulte et que les malades en litige sont venus au monde avec ces lésions. Tout en rendant justice au talent d'observation de mon bon ami Guyot, je ne puis donc admettre son interprétation, et je pense que ces cas, qui sont pris comme termes de passage, doivent être classés parmi des faits d'amputations congénitales, maladie contre laquelle la pigmentation de la peau ne protège malheureusement pas.

Je ne vois pas non plus l'utilité de la nouvelle appellation de *sclérodermie annulaire*. Que l'aïnhum soit une trophonévrose, la chose est possible. Mais, de même que dans la sclérose de la moelle, il y a l'ataxie locomotrice, l'atrophie musculaire progressive, etc., de même aussi il peut y avoir une tropho-névrose qui porte le nom d'aïnhum. Pour ma part, je prise fort, dans la désignation des maladies, ces mots bizarres et particuliers qui sont d'une grande éloquence dans leur simplicité et j'estime qu'en médecine comme dans les sciences naturelles, avant de former des genres il faut bien étudier séparément les espèces.

Veuillez agréer, etc...

Eugène Rochard,
médecin de 1re classe de la marine.

M. Eugène Rochard, dans cette intéressante lettre, n'accepte pas le rapprochement tenté par M. Fontan et par nous-même entre l'aïnhum et les diverses sclérodermies parmi lesquelles nous rangeons les amputations congénitales ou spontanées. Malheureusement nous trouvons, dans son plaidoyer, plus d'affirmations que de preuves.

« Le *début* de l'aïnhum, nous dit-il, a toujours lieu chez l'adulte. » C'est possible, mais beaucoup d'observations sont muettes sur ce point. Souvent les patients n'ont pas été interrogés sur l'époque d'apparition de leur maladie, souvent encore leurs réponses ont été vagues; souvent enfin leur éducation nulle et leur intelligence rudimentaire ne permettent de faire aucun fond sur une assertion, qui, pour être recevable, suppose, chez celui qui la fournit, une observation attentive. Que de fois ne nous arrive-t-il pas de montrer, à nos malades, d'importantes lésions qu'ils ignorent, et cependant il s'agit alors d'Européens plus éduqués et d'une capacité crânienne bien supérieure à celle des nègres du Brésil.

Or, d'une part, l'aïnhum est une affection à marche ordinairement lente, dont l'évolution exige plusieurs années et qui, non douloureuse, non gênante, sans signes bien évidents, peut exister depuis un fort long temps à l'insu d'esclaves durs à la souffrance, inintelligents et peu soigneux. Ne voyons-nous pas, d'autre part, dans certains faits que M. E. Rochard range parmi les amputations congénitales, le sillon constricteur apparaître ou s'accentuer à l'âge adulte seulement? Dans sa quatrième observation, Guyot nous parle d'une femme de vingt ans, chez qui, à seize ans, se fit à l'index une amputation spontanée, « qui débuta par un étranglement identique à celui que présentent actuellement le médius et l'annulaire ». Les dépressions des autres doigts atteints étaient, du reste, d'une profondeur variable et paraissaient d'un âge différent. Dans le cas de Mirault (d'Angers), si magistralement étudié par M. Verneuil, « *la sclérodermie à forme circulaire* » débuta aussi chez l'adulte.

La *localisation* s'observe, nous dit M. E. Rochard avec les auteurs brésiliens, au cinquième orteil seulement. « Elle a été décrite à la main et au quatrième orteil, mais toujours

dans les observations de Guyot et de Fontan » récusées par M. Rochard. Il y a là une inexactitude. Le malade observé par M. Despetis perdit en 1868 le cinquième orteil de chaque pied, or il est « actuellement en traitement » pour un aïnhum des deux quatrièmes orteils. En 1876, Pereira-Guimaraës le vit à ce même doigt. Il faudrait enfin, pour maintenir l'orthodoxe localisation au cinquième orteil, contester l'observation de Bérenger-Féraud sur certains nègres de Gorée amputés spontanément de tous les orteils.

Ce que nous trouvons « factice, arbitraire et conventionnel, » c'est de dire, avec la description classique : lorsqu'une certaine lésion, caractérisée par une travée fibreuse sous-dermique, se manifeste chez un adulte, nègre, au cinquième orteil, elle prendra le nom d'aïnhum. Si la même lésion apparaît chez un blanc, enfant, et ailleurs qu'au cinquième orteil, appliquons-lui un nom différent. En effet, « la *physionomie* » des amputations spontanées nous rappelle « la physionomie » de l'aïnhum, et nous comparerons volontiers « à une petite pomme de terre » l'index de Saïeb, l'Arabe marocain, âgé de trente-cinq ans, observé par Fontan et rangé certainement par M. E. Rochard parmi les cas d'amputations congénitales. Dans celles-ci, d'ailleurs, on ne décrit pas plus de « gangrène » que dans l'aïnhum et, dans les unes comme dans l'autre, c'est aussi au fond du sillon constricteur qu'existent les ulcérations.

Les différences tirées de l'*anatomie pathologique* ne nous paraissent pas plus acceptables. Qui nous dit que dans les amputations congénitales les os disparaissent « par mortification » et non, comme dans l'aïnhum, « par prolifération des cellules adipeuses » ? Ce que l'on sait, c'est que, dans l'une et dans l'autre de ces affections, les os s'atrophient et disparaissent complètement ou en partie, au-dessous du sillon constricteur. L'Arabe Saïeb en fournit un beau cas, et nous pourrions, à loisir, en multiplier les exemples.

Nous nous résumons : un débat existe entre des médecins de marine, qui, les uns et les autres, ont pu étudier de près l'aïnhum, et deux opinions sont en présence. Nous aurions mauvaise grâce — nous qui n'avons pas *vu* — à prendre parti trop catégoriquement. Mais les raisons invoquées par Fontan nous paraissent bonnes, et, jusqu'à plus ample informé, nous acceptons l'opinion qu'il défend.

M. E. Rochard lui-même en est-il donc si éloigné? On dirait qu'à la fin de sa lettre il ne discute plus que sur le degré de parenté, et sur ce terrain nous pourrions nous entendre. Si l'on nous accorde le « grand air de famille », nous chercherons à déterminer, à l'amiable, si ces affections sont sœurs ou simplement cousines.

M. Rochard critique fort la dénomination nouvelle proposée par M. Fontan. Certes, nous ne détestons pas, « dans la désignation des maladies, ces mots bizarres et particuliers qui sont d'une grande éloquence dans leur simplicité ». Mais nous préférons les noms vraiment scientifiques, qui, d'un mot, mettent une maladie à son rang nosologique, et nous font presque son histoire. Pour prendre un exemple en dehors de la médecine, nous préférons, en chimie, les termes dont se sert Lavoisier à ceux qu'emploie le « Grand Albert ». Aussi savons-nous gré à M. Fontan d'appeler l'aïnhum « *sclérodermie annulaire* », et à M. Verneuil d'avoir proposé, vingt ans auparavant, pour une affection sinon identique, du moins très analogue, le nom de « *sclérodermie à forme circulaire* ».

Paul Reclus.

Contribution pharmaceutique.

ENCORE LA TEINTURE DE MARS.

Nous avons combattu cette préparation, et nous avons applaudi à la décision qui va la faire disparaître de nos formulaires. Son nom impropre de *teinture*, laissant supposer une solution à base d'alcool, a autorisé son introduction dans bien des mélanges où elle n'a fait que jeter le trouble.

Combien de fois nous est-il arrivé d'exécuter des formules dans le genre de celle-ci :

Teinture de fèves de Saint-Ignace..	10 grammes.
— de cannelle..............	10 —
— de badiane..............	10 —
— de Mars................	10 —

Mêlez. Prendre 20 gouttes de cette mixture deux ou trois fois par jour avant les repas.

Les trois premières teintures forment un mélange excellent; mais lorsqu'on leur ajoute la teinture de Mars, il se forme un énorme précipité, qui embarrasse singulièrement le pharmacien. Les essences ne peuvent rester en dissolution, puisque la teinture de Mars ne contient que la quantité d'alcool nécessaire à sa conservation. Le tannin de la cannelle forme du tannate de fer. Que deviennent là dedans les sels de strychnine et de brucine contenus dans la teinture de fèves de Saint-Ignace? On se le figure difficilement. Bref, la nature du médicament est profondément altérée et n'est pas la même suivant que le liquide est administré à l'état limpide ou à l'état trouble.

Le pharmacien, livré à sa propre inspiration, filtrera ou ne filtrera pas. L'un, croyant bien faire, délivrera un produit transparent d'un aspect agréable; l'autre, croyant mieux faire, sacrifiera l'aspect à la valeur médicamenteuse, et donnera une boue noirâtre aussi répugnante à la vue qu'à l'usage. Le client, ne comprenant rien à ces variations de couleur, viendra demander des explications, après lesquelles il ne manquera pas, selon son habitude, de perdre confiance.

Il est donc prudent de ne pas prescrire la teinture de Mars tartarisée avec d'autres teintures, il vaut mieux l'ordonner toute seule, afin d'éviter d'autres incompatibilités.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

De l'antisepticité de l'iode en présence des matières albuminoïdes, par le docteur Dubujadoux, médecin-major de 2[e] classe.

Dans un précédent travail fait en collaboration avec M. Chipault (d'Orléans), et où nous proposions d'étudier sur le charbon l'action thérapeutique de l'iode en injections sous-cutanées, toutes nos expériences se sont terminées par la mort des cobayes, bien que nous fussions arrivés à injecter à l'animal la 2750[e] partie de son poids d'iode. Nous n'avons observé aucune différence, soit que la dose d'iode ait été injectée massive en une seule fois, soit qu'elle ait été injectée à dose fractionnée.

En passant d'une série à l'autre, nous avions pris chaque fois comme source de virus le sang du cobaye qui, dans la série précédente, avait reçu la dose d'iode maximum; nos témoins successifs ont succombé dans le même nombre

d'heures, c'est-à-dire que, loin de guérir nos animaux, nous n'avons même pas atténué le virus.

A cet insuccès persistant, malgré des doses thérapeutiques considérables, il fallait bien chercher une cause. Déjà, en lisant la communication de M. Davaine, qui fixait la limite de l'action efficace de l'iode à la solution au 1/150000, j'avais été frappé par sa manière d'opérer.

En effet, Davaine mélangeait une partie de sang charbonneux et 1000 à 10000 parties de la solution iodée. Supposons la solution iodée encore active au titre 1/100000, nous mélangeons une partie de sang et 1000 de la solution. Arithmétiquement, et en chiffres ronds, le mélange total contiendra 1/1000 de sang et 1/100000 d'iode; le sang et l'iode sont entre eux comme 1 : 100. Si nous prenions 10000 de la solution iodée, le sang et l'iode seraient dans le rapport de 1 à 10. Appliquons ce raisonnement à la solution limite de 1/150000, nous serons obligé de dire que l'action de l'iode va cesser lorsque le sang et l'iode se trouveront dans la proportion

$$\text{de } \frac{1 \quad \text{d'iode}}{6000 \text{ de virus}}.$$

Nous voilà bien loin de la solution au 1/150000; mais, dans le cas présent, il fallait chercher une autre raison, puisque nous avions donné à nos cobayes des quantités (relatives à leur poids) bien supérieures à ce chiffre limite.

Il m'avait paru, dès le premier abord, que l'iode subissait quelque combinaison qui le transformait dans l'organisme en un corps inerte, et je basais cette hypothèse sur ce que je ne trouvais jamais d'iode libre dans le sang des animaux morts, lors même qu'ils avaient succombé une heure après la dernière piqûre et qu'il ne restait plus trace sous la peau du liquide injecté.

Voici quelques expériences faites avec des cobayes que m'avait confiés M. Chipault :

Exp. I. — Un cobaye reçoit 3 centigrammes d'iode (solution iodurée au 1/50) en trois piqûres faites sur les deux côtés du tronc. Au bout d'un quart d'heure, je pratique une saignée de quelques grammes à la veine crurale, et le sang reçu dans un tube à expériences est divisé en deux parts : l'une est soumise à l'ébullition sans addition de réactif, on a seulement placé en haut du tube un papier imbibé d'empois d'amidon; l'autre est d'abord traitée par quelques gouttes d'acide azotique, puis soumise à l'ébullition comme ci-dessus. Dans l'un et l'autre cas, aucune action sur l'amidon.

Un quart d'heure après on tue l'animal, et l'on recueille tout le sang contenu dans les vaisseaux. On fractionne le sang en plusieurs parties, qui subissent les manipulations de la saignée précédente. On y ajoute l'épreuve par le chloroforme, soit sur du sang pur, soit sur du sang ayant subi le contact de l'acide azotique. Mêmes résultats négatifs. Pas traces d'iode libre ou combiné.

Cependant l'urine, après l'addition d'acide azotique, donnait très abondamment les réactions de l'iode.

Chez un second cobaye, à qui nous avions injecté sous la peau 6 centigrammes d'iode, quatre saignées veineuses pratiquées de quart d'heure en quart d'heure nous ont donné le même résultat négatif. L'urine décelait une notable quantité d'iode.

Les seules conclusions à tirer sont : la grande rapidité de l'absorption des liquides iodés injectés sous la peau, et leur parfaite innocuité. Même sur le cobaye autopsié une demi-heure après l'injection iodée, on ne retrouvait plus trace de rien. On reconnaissait les points inoculés aux marques que nous avions pris soin de faire, au passage de l'aiguille à travers le derme; mais le tissu cellulaire était partout sec, incolore et sans congestion aucune.

L'iode que nous avons décelé dans l'urine appartenait à l'iodure de potassium de la solution, et nous ne pouvons en rien conclure au sujet de l'absorption de l'iode métallique.

On peut déjà prévoir qu'il s'est formé un composé iodo-albuminé; pour en donner la démonstration, il fallait procéder d'une façon directe. C'est ce que nous avons fait en versant goutte à goutte une solution d'iode iodurée dans de l'albumine d'œuf. On agite le mélange au fur et à mesure, et l'on s'aperçoit que instantanément la couleur, l'odeur, la réaction sur l'amidon s'évanouissent. Le phénomène devient un peu plus lent lorsque l'albumine approche de sa saturation. On s'assurera de toutes ces nuances en lisant le compte rendu de l'expérience suivante :

Exp. II. — 10 centimètres cubes d'une solution faite à parties égales d'eau et d'albumine, puis filtrées, reçoivent goutte à goutte une solution aqueuse, iodurée, d'iode métallique au 1/50. [22 gouttes de cette solution pesaient 1 gramme.]

22 gouttes, c'est-à-dire 2 centigrammes d'iode, disparaissent dans le mélange en perdant aussitôt toute réaction.

A la 23e goutte, bleuissement léger de l'amidon, qui devient plus net à la 24e goutte; la réaction se fait lentement; la liqueur albumineuse est à peine teintée en jaune; la coloration, les autres réactions ont disparu au bout d'un quart d'heure.

A 2 gouttes de plus (total, 26 gouttes), le mélange bleuit l'amidon lentement; au bout d'une demi-heure, la réaction cesse de se produire.

En continuant de nouvelles additions d'iode, 2 gouttes par 2 gouttes, et interrogeant chaque fois les réactions, on voit que chaque fois elles reparaissent pour s'éteindre une demi-heure après. A la 33e goutte, nous sommes obligé de suspendre l'expérience.

Le 8 août, le mélange est limpide, incolore, sans odeur, ni saveur, ne bleuit pas l'amidon; on ajoute 2 gouttes de plus, l'amidon est à peine bleui; on ajoute encore 2 gouttes (total, 37 gouttes), l'amidon est bleui franchement.

Le 10, le liquide présente une légère odeur de putréfaction, on y découvre des vibrions mobiles; on ajoute 1 goutte de la solution iodée (total, 38 gouttes), les vibrions sont aussitôt immobilisés. Les réactions de l'iode reparaissent.

Les 11, 12, 13, on note chaque jour que les réactions de l'iode ont disparu et qu'elles renaissent aussitôt après l'addition d'une nouvelle goutte de la solution. Chaque jour, également, on reconnait des vibrions mobiles qui deviennent inertes après un nouveau contact avec l'iode. Le 14, on verse d'emblée 3 gouttes de la solution iodée, ce qui porte le nombre des gouttes à 44.

Le 16, on trouve des vibrions mobiles. Le 18, l'odeur de putréfaction est très forte, et les vibrions forment une pellicule complète à la surface du liquide. On y constate aussi la présence d'infusoires ciliés.

Ces 10 centimètres cubes, renfermant 2 grammes et demi d'albumine, ont reçu 4 centigrammes d'iode métallique qui se sont complètement combinés. Malgré cette quantité d'iode, la putréfaction ne s'est pas moins établie.

Exp. III. — Le 15 août, 10 grammes d'une solution faite avec parties égales d'albumine d'œuf et d'eau reçoivent d'emblée 55 gouttes de la solution iodée au 1/50, soit 45 centigrammes d'iode métallique. La solution est parfaite, colorée en jaune foncé, sent l'iode, et bleuit fortement, instantanément l'amidon. On bouche le flacon avec un bon liège.

Le 16, la liqueur, encore jaune, conserve toutes les réactions de l'iode. Pas de vibrions.

Le 25, la teinte jaune a pâli beaucoup (jaune de Naples), sent toujours l'iode et bleuit faiblement l'amidon. En outre, la liqueur s'est prise en gelée homogène, molle comme de la colle de pâte. Pas de vibrions. On rebouche le flacon.

Le 1er septembre, la gelée est plus consistante, complètement blanche, et a perdu les réactions de l'iode. Pas de vibrions.

Le 17, la gelée s'est séparée en coagulats grumeleux, nageant dans un liquide clair. Pas de réactions sur l'amidon; pas de vibrions.

Exp. IV. — 6 grammes d'une solution faite avec parties égales d'albumine et d'eau reçoivent en deux fois, le 11 et le 13 août, 33 gouttes de la solution iodée, soit 3 centigrammes d'iode métallique. On bouche avec un liège.

Le 18 août, ne bleuit plus l'amidon; solution incolore. Pas de vibrions.

Le 28, pas de coagulation, pas de vibrions, mais à la surface deux petites taches rondes dues à du mycélium de moisissures.

Le 17 septembre, odeur repoussante. Toute la surface libre est couverte de moisissures. Masse de vibrions.

Il existe une certaine contradiction entre les expériences III et IV : la solution 4 reçoit 1 centigramme d'iode par gramme

d'albumine, ne se coagule pas et se putréfie; la solution 3 reçoit 9 milligrammes d'iode par gramme d'albumine, se coagule, et nous l'observons pendant le même temps que l'autre sans y constater de putréfaction. Ce résultat est dû probablement à ce que l'addition d'iode, successive dans le premier cas, a été brusque dans le second.

Nous avons essayé de fixer la limite de la quantité d'iode nécessaire à empêcher la putréfaction. Une série de huit expériences faites avec une quantité constante de solution albumineuse nous a donné les résultats suivants :

A. — 0gr,009 d'iode métallique, soit 1/555 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de trois jours.

B. — 0gr,01 d'iode métallique, soit 1/500 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de trois jours.

C. — 0gr,018 d'iode métallique, soit 1/277 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de trois jours.

D. — 0gr,022 d'iode métallique, soit 1/227 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de trois jours.

E. — 0gr,024 d'iode métallique, soit 1/208 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de trois jours.

F. — 0gr,033 d'iode métallique, soit 1/151 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de cinq jours.

G. — 0gr,043 d'iode métallique, soit 1/116 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de cinq jours.

H. — 0gr,0625 d'iode métallique, soit 1/80 du poids de l'albumine, on y découvre des vibrions au bout de sept jours.

Comme dans plusieurs de ces solutions l'addition d'iode a été successive, nous avons compté à partir de la dernière addition pour établir le nombre de jours écoulés. Les différences que l'on constate entre la solution G, la solution H et les autres tiennent uniquement à ce que, l'albumine approchant davantage de sa saturation, l'iode met plus de temps à achever sa combinaison. Il ressort toutefois ce fait important, à savoir : que l'albumine qui contient le 1/80 de son poids d'iode se putréfie.

La coagulation spontanée que nous avons signalée plus haut devient un fait constant lorsqu'on ajoute d'emblée à l'albumine une quantité d'iode approchant du 1/100 de son poids.

Exp. V. — 2 décigrammes d'iode métallique dissous dans 2 grammes d'éther sont versés goutte à goutte dans 25 grammes d'albumine, qu'on triture en même temps dans un mortier pour briser les enveloppes cellulaires et faciliter l'incorporation. La dissolution de l'iode est très rapide, nous obtenons un liquide brun, fluide, bleuissant énergiquement l'amidon. Le liquide s'éclaircit bientôt par la chute des débris celluleux.

Vingt-trois heures plus tard, la décoloration est très avancée; elle est complète en vingt-cinq heures. Bien qu'on ait conservé le flacon bouché, toute réaction de l'iode libre a disparu, mais en même temps l'albumine s'est prise en gelée opaline, molle, cohérente, ne laissant pas suinter de liquide.

Quinze jours après, la gelée est plus consistante; elle conserve l'odeur éthérée; pas de vibrions.

Deux mois plus tard (10 janvier 1882), la masse gélatineuse s'est divisée en deux couches : l'une, inférieure, solide, assez dense et offrant la sensation de l'amidon, qu'on écrase entre les doigts; l'autre supérieure, liquide, transparente, limpide. On débouche le flacon pour laisser évaporer l'éther.

Au bout de huit jours l'odeur éthérée n'a pas complètement disparu; pas de vibrions. On triture le coagulum avec de l'eau ordinaire, et on l'expose à l'air libre dans un flacon à large goulot. En six jours la surface se pique de moisissures, le liquide sent mauvais et contient des vibrions.

Exp. VI. — Le 10 novembre, 25 grammes d'albumine d'œuf sont triturés dans un mortier sur 25 centigrammes d'iode métallique. Après une trituration d'un quart d'heure environ, l'incorporation est complète, tout l'iode est dissous sinon combiné; il en résulte un liquide brun foncé, d'abord louche, mais qui s'éclaircit par le dépôt des débris celluleux. Odeur iodée très forte; bleuissement de l'amidon.

Le 25 novembre, le liquide a pris la consistance d'un sirop très épais; la teinte jaune est moins foncée; la réaction sur l'amidon est moins énergique.

Le 10 janvier 1882, l'albumine s'est séparée en deux parties; un coagulum dense, épais, presque aussi dur que l'albumine cuite, occupe les couches inférieures du flacon; au-dessus surnage un liquide incolore un peu louche; les couches supérieures du coagulum sont de couleur jaune serin; les couches inférieures sont d'un jaune foncé; les unes et les autres bleuissent l'amidon, mais celles-ci plus énergiquement.

Le liquide louche devient limpide, incolore par filtration; il ne bleuit plus alors l'amidon. Ce liquide coagule par l'action de l'acide azotique, qui y révèle en même temps de l'iode; il coagule également par la chaleur, et si, après cette opération, on vient à le filtrer, l'acide azotique ne coagule pas le liquide filtré, il y révèle encore de l'iode.

On triture les deux caillots diversement teintés dans un mortier en versant goutte à goutte un poids égal d'eau distillée. Nous obtenons un liquide crémeux homogène, beaucoup plus pâle que le moins coloré des caillots. On conserve en flacon bouché; au bout de quatre jours, l'albumine est décolorée complètement et n'a plus aucune réaction de l'iode.

L'iode ne se combine pas moins intimement avec la caséine du lait, l'albumine du sang, du pus, la matière protéique des globules.

Je n'ai pas d'expérience directe à propos de la combinaison de l'iode et du pus, mais le fait suivant n'est pas moins démonstratif. En août 1881, j'assistais à une ponction faite par M. Verdureau sur un homme soupçonné de pleurésie purulente. M. Verdureau injecta au préalable 300 grammes d'une solution iodée dont je ne me rappelle plus le titre. Le pus n'en sortit pas moins avec sa couleur normale et sans aucune odeur d'iode.

Combinaison de l'iode avec le lait. — 15 grammes de lait du jour reçoivent 15 gouttes de la solution iodée iodurée au 1/50 avant de bleuir l'amidon. On procède en tâtonnant, comme pour l'expérience II; on obtient les mêmes résultats; on s'arrête à 29 gouttes. Le lendemain, le lait a repris sa coloration normale, son bon goût de lait frais, et n'a plus les réactions de l'iode. Cet échantillon se conserve avec les mêmes propriétés pendant vingt jours, puis on y voit se développer des taches de mycélium qui envahissent peu à peu toute la surface, et le lait se tranche, mais sans odeur de putréfaction.

Combinaison de l'iode avec le sérum du sang, les globules rouges. — Le 21 janvier 1882, on abandonne au repos, dans un verre conique, du sang de veau frais et préalablement défibriné par le battage; puis, après un temps suffisant, on recueille 10 grammes de sérum bien clair.

Ces 10 grammes de sérum reçoivent goutte à goutte de la solution d'iode iodurée au 1/50 (28 gouttes de notre nouveau compte-gouttes pèsent 1 gramme); la réaction de l'iode sur l'amidon apparaît à la dixième goutte. On ajoute d'emblée 6 gouttes, et l'on conserve dans un flacon bouché. Quatre jours après (27 janvier), le liquide ne bleuit plus l'amidon; aucune odeur. On y introduit 2 gouttes de sang putréfié; on mélange par agitation.

Le 1er février, odeur infecte. A la surface du liquide, une pellicule blanchâtre où grouillent des myriades de vibrions. Les vibrions se sont développés dans une masse albumineuse contenant 1/60 d'iode.

Globules rouges. — Le 25 janvier, on recueille tout au fond du verre conique, à l'aide d'une pipette, 10 grammes de la masse globulaire, et l'on y verse goutte à goutte (en interrogeant les réactions chaque fois dès la vingtième goutte) 42 gouttes de la solution iodée, soit 3 centigrammes d'iode, avant de constater la présence de l'iode libre. On ajoute d'emblée 14 gouttes, en tout 4 centigrammes d'iode métallique.

Le 31 janvier, ne bleuit plus l'amidon; odeur de putréfaction; vibrions.

Il résulte de ces diverses expériences que l'iode se combine directement aux substances albuminoïdes en général, et forme avec elle un composé stable qui, malheureusement, ne jouit pas de propriétés antiseptiques.

La combinaison est instantanée au début, mais au fur et à mesure que l'albumine approche de sa saturation, les nouvelles quantités d'iode incorporé mettent un temps de plus en plus long avant de perdre toutes leurs réactions.

Si l'on met d'emblée en contact avec l'albumine une quan-

tité d'iode équivalant au 1/150 de son poids, le corps combiné ne tarde pas à se coaguler, mais la solidification n'est pas brusque; le liquide augmente peu à peu de consistance, il devient sirupeux, et se prend enfin en un bloc compact semblable à de la gélatine. Au bout d'un temps variable, alors même qu'on s'est servi d'albumine pure et d'iode métallique, le caillot se rétracte, laisse échapper une sérosité limpide qui contient de l'albumine dissoute facile à déceler par la chaleur ou les acides minéraux. Enfin, dans ce liquide, lorsqu'on a séparé par la chaleur l'albumine dissoute, on trouve encore de l'iode combiné. L'affinité de l'albumine pour l'iode semble accrue par la présence de l'eau, comme l'indique l'expérience VI.

Nous laissons à des chimistes compétents le soin de déterminer la nature de ce corps iodo-albuminé. Nous cherchions surtout dans cette étude la cause des insuccès de la thérapeutique iodée contre le charbon chez le cobaye, et la cause est bien celle que nous avions entrevue : la combinaison de l'iode avec l'albumine.

Nous n'avons pas, il est vrai, opéré sur des bactéridies; mais n'y a-t-il pas de grandes analogies entre leurs conditions d'existence et celles des organismes de la putréfaction?

En présence de l'albumine, l'iode perd tout pouvoir antiseptique jusqu'à ce qu'il ait au préalable saturé les affinités de ce corps et qu'il reparaisse avec ses réactions ordinaires. A la vérité, on constate que, dans des liquides albumineux en putréfaction, une infinie quantité d'iode arrête les mouvements des vibrions; mais combien cet effet est éphémère! le lendemain les vibrions grouillaient à nouveau.

Nous n'avons vu nos liquides se conserver à l'abri de la putréfaction que lorsque l'iode atteignait la 100ᵉ partie du poids de l'albumine, quel que fût le titre de la solution albumineuse; encore cette imputrescibilité n'était bien réelle que si la coagulation avait lieu. En tous cas, le coagulum a permis le développement des moisissures.

Et, chose bizarre, remarquons que ce rapport 1/100 est celui qui se trouvait entre le sang charbonneux et l'iode dans la solution encore active de Davaine, au 1/100000. Il faudrait donc injecter à un cobaye en puissance de charbon la 100ᵉ partie de son poids d'iode, ou au moins la 100ᵉ partie du poids de son albumine totale, et nous avons remarqué que le cobaye inoculé à qui l'on injectait la 2750ᵉ partie de son poids mourait bien avant le témoin! Nous avons échoué et nous devions échouer.

Le liquide iodo-albumineux est un liquide neutre, il ne se putréfierait pas, mais il ne saurait empêcher la putréfaction d'autres liquides; il ne tue pas les microbes, et ceux-ci ne peuvent le décomposer pour se nourrir, placés dans ce milieu ils succomberaient à l'inanition.

L'iode n'est antiseptique qu'à la condition d'être employé largement, encore sera-t-il un antiseptique éphémère, comparable au permanganate de potasse, par exemple. Si l'on badigeonne une plaie avec de la teinture d'iode, on tuera tous les microbes qui seront touchés. A la surface de la plaie il pourra se former une couche iodo-albuminée imputrescible, mais le pus que sécréteront les bourgeons charnus n'en sera pas moins propre à la culture des germes. Il ressort cependant une indication thérapeutique du fait de la combinaison de l'iode avec le lait. Le composé qui en résulte a le goût agréable, la couleur du lait frais. On peut, par ce moyen, donner de grandes quantités d'iode sans aucune fatigue pour les voies digestives; 1 litre de lait pouvant se combiner avec 1gr,33 d'iode en lui faisant perdre toutes ses réactions.

Nous avons donné par ce procédé jusqu'à 10 gouttes de teinture d'iode à un enfant scrofuleux élevé au biberon. L'enfant buvait son lait iodé avec autant de plaisir que le lait ordinaire. Chez des adultes, j'ai élevé progressivement la dose jusqu'à 30 gouttes par jour sans aucun inconvénient, et même avec un résultat utile chez quelques tuberculeux, très efficace chez les scrofuleux.

A ces doses élevées on prenait seulement la précaution de se servir d'une quantité de lait bien supérieure à celle strictement nécessaire aux affinités de la caséine et de l'iode. On faisait même le mélange la veille au soir, afin d'être encore plus sûr que le médicament n'aurait aucun goût.

Contrairement à l'iodure de potassium, qui s'élimine si rapidement, le composé iodo-albumineux paraît s'emmagasiner dans l'organisme. L'iodisme est très long à apparaître; en outre, on ne retrouve pas d'iode dans les urines pendant les premiers jours qui suivent son administration. C'est encore un point à élucider.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Des acquisitions scientifiques récentes concernant l'étiologie et la prophylaxie du choléra. Mémoire de M. *A. Fauvel*. — L'auteur commence par confirmer la communication qu'il a faite l'année dernière *Sur les quarantaines à Suez*, en apportant de nouveaux faits à l'appui de l'efficacité des mesures prophylactiques contre l'importation du choléra en Europe.

Deux faits nouveaux sont venus, en 1882, confirmer cette efficacité.

Le premier est relatif à l'importation en Egypte de troupes indiennes, pour prendre part à l'expédition anglaise. Le gouvernement anglais n'hésita pas à appliquer à ses troupes les mesures prophylactiques les plus sévères, grâce auxquelles elles arrivèrent en Egypte entièrement exemptes de choléra. L'armée anglaise et l'Egypte furent ainsi entièrement préservées de cette maladie. Le second fait fut la contre-partie du premier. Peu de semaines après, un navire chargé de pèlerins, parti de Bombay, eut le choléra à bord dans son trajet jusqu'à Aden. Envoyé en quarantaine dans une île de la mer Rouge, le choléra y prit les proportions d'une épidémie; d'autres navires de même provenance se rendirent directement à Djeddah, y débarquèrent leurs passagers, et bientôt le choléra éclata parmi les pèlerins, au moment de leur agglomération pour les fêtes du Courban-Baïram. L'application immédiate des mesures de quarantaine, pratiquées l'année précédente, aux pèlerins revenant par mer en Egypte eut le même succès. Le choléra s'éteignit rapidement parmi eux, et l'Egypte fut entièrement préservée.

Les acquisitions scientifiques récentes concernant l'étiologie et la prophylaxie du choléra portent à peu près exclusivement sur certaines questions d'immunité, que les conférences de Constantinople et de Vienne avaient indiquées sans pouvoir les résoudre. Trois grands faits ressortent des recherches de l'auteur à ce sujet : 1° l'*immunité générale* dont jouissent les *natifs* dans les ports de l'Inde, où le choléra est endémique; 2° l'*immunité relative* observée parmi les populations du Hedjaz quand le choléra y règne parmi les pèlerins; 3° l'*immunité temporaire* et plus ou moins complète qui suit en tout pays une épidémie de choléra dans une localité quelconque. A ces trois faits principaux se rattachent des conséquences secondaires, dont la plus importante est qu'une épidémie grave de choléra ne se développe que là où la maladie n'est pas endémique et en devient en quelque sorte le *critérium*. L'auteur expose les faits à l'appui de chacune de ces propositions, et en tire les conclusions suivantes :

1° Les ports de l'Inde où le choléra est *endémique* ne sont jamais le théâtre d'une grande épidémie. 2° Ce fait tient à l'*immunité* générale dont jouit la population *native* de ces ports. 3° Cette immunité n'existe pas dans les foyers endémiques pour les étrangers à la localité, qui sont dans les conditions d'aptitude

à contracter le choléra. Tels sont, en particulier, les pèlerins musulmans qui viennent s'embarquer à Bombay pour se rendre à la Mecque. 4° Les épidémies de choléra qui se développent dans les régions de l'Inde où la maladie n'est pas endémique proviennent des foyers d'endémie et sont favorisées par les pèlerinages hindous. 5° Les épidémies observées parmi les pèlerins de la Mecque ont pour point de départ les foyers endémiques de choléra. 6° Une épidémie grave de choléra confère au pays ou à la localité qui en a été le théâtre une *immunité* plus ou moins complète et plus ou moins durable, dont il est impossible de formuler *la loi* pour l'Europe, mais qui, dans l'Inde, paraît avoir une durée de plusieurs années. 7° Dans le Hedjaz et, en général, dans les régions peu peuplées de l'Arabie, le choléra n'a qu'une faible tendance à se propager parmi la population autochtone. 8° Le fait d'une grande épidémie de choléra dans un pays quelconque est une preuve que le choléra n'y est point endémique. 9° La plupart des propositions exposées plus haut sont applicables à la *fièvre jaune* et probablement aussi à la *peste*. 10° Tout porte à comprendre dans cette même catégorie la fièvre typhoïde, autrement dit la *dothiénentérie*. (Commissaires : MM. Pasteur, Bouley, Gosselin, Vulpian.)

Contribution a l'étude de la fièvre typhoïde a Paris (période du 19 octobre 1882 au 15 mai 1883). Mémoire de M. *de Pietra-Santa*. (Renvoi à la Commission du prix de statistique.)

Sur la localisation des virus dans les plaies et sur leur mode de dissémination dans l'organisme. Mémoire de M. *G. Colin*. — Les matières virulentes introduites dans les plaies s'y divisent en trois parts qui peuvent être très inégales. L'une d'elles s'attache aux tissus de ces plaies, à certains de leurs éléments anatomiques et aux liquides dont ils sont imprégnés; elle s'y fixe momentanément et parfois d'une manière définitive. Celle-là donne lieu à la pustule vaccinale, à la pustule maligne, à l'ulcération morveuse ou farcineuse, etc. La seconde fraction du virus inséré dans la solution de continuité se répand par simple diffusion, indépendamment de toute absorption proprement dite, dans le tissu cellulaire environnant, sur une zone plus ou moins étendue, suivant l'état anatomique des parties lésées. C'est elle qui donne lieu à l'œdème charbonneux, à certains œdèmes septiques survenant après des opérations graves, aux phlegmons, à l'érysipèle. La troisième part de la matière virulente qui entre dans les voies de l'absorption se subdivise en deux fractions au moment même où elle est saisie. Celle que les vaisseaux sanguins prennent est nécessairement emportée à grande vitesse dans l'ensemble de l'organisme. Au contraire, la fraction admise dans les lymphatiques s'y déplace lentement, stagne dans les réseaux qu'elle irrite, s'arrête et s'accumule dans les ganglions, où elle crée de nouveaux foyers aptes à la conserver et à la régénérer, foyers qui jouent souvent un grand rôle dans le développement des accidents consécutifs aux inoculations.

Une fois les agents virulents fractionnés et localisés, chacune de leurs parts a, dans son foyer, sa manière de se comporter. Si, sur les sujets dépourvus de ce qu'on appelle la *réceptivité*, toutes les fractions du virus perdent vite leur activité et se détruisent, sur les autres, jouissant de l'aptitude à contracter, quelques-unes de ces fractions ou toutes ensemble, suivant que l'un des foyers ou tous les foyers offrent un terrain favorable, se régénèrent et pullulent. Pour le virus charbonneux, le foyer est celui de la plaie sur le chien; c'est le tissu cellulaire environnant la plaie sur les oiseaux; ce sont, de plus, les ganglions chez d'autres et tous les foyers ensemble sur les animaux tels que le lapin et la plupart des herbivores.

Pour un certain nombre de virus, le claveleux, par exemple, la régénération virulente dans un seul foyer, même très petit, comme celui d'une piqûre, suffit à produire ultérieurement une auto-inoculation traduite par une éruption pustuleuse généralisée.

Les faits qui se rattachent à la répartition et à l'enlèvement des matières virulentes montrent que les cautérisations, pour être efficaces, doivent être plus ou moins promptes suivant les cas, et atteindre non seulement la totalité du produit déposé dans la plaie, mais encore les parties virulentes déjà engagées dans l'épaisseur des lèvres de la solution ou entraînées dans les tissus voisins. La diffusion de la matière virulente dans le tissu cellulaire à une grande distance des plaies, la création de foyers ganglionnaires simples ou multiples dans lesquels cette matière se conserve et se régénère expliquent pourquoi les cautérisations tardives sont le plus souvent impuissantes à conjurer les effets des inoculations.

Étude expérimentale des lésions de la moelle épinière, déterminées par l'hémisection de cet organe. Note de M. *E.-A. Homén*.

Académie de médecine.

Séance du 12 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

Lettres de candidatures de : M. le docteur *de Saint-Germain*, dans la section de pathologie chirurgicale; de MM. les docteurs *Dumontpallier* et *Hayem*, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; de M. le docteur *Foville*, dans la section des associés libres; de M. le docteur *Morache* (de Bordeaux), dans la 1re division des correspondants nationaux.

L'Académie reçoit un mémoire, pour le concours du prix Capuron de 1883, sur l'*influence des bains de mer sur la scrofule des enfants*. (Inscrit sous le n° 2.)

M. le docteur *Davezac* (de Bordeaux) envoie une Note imprimée sur *le gavage et les inhalations iodoformées chez les phthisiques*.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. *Rambosson*, un livre intitulé : *Les phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion*; 2° de la part de M. le docteur *Droische* (de Huy, Belgique), une brochure ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde chez les enfants*.

M. *Léon Le Fort* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Rousselot Beaulieu* (de Périgueux), sur *le diabète, sa nature et son traitement*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une note manuscrite de M. le docteur *Brame*, relative au *Traitement des maladies de l'appareil locomoteur*.

M. *Léon Labbé* offre, au nom de M. le docteur *Denis-Dumont* (de Caen), un ouvrage sur *les propriétés médicales et hygiéniques du cidre*.

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage d'un *Traité de la vaccine et de la vaccination*, par M. le docteur *Warlomont* (de Bruxelles), et pose la candidature de celui-ci au titre de correspondant étranger dans la première division.

M. *Verneuil* présente une brochure de M. le docteur *Delthil* (de Nogent-sur-Marne), sur *la médecine à différentes époques*.

Extirpation totale de l'utérus par le vagin.— M. *Demons* (de Bordeaux) rappelle d'abord que cette opération a été faite le plus souvent pour des lésions organiques de la matrice, de sorte qu'outre la gravité excessive de l'opération, il fallait encore redouter une récidive presque certaine. Cependant les statistiques étrangères indiquent 40 guérisons sur 62 opérations d'après Calderini, 7 guérisons sur 8 cas selon Schroder. Et, dans bon nombre de cas, la récidive ne s'est pas montrée plusieurs mois après l'opération; certaines femmes ont eu comme une véritable résurrection. On a objecté également, il est vrai, la difficulté d'exécution et la possibilité d'une extension du mal telle que son extirpation complète ne soit pas possible. M. Demons déclare, quant à lui, que cette opération ne présente pas en elle-même de difficultés sérieuses, si l'écorce du corps de l'utérus n'est pas dépassée et si cet organe est mobile, mais l'envahissement des ganglions lymphatiques et la cachexie cancéreuse constituent des barrières qu'il ne faut pas songer à franchir.

Il rend compte de quatre extirpations totales de l'utérus, pratiquées pour des lésions organiques, dont trois faites à l'hôpital et une en ville, par ses collègues de l'hôpital de Bordeaux, MM. Dudon et Mandillon, et par lui-même. Ils ont obtenu trois guérisons et une mort. Les guérisons se sont maintenues jusqu'à ce jour; les malades, qui étaient auparavant en proie à de vives douleurs et épuisées par des hémorrhagies répétées, ont repris leurs occupations.

M. Demons conclut en disant que l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, complètement rejetée en France, mérite sans doute un meilleur accueil, car elle est moins grave que l'extirpation par la voie abdominale. Cette opération,

pratiquée sur des personnes condamnées fatalement à succomber rapidement à une maladie affreuse, est suivie assez fréquemment de succès opératoires, d'un retour plus ou moins prolongé à la santé, et parfois peut-être d'une guérison définitive. Elle doit être faite dans les cas bien déterminés où l'ablation complète du mal est possible, et où, en même temps, toute action limitée au col serait insuffisante. Cette opération n'est pas très difficile, si l'on suit certaines règles simples. La suture du vagin, le drainage et les injections antiseptiques paraissent constituer le meilleur pansement. — Le mémoire de M. Demons est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Alphonse Guérin*, *Gosselin* et *Duplay*.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde a Paris. — Les conclusions du rapport de la Commission ont été enfin votées à l'unanimité par l'Académie, sauf celles qui sont relatives aux dépotoirs et aux égouts, et pour lesquelles M. *Léon Le Fort* propose une rédaction nouvelle, renvoyée à la Commission. — Le vote a été précédé de quelques observations de M. *Léon Colin*, sur la nécessité de réduire dans la mesure du possible le mouvement d'immigration des jeunes gens de province à Paris, car c'est l'accroissement incessant du nombre des immigrants, âgés de dix-huit à vingt-cinq ans, qu'il faut considérer comme la principale raison des progrès de la mortalité par la fièvre typhoïde à Paris, ou du moins de l'entretien et de la propagation du mal.

M. *Rochard* (rapporteur) résume les points principaux de la discussion et insiste sur l'opportunité et la nécessité de clore ces débats dans le sens indiqué par la Commission.

Tel est aussi l'avis de M. *Léon Le Fort*. De l'enquête personnelle à laquelle il s'est livré, il croit pouvoir affirmer que si les usines insalubres qui entourent Paris produisent des émanations infectes, les dépotoirs, qu'on a tant incriminés, ne sont pas dans le même cas le plus souvent et ce sont surtout les égouts mal construits et mal entretenus dont il faut craindre les odeurs. Il demande donc que l'Académie, tout en réclamant l'observation des mesures prescrites pour que les émanations des dépotoirs et des dépôts de voirie ne puissent nuire, se prononce nettement contre la projection à l'égout des matières solides et liquides, tant que la canalisation ne sera pas plus complète et qu'elle n'aura pas une irrigation extrêmement abondante. Ces amendements sont renvoyés à la Commission et les autres conclusions sont adoptées. (Voy. le *Compte rendu* de la séance du 22 mai 1883.)

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture : 1° d'un rapport de M. *Tarnier* sur le concours du prix Capuron de 1882 et 2° d'un rapport de M. *Potain* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Siredey; en deuxième ligne, M. Ball; en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en quatrième ligne, M. Bouchard. — L'élection aura lieu mardi prochain.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Isolement des varioleux : M. Rathery. — Traitement de quelques complications de la dothiénentérie par le bain froid : M. Du Cazal. — (Discussion.)

M. *Rathery* rappelle la lettre de M. le docteur Du Mesnil, lue dans une précédente séance par M. Dujardin-Beaumetz, signalant l'éclosion de la variole chez quatre convalescents à l'asile de Vincennes, dans les trois jours qui avaient suivi leur entrée (voy. le numéro du 16 mars). Ces individus avaient été soignés pour des affections diverses à l'hôpital Tenon. Plus récemment, dans le même hôpital, trois malades du service des varioleux dirigé par M. Rathery, se considérant à tort comme entièrement guéris, ont réclamé énergiquement leur *exeat;* il leur fut refusé, mais l'un d'eux trouva le moyen de sortir de l'hôpital, un jour de visite, avec des vêtements d'emprunt, et les deux autres exigèrent du directeur de l'établissement de les laisser retourner chez eux. On voit, par ces faits, que le système d'isolement des varioleux, dans les hôpitaux, est défectueux. Il semblerait nécessaire, au point de vue théorique, de placer les varioleux dans des hôpitaux spéciaux éloignés des centres de population; mais, outre qu'une pareille mesure serait difficilement réalisable, n'aurait-elle pas le grave inconvénient de s'opposer à l'étude de la variole par les élèves? Ce n'est pas là seulement une question d'intérêt purement scientifique, mais aussi d'intérêt général : qu'arriverait-il si les jeunes médecins ne savaient reconnaître, dès le début, les cas de variole pour lesquels ils seront appelés? D'ailleurs, si l'on compare le nombre des varioleux provenant des divers hôpitaux, Cochin, Lariboisière, la Charité, qui ont été admis pendant le premier trimestre dans les services spéciaux, on voit qu'il n'est pas moindre, pour chaque hôpital, que celui des varioleux ayant contracté la maladie à l'hôpital Tenon; dans ce dernier établissement, les cas de variole développés à l'intérieur n'ont pas été plus fréquents dans le service général d'hommes, situé dans le même pavillon que les varioleux. D'un autre côté, il arrive assez fréquemment que des malades dirigés sur les services spéciaux de varioleux ne sont pas atteints de variole : ainsi, pendant le premier trimestre, trois malades envoyés à Tenon, comme varioleux, ont été reconnus atteints d'une roséole, ou d'une éruption sur la face due à l'huile de croton; ces individus ont été renvoyés dès le lendemain dans d'autres services, mais n'avaient-ils pas eu le temps de contracter la variole dans la salle où ils avaient séjourné vingt-quatre heures, et ne pouvaient-ils la communiquer dans les services où ils étaient transférés? Lorsque le diagnostic est encore incertain, l'embarras peut être grand : faut-il garder le malade, au risque de contaminer une salle de médecine, s'il a réellement la variole, ou le diriger sur un service spécial d'isolement, dans lequel il pourra contracter cette maladie s'il n'en est pas atteint. Il serait très nécessaire d'avoir une salle distincte, où les cas de ce genre seraient tenus en observation. Pour sa part, M. Rathery a exigé que tous les malades envoyés à Tenon avec le diagnostic de variole, fussent examinés de nouveau par l'interne de garde. Quant aux varioleux soignés dans les hôpitaux, la durée de l'isolement devrait être, au minimum, de quarante jours; or il est actuellement impossible de leur imposer un aussi long séjour dans les services spéciaux; en effet, presque tous les varioleux soignés par M. Rathery au moyen de la méthode éthéro-opiacée, préconisée par M. Du Castel, n'ont présenté qu'une période de suppuration courte et atténuée, si bien que, se croyant guéris, ils demandent à quitter l'hôpital au bout de vingt-cinq à trente jours, époque à laquelle ils sont encore dangereux pour la santé publique. La séquestration des aliénés, souvent bien moins dangereux, est une mesure légale; ne pourrait-on instituer, à l'égard des varioleux, capables de transmettre la maladie, un système de quarantaine? Ne serait-il pas très utile d'affecter à cette destination un pavillon d'isolement à l'asile de Vincennes? Ce pavillon existait, mais il a été supprimé. — M. Rathery insiste, en outre, sur la nécessité absolue de la *revaccination obligatoire* de tout le personnel médical ou administratif des services de varioleux, et déplore qu'il n'existe pas à la Maison Dubois, ou dans certains hôpitaux, des chambres pour les malades *payants* atteints de variole; un étranger qui contracte la variole à Paris ne peut être conservé dans l'hôtel qu'il habite, et n'a d'autre ressource que de se faire transporter dans les services de varioleux actuellement existants. M. Rathery formule en terminant les conclusions suivantes, émises sous forme de

vœu : 1° création de salles d'attente, annexées aux services des varioleux, pour tenir en observation les malades dont le diagnostic est encore incertain ; 2° ouverture d'un asile spécial de convalescence ; 3° revaccination obligatoire du personnel des services d'isolement ; 4° création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée.

M. *Lereboullet* rapporte qu'il y a deux ou trois ans, un étranger riche, atteint de variole à Paris, fut mis en demeure de quitter l'hôtel où il était descendu et ne put, pendant deux jours, trouver un autre logement ; il alla mourir à l'hôpital. A propos de la publication de ce fait, M. Bourneville écrivit à M. Lereboullet pour lui rappeler que, dans un rapport adressé au Conseil municipal, il avait réclamé la création d'un service spécial à la Maison Dubois. Malgré les conclusions très pressantes de ce rapport, les varioleux attendent encore.

M. *Lailler* fait remarquer que le vœu, antérieurement émis par la Commission d'hygiène, pour la création de *salles d'observations*, n'a pas jusqu'ici produit plus de résultats.

— M. *Du Cazal* donne lecture d'une note sur *le traitement de quelques complications de la dothiénentérie par les bains froids*. Il déclare tout d'abord qu'il n'a pas employé la méthode de Brand dont, à priori, il est peu partisan, croyant qu'un traitement systématique convient aux seules maladies spécifiques. Si l'on administre le bain froid à partir du quatrième ou du sixième jour, alors que le diagnostic est certain, ce n'est pas la méthode de Brand ; si l'on y a recours dès le premier jour, on traite par la réfrigération un grand nombre d'affections bénignes qui devront être ensuite défalquées de la statistique : de là des discussions interminables et stériles sur la valeur des chiffres publiés. M. Du Cazal ne considère pas le *bain froid* comme synonyme de la *réfrigération lente* préconisée par M. Dumontpallier : dans le bain froid ce n'est pas le *refroidissement* qui est efficace, c'est la perturbation nerveuse produite par l'impression du froid. Pour lui, les indications du bain froid, dans la fièvre typhoïde, se réduisent à trois principales : 1° la *bronchite*, qu'il considère comme une bronchite paralytique, très différente de la bronchite *a frigore*. On obtient, dans ce cas, des résultats excellents, sans doute par suite de l'action du froid sur les phénomènes d'innervation des voies respiratoires et en particulier des muscles de Reisseissen ; 2° l'*ataxie :* le délire et l'agitation disparaissent le plus souvent en vingt-quatre heures ; 3° l'*hyperthermie*, que M. Du Cazal, à l'exemple de son maître Hirtz, considère comme dangereuse par elle-même, lorsque la température dépasse 40 degrés et reste uniformément élevée. — Il administre le bain à la température de 18 degrés, et le prolonge jusqu'à l'apparition du frisson. Contre l'hyperthermie, on obtient les mêmes résultats avec la digitale à haute dose (1gr,50 de feuilles en infusion, jusqu'à symptômes d'intolérance), mais il faut de trois à cinq jours pour que l'effet attendu se produise, et cette médication n'est pas sans danger et oblige à une surveillance minutieuse. — M. Du Cazal place de nombreux tracés thermiques sous les yeux de la Société.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si M. Du Cazal regarde l'emploi de la digitale comme plus ou moins actif que celui du sulfate de quinine ou de l'acide salicylique. — Pour lui, il a retiré d'excellents effets des bains tièdes, à 32 ou 35 degrés, d'une durée de trois quarts d'heure à une heure.

M. *Du Cazal* préfère la digitale au sulfate de quinine et à l'acide salicylique ; il n'a, du reste, administré ce dernier médicament qu'à la dose de 2 grammes, et n'en a rien obtenu. Il n'a pas expérimenté les bains tièdes. La digitale à haute dose prédispose, à coup sûr, à la syncope ; cependant il n'a jamais observé d'accidents sérieux.

M. *Féréol* n'a retiré aucun résultat avantageux des bains tièdes. La céphalalgie, par exemple, persistait après le bain ou même augmentait notablement.

M. *Bucquoy* croit le bain tiède un excellent moyen de ramener le fonctionnement de la peau et la transpiration. Il attache peu d'importance à un abaissement thermique s'il ne s'accompagne pas d'un amendement de tous les autres symptômes.

M. *Martineau* rappelle que Trousseau employait le bain tiède dans un but identique.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit que c'est le meilleur moyen pour combattre l'ataxie. On peut certainement abaisser la température par d'autres procédés ; mais la fièvre typhoïde n'est pas seulement une *hyperthermie*, et les malades restent en danger et succombent en dépit de la réfrigération.

M. *Du Cazal* est entièrement de cet avis ; aussi ne préconise-t-il le bain froid que contre *certaines complications* de la dothiénentérie.

M. *C. Paul* croit que tout le monde est d'accord sur l'atténuation des accidents ataxiques par le bain froid ; mais la méthode de Brand, qui comporte 8 bains par jour, outre qu'elle est peu pratique, lui paraît d'une efficacité douteuse. Après un abaissement de 1 à 2 degrés en vingt-quatre heures, on n'obtient plus de descente dans la courbe thermique ; enfin on prive le malade de repos et de sommeil, ce qui a de graves inconvénients. D'ailleurs, le bain froid possède bien plutôt une action stimulante sur le système nerveux, qu'une action antithermique. Si l'on supprime, sur les courbes de température, la mention de chaque bain, il devient, dès lors, impossible de distinguer, à coup sûr, les tracés appartenant aux cas traités par les bains froids.

M. *Millard* demande si la méthode de Brand a été rigoureusement expérimentée dans les hôpitaux militaires, où l'on peut disposer d'un personnel suffisant.

M. *Du Cazal* ne pense pas qu'aucun essai sérieux ait été tenté.

M. *Tenneson* déclare qu'il n'institue aucune médication contre la dothiénentérie ; il se borne à l'expectation et aux prescriptions d'hygiène. Cependant il voit ses malades guérir, et les tracés thermiques sont identiques à ceux que présente M. Du Cazal. Il se demande si toutes ces courbes, attribuées à l'influence du bain froid, ne sont pas celles de la marche normale de la maladie.

M. *Du Cazal* ne s'est jamais borné à l'expectation ; il accepte comme normale la courbe classique de la fièvre typhoïde, et base son intervention sur les écarts constatés entre ce tracé et la température de ses malades.

M. *Dumontpallier* croit qu'il n'est pas un médecin qui consentirait à rester « l'arme au bras » en présence d'un cas grave de fièvre typhoïde.

M. *Tenneson* répond que c'est là cependant ce qu'il fait. Il se borne à des soins hygiéniques, à l'emploi de quelques toniques, mais n'a jamais recours à aucun médicament actif, à aucun traitement énergique et violent.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 MAI 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Ankyloglosse. — Présentation d'un appareil.

M. *Duplouy* (de Rochefort) lit une note sur la soudure complète de la langue au plancher de la bouche. Il s'agit d'une fille de deux mois et demi ayant une ectromélie de la

main droite. La lèvre et le maxillaire supérieurs sont bien conformés. Le maxillaire inférieur et toute la région sus-hyoïdienne ont subi un arrêt de développement. La langue, appliquée sur le plancher de la bouche, se continue en avant avec la muqueuse gingivale sans ligne de démarcation.

La succion est difficile; l'enfant ne peut être nourrie qu'à la cuiller, et souvent il survient des accès de suffocation. L'enfant est très chétive. Aussi, pour l'instant, M. Duplouy repousse l'intervention chirurgicale. Dans quelques mois, il se propose de libérer la langue au moyen du thermo-cautère.

M. *Lucas-Championnière* a vu un enfant qui avait de l'analogie avec la malade de M. Duplouy. La langue était soudée au plancher buccal; à l'aide de coups de ciseaux, il dégagea la pointe de la langue seulement, et cela suffit pour permettre la succion et la nutrition.

M. *Verneuil.* Il est possible qu'une petite opération suffise; mais, s'il faut avoir recours à une opération plus grave, il y a deux procédés qu'on peut employer : ou bien décoller la langue, la replier sur elle-même, dans le sens de la longueur, et suturer à la partie inférieure, car si l'on se contente d'un décollement, au bout d'un mois tout sera reproduit; ou bien on fera une langue plus courte en la repliant d'avant en arrière. Chez un enfant que M. *Trélat* a vu, il existait sous et autour de la langue de petits replis frangés; avec une pince et des ciseaux il incisa un de ces replis, et il fut étonné de rencontrer un vide; il n'eut qu'à sectionner tous ces replis pour libérer la langue.

M. *Després* conseille de passer sous la base de la langue un tube à drainage; on laisserait ce tube un certain temps, et on ferait ensuite l'opération conseillée par M. Verneuil, sans avoir à craindre le recollement angulaire.

M. *Sée* propose d'interposer entre la langue décollée et le plancher de la bouche un lambeau de muqueuse pris sur la face interne des joues.

M. *Tillaux.* L'enfant a deux mois; il est à craindre qu'il ne puisse supporter en ce moment une opération sérieuse; il faut attendre que l'enfant puisse résister, comme s'il s'agissait de l'opération du bec-de-lièvre.

M. *Duplouy.* La succion n'est, pour ainsi dire, pas possible; la santé de l'enfant est très compromise. Si l'on attend davantage, l'opération ne sera plus possible. M. Duplouy cherchera à voir si les adhérences sont intimes ou s'il y a un vide; s'il n'y a pas de vide, il se décidera pour une opération plus complète.

M. *Pozzi* a vu des enfants ayant la gueule-de-loup se nourrir très bien avec la cuiller; il faudrait essayer ce moyen.

M. *Farabeuf* propose la sonde œsophagienne.

M. *Verneuil.* Avec une sonde en caoutchouc rouge n° 18, on peut injecter du lait dans l'estomac des enfants qui ont la gueule-de-loup.

M. *Guéniot.* Ce n'est pas un moyen pratique pour nourrir un nouveau-né, car il faudrait pousser la sonde sept fois dans les vingt-quatre heures. M. Guéniot préfère la bouteille coiffée d'une longue tétine.

M. *Lannelongue.* On nourrit les enfants qui ont une gueule-de-loup par divers moyens qui réussissent. S'il s'agissait d'une période de quinze jours, pour remonter l'enfant avant l'opération, M. Lannelongue n'hésiterait pas à mettre une sonde à demeure pendant ces quinze jours.

M. *Verneuil.* L'introduction de la sonde n° 18 dans l'œsophage d'un jeune enfant est chose facile.

M. *Trélat.* Ce moyen est acceptable, mais a-t-il été essayé dans les six premiers mois de la vie?

— M. *Robin* (de Lyon) présente un appareil destiné à redresser les ankyloses du genou. C'est une modification de l'appareil destiné au redressement du genu valgum, et présente l'au dernier à la Société de chirurgie.

— M. *Polaillon* présente une pièce. C'est la troisième phalange de l'index gauche arrachée avec le tendon du fléchisseur profond.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Bactériens dans le liquide péritonéal : M. Nepveu. — Rapport de la tuberculose zooglœique et de la tuberculose bacillaire : MM. Malassez et Vignal. — Nerfs sensibles du cœur; effets « presseurs » opposés aux effets « dépresseurs » connus : M. François-Franck. — Anesthésie par le chloroforme : M. P. Bert. — Réfrigération des animaux et production de chaleur : M. P. Bert. — Remarques : M. Brown-Séquard.

M. *Nepveu* a signalé en 1873 la fréquence des « bactériens » dans le liquide du sac des hernies étranglées, sans perforation ou lésion visible de la paroi intestinale : ces éléments n'avaient pas été introduits du dehors, comme on s'en est assuré en prenant pour les recueillir les précautions voulues.

Tout récemment, dans le liquide péritonéal d'un malade auquel M. Verneuil pratiquait un anus contre nature, ainsi que dans le sang fourni par un vaisseau de l'intestin, M. Nepveu a trouvé aussi des bactériens variés : micrococcus, microbactéries simples ou associés. Tous ces éléments provenaient, comme dans le premier cas, de la cavité intestinale. L'auteur attribue la mort à une péritonite par septicémie latente, de provenance bactérienne.

— MM. *Malassez* et *Vignal* avaient admis, à la suite de plusieurs séries successives de cultures et d'inoculations, une forme de tuberculose non bacillaire, caractérisée par la présence d'organismes différents des bacilles de Koch, par des masses zooglœiques. Or ils viennent d'arriver, en continuant l'examen des séries d'animaux inoculés, à trouver des bacilles, en petite quantité, il est vrai, mais dont la présence suffit pour remettre en question tout ce côté du problème. Ils se demandent si leurs masses zooglœiques et les bacilles de Koch ne sont pas des états de développement divers d'un même micro-organisme, ou bien si, dans les deux séries, il ne s'est pas produit une infection bacillaire se surajoutant à l'infection zooglœique primitive.

— M. *François-Franck* insiste, à propos des phénomènes de réaction vaso-motrice dont il a parlé dans sa précédente communication (2 juin 1873) relative à l'insuffisance aortique expérimentale, sur les *effets réflexes produits par les irritations des nerfs sensibles du cœur.*

Il rappelle d'abord la donnée courante des effets *dépresseurs* (ralentissement du cœur et dilatation vasculaire), qui sont connus depuis les recherches de Ludwig et Cyon (1866-1867). Il ajoute qu'à côté de ces phénomènes réactionnels bien évidents, se produisant comme moyen de diminution de travail du cœur dans les surcharges cardiaques, il y a une autre série exactement inverse, caractérisée par des réactions vaso-constrictives et excito-cardiaques; il propose d'appeler cette nouvelle catégorie *effets presseurs*, par opposition aux *effets dépresseurs* de certaines irritations de l'endocarde.

La réaction vasculaire constrictive se démontre par l'élévation graduelle de la pression générale qui fait suite aux irritations brusques de la paroi interne de l'aorte, des valvules sigmoïdes, de l'endocarde ventriculaire, dans les expériences où l'on introduit un valvulotome pour faire la section des sigmoïdes aortiques. Mais des recherches spéciales sur l'état des vaisseaux de différents organes mettent beaucoup mieux le fait en évidence : en enfermant le rein, par exemple, dans un appareil à changements de volume, on voit les irritations

aortico-cardiaques s'accompagner d'une diminution du volume de l'organe par resserrement vasculaire. Il suit de là que l'élévation générale de la pression ne peut pas être attribuée à l'accélération du cœur, phénomène concomitant, mais tout à fait indépendant.

Cette accélération cardiaque résulte elle-même d'un réflexe spécial, et n'est liée à l'élévation de pression ni par un rapport de dépendance, ni par un rapport de cause à effet. On peut l'isoler du phénomène vasculaire en empêchant ce dernier de se produire par la section de la moelle et des splanchniques.

Il s'agit donc ici de réactions simultanées, indépendantes, produites dans l'appareil accélérateur du cœur et dans l'appareil vaso-constricteur, sous l'influence d'irritations endocardiaques; en d'autres termes, à côté du système sensitif cardiaque découvert par Ludwig et Cyon, et qui produit des réactions dépressives, il y a lieu d'admettre un système sensitif cardiaque provoquant des réactions inverses, l'accélération du cœur et le resserrement des vaisseaux, phénomènes qui se produisent parallèlement, et dont l'indépendance réciproque est établie.

M. François-Franck reviendra, du reste, sur d'autres points de l'innervation sensitive du cœur et sur les applications théoriques qu'on peut faire de ces données nouvelles.

— M. *P. Bert* a montré précédemment qu'un mélange de 10 grammes de chloroforme avec 100 litres d'air en inhalations trachéales, chez le chien, produit au bout de cinq minutes une anesthésie suffisante et assez prolongée pour les opérations. Les mêmes effets sont obtenus avec 12 grammes de chloroforme mélangés à 100 litres d'air; mais les phénomènes d'intoxication peuvent se produire assez vite, au bout d'une heure et demie d'anesthésie. Pour se mettre à l'abri de ces accidents secondaires, tout en maintenant l'anesthésie, M. Bert a essayé de prolonger l'action des fortes doses du début, en administrant ensuite des doses moindres, 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air. Il est arrivé ainsi au but qu'il poursuivait, les animaux supportant pendant trois heures une anesthésie assez profonde pour toutes les opérations.

Il a ainsi régularisé le procédé qu'on emploie ordinairement pour les opérations de longue durée.

— M. *P. Bert*, revenant sur les recherches relatives à la réfrigération rapide des animaux, montre par des recherches comparatives sur la teneur de l'air expiré en acide carbonique aux différentes phases du refroidissement, que les animaux fabriquent le maximum de chaleur au début de la réfrigération : c'est précisément pendant cette période que la chute de la température profonde se produit avec son maximum de rapidité.

— M. *Brown-Séquard* rappelle à ce propos ses expériences sur la température comparée des animaux refroidis après avoir subi l'hémisection de la moelle, tués par asphyxie ou réchauffés après leur mort et abandonnés au refroidissement. Ceux dont le refroidissement était le plus rapide étaient les animaux vivants; venaient ensuite les asphyxiés; enfin les animaux réchauffés après leur mort perdaient le plus lentement leur température.

REVUE DES JOURNAUX

Endocardite aiguë circonscrite aux cavités droites du cœur, par M. Colominthe.

L'auteur, dans ce mémoire, décrit cinq cas d'endocardite aiguë de la tricuspide et constate que, souvent, cette lésion est localisée à cette valvule ou aux sigmoïdes pulmonaires. Elle se rencontre à tous les âges et peut même donner naissance à des végétations dans la cavité de l'auricule de l'oreillette droite. Les végétations sont constituées par du tissu embryonnaire, dont les éléments sont en grande partie en état de dégénérescence graisseuse. Elles deviennent souvent l'origine d'embolies pulmonaires. (*London Med. Record*, 15 janvier 1883.)

Du traitement de l'érysipèle par les injections sous-cutanées de résorcine, par M. Roguscu.

L'auteur pratique des injections sur le pourtour de la zone érysipélateuse, à des intervalles d'un demi-centimètre, avec une solution à 5 pour 100 de résorcine. Dans les cas observés l'inflammation a été limitée aux régions envahies; la température tombait rapidement et ce traitement, exclusivement employé, ne donnait lieu à aucun inconvénient. (*London Medical Record*, 15 janvier 1883.)

Le bacillus de la fièvre scarlatine, par M. Crooke.

Dans cinq cas de fièvre scarlatine, l'auteur a découvert des micro-organismes spéciaux dans le mucus nasal et une exsudation séro-purulente provenant des adénites cervicales. Ces bactéries ont la forme de filaments analogues ou leptothrix, leur longueur est de 0,01 à 0,001 μ et leur largeur de 0,0025 μ. Ils sont légèrement recourbés et présentent parfois des lignes de segmentation. D'autres corps les accompagnent et paraissent être des spores. (*The Lancet*, p. 357, mars 1883.)

De l'hémoptysie endémique, par M. le docteur Manson (de Amoy, Chine).

De même que l'hématurie endémique, cette hémoptysie est causée par un parasite du genre distoma. Elle consiste dans l'expectoration, à intervalles plus ou moins éloignés, de crachats sanglants, contenant les œufs du parasite. Cette maladie est commune à Formose. Le traitement consiste dans des inhalations de quassia, de kousso ou de santonine. Ce parasite est le distoma de Ringer. (*The Lancet*, mars 1883, p. 437.)

Du traitement de la diphthérie par la pilocarpine, par M. le docteur B. Sirtori.

Employer à hautes doses la pilocarpine cause une grande dépression surtout chez les enfants; mais, malgré cet inconvénient, son pouvoir sialagogue a l'avantage de provoquer un flux salivaire abondant et le détachement des fausses membranes. Les effets de ce médicament sont moins heureux dans les autres laryngites exsudatives. Dans la diphthérie, le docteur Sirtori complète le traitement par l'administration de la quinine et du salicylate de soude, et par des pulvérisations de liquides désinfectants ou altérants, tels que le chlorate de potasse. Consécutivement à cette médication, les troubles de la déglutition et de la phonation paraissent être plus fréquents. (*Gazz. Med. Ital. Lomb.*, 3-22 mars 1883.)

Contribution à la chirurgie du foie, par M. le docteur Ransohoff (de l'Ohio).

Dans la dernière réunion de l'Association des médecins américains, le docteur Ransohoff a fait connaître les résultats de deux opérations pratiquées sur le foie.

La première était un cas de cholélitectomie, dans lequel il retira plusieurs calculs de la vésicule biliaire. Il s'était assuré, par une ponction exploratrice préalable, de la position de ces calculs, qui obstruaient l'orifice de cette vésicule.

Le deuxième cas était un abcès du foie, que des ponctions

aspiratrices n'avaient pu améliorer et qui fut opéré avec le thermo-cautère. L'incision comprenait la paroi abdominale et le foie sur un demi-pouce d'épaisseur. Elle fut opérée sans effusion de sang. Le lavage du foyer ayant été pratiqué pendant six ou huit heures chaque jour, avec l'eau pure et sans addition d'acide phénique, on put constater, au moyen d'un miroir laryngoscopique, la présence de larges lambeaux qui furent extraits avec les pinces. La guérison fut complète. (*N. York med. News*, 1er juillet 1882.)

Travaux à consulter.

Traitement des pseudarthroses, par Schede. — Il emploie des clous d'acier doré, de 5 centimètres de long sur 2 millimètres de large, qu'il enfonce dans les os et la substance intermédiaire, et qu'il enlève au bout de quinze jours. En variant le chiffre de clous que l'on emploie jusqu'à 10, 12 en une fois, et en répétant un nombre de fois variable l'opération, on arrive à doser *ad libitum* l'irritation nécessaire. Les cinq malades traités ont guéri. (*Cent. für Chir.*, n° 29, *Supp.*, 1882.)

Thérapeutique de la fièvre puerpérale, par M. Fischel. — Les faits observés à la clinique obstétricale de Prague semblent démontrer que l'on ne doit employer qu'avec une extrême prudence les lavages antiseptiques de l'utérus. C'est du côté des organes génitaux externes que doit se diriger l'attention de l'accoucheur. Les érosions du vagin et de la vulve sont bien plus fréquemment le point de départ de l'intoxication septique que la plaie utérine. En tout cas, se contenter d'un lavage. Fischel emploie la teinture d'iode, le permanganate de potasse et l'acide phénique (5 pour 100). (*Arch. für Gynæk.*, t. XX.)

Du cœur gras, par M. E. Leyden.— L'auteur distingue : 1° la forme la plus fréquente et la plus légère, où le malaise dépend de la polysarcie, le muscle restant normal et fonctionnant bien; 2° les formes graves caractérisées par la dyspnée, l'asthme cardiaque, l'angine de poitrine, la faiblesse du cœur, l'hydropisie. Ces phénomènes dépendent :

a) D'une simple faiblesse du muscle cardiaque à la suite d'influences déprimantes, avec dilatation du ventricule gauche.

b) D'une artériosclérose surtout de l'aorte et des artères coronaires. — Le pronostic de cette seconde forme est grave, le diagnostic difficile. Distinguer les cas d'artériosclérose de ceux de polysarcie simple avec faiblesse du cœur n'est pas toujours possible : on tiendra compte pour cela de l'âge du patient et de l'état des artères. (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. V.)

Recherches sur la canalisation, par M. F. Soyka. — Recherches sur la circulation de l'air dans le système des égouts de Munich. L'auteur a trouvé des résultats extrêmement contradictoires. Toutefois il estime que l'influence de la température a été très exagérée et que le courant des liquides de l'égout entraîne une partie de la masse atmosphérique, comme l'avait indiqué Roszahegyi. Si les water-closets deviennent parfois insuffisants, cela tient uniquement à des défauts de construction. (*Zeitsch. für Biologie*, t. XVIII.)

BIBLIOGRAPHIE

Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie au point de vue de l'hygiène, par le docteur Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine. — In-18 de 310 pages, 1883, J.-B. Baillière.

Dans ce volume, M. le docteur Gautier a résumé divers mémoires antérieurement publiés sur le même sujet. Il a joint à ses recherches personnelles un examen critique des travaux qui ont paru sur cette matière tant en France qu'à l'étranger, de façon à nous offrir une étude complète de la question.

Après avoir longtemps considéré le cuivre et ses composés comme un des poisons les plus violents, on en était presque arrivé, depuis le travail de M. le docteur Galippe publié en 1875, à regarder comme inoffensifs les composés cupriques, Il y a là une évidente exagération. Les sels de cuivre, l'acétate en particulier, ingérés à haute dose, 20 à 30 grammes, déterminent des accidents mortels dans lesquels aux symptômes d'une violente inflammation gastro-intestinale se joignent ceux d'une action dépressive profonde exercée sur les centres nerveux et le système musculaire, et celui du cœur en particulier. Mais à ces doses élevées et même à des doses beaucoup moindres, les composés cupriques communiquent aux aliments avec lesquels ils se trouvent mélangés un aspect et surtout une saveur qui rend toute erreur impossible. Ce n'est que volontairement qu'on peut en ingérer la quantité nécessaire pour déterminer des accidents sérieux.

Quand les sels de cuivre sont absorbés à des doses assez faibles pour que leur goût nauséeux ne soit plus sensible, il paraît aujourd'hui prouvé que leur ingestion n'est pas dangereuse. Depuis longtemps le cuivre et ses préparations ont été introduits en thérapeutique. M. Galippe a pu faire absorber progressivement à des chiens des doses assez élevées de différents sels de cuivre sans produire des accidents sérieux. M. Burcq a établi qu'un homme en santé tolérait pendant plusieurs semaines 10 à 30 centigrammes de sels cupriques. M. Gautier mentionne ces différentes expériences. Analysant par les procédés les plus exacts la quantité de sel de cuivre contenue dans certaines conserves, il a vu qu'on pouvait trouver dans ces aliments jusqu'à 125 milligrammes de cuivre métallique par kilogramme, poids correspondant à 308 milligrammes de couperose verte, sans que les consommateurs fussent le moins du monde incommodés.

Sarzeau (1828) et, depuis, Devergie et Orfila ont montré que le cuivre existe à l'état normal dans presque tous nos organes et qu'il y est, selon toute apparence, introduit par l'alimentation végétale. On peut, d'après M. Gautier, évaluer à *un milligramme* la quantité minimum de cuivre métallique que nous absorbons chaque jour. Suivant la nature des aliments cette quantité peut s'élever jusqu'à 7 milligrammes sans que la santé en souffre aucunement. La moyenne quotidienne serait de 4 à 5 milligrammes.

Après une étude très complète des différentes préparations alimentaires dans lesquelles le cuivre entre en proportion notable et de l'hygiène des professions qui exposent au maniement constant des préparations cupriques, M. Gautier examine la question de l'influence préservatrice du cuivre dans certaines maladies. MM. Pécholier et Saint-Pierre avaient établi par leurs observations que les ouvrières en verdet du midi de la France étaient garanties de la chlorose et pouvaient même en guérir quand elles en étaient préalablement affectées.

On sait que, d'après M. Burcq, le maniement quotidien du cuivre préserverait du choléra et de la fièvre typhoïde.

L'enquête, qu'il a faite à ce sujet et dont les résultats ont été contrôlés en 1869 par M. le docteur Vernois, établirait que les décès par le choléra sont 15 à 25 fois moins nombreux chez les ouvriers qui manient le cuivre que chez les ouvriers des autres métiers vivant dans des conditions hygiéniques analogues. Le même auteur a récemment appuyé son opinion sur les résultats d'une nouvelle enquête. M. Gautier accepte ces résultats.

Quant à l'action préservatrice du cuivre dans les autres maladies infectieuses : la fièvre typhoïde en particulier, la preuve n'en est point faite et il convient de laisser à l'auteur toute la responsabilité de son opinion.

La deuxième partie du livre de M. Gautier, la plus étendue de beaucoup, concerne l'étude hygiénique du plomb et de ses préparations.

La nocuité du plomb n'a jamais été contestée. Tandis qu'il s'agissait pour le cuivre de combattre les idées exagérées généralement admises sur les dangers de ses préparations, M. Gautier s'attache au contraire à démontrer que l'ingestion habituelle des plus minimes quantités de plomb est beaucoup plus redoutable qu'on ne le croit habituellement. Ces

préparations, toutes vénéneuses, s'introduisent par toutes les voies dans nos organes qui les éliminent difficilement. Leurs effets sont tout d'abord latents, se confondent avec ceux qui résultent de beaucoup d'autres agents ambiants, s'accumulent en quelque sorte et ne se traduisent par des symptômes propres et caractéristiques qu'après une action prolongée.

En dehors des grandes causes professionnelles ou autres de l'intoxication saturnine, les circonstances dans lesquelles le plomb peut s'introduire dans les organes sont des plus multipliées et la liste en est aussi longue qu'intéressante.

M. Gautier, après avoir exposé la méthode particulière qu'il applique à la recherche du plomb dans les matières suspectes, consacre un chapitre important à la constatation de la présence du métal dans les aliments et principalement dans les conserves, où il est introduit par les alliages qui servent à la soudure des boîtes.

Faibles dans les conserves de légumes, les doses de plomb sont beaucoup plus fortes avec les aliments gras et spécialement avec les poissons conservés à l'huile. L'huile de ces conserves en retient surtout des quantités considérables (62 centigrammes d'oléate de plomb par kilogramme d'huile), cette quantité étant d'autant plus grande que les conserves ont vieilli davantage.

Il importe donc de diminuer autant que possible les surfaces de soudure et de ne pas user sans quelques précautions des vieilles conserves riches en corps gras.

Les eaux potables, quand elles ont longtemps séjourné dans des réservoirs de plomb, peuvent devenir d'autant plus nuisibles qu'elles sont originairement plus pures. En 1849, au château de Claremont en Angleterre, résidence de la famille d'Orléans, des eaux de source reçues dans une citerne de plomb déterminèrent des accidents sérieux. Elles ne contenaient pas moins de 14 milligrammes de plomb par litre. Quand les eaux ne font que traverser rapidement et à plein canal les conduites de plomb, elles ne contiennent que des proportions de métal insignifiantes. C'est le cas des eaux qui sont distribuées à Paris dans nos maisons.

L'eau de Seltz en siphons contribue à l'absorption journalière du plomb par l'alimentation. Le plomb contenu dans ces siphons est plus considérable quand on les conserve couchés; la proportion du métal peut être alors assez élevée pour devenir nuisible.

La pratique de l'étamage introduit journellement dans notre régime alimentaire une notable quantité de plomb. Cette pratique est plus dangereuse qu'utile et les accidents attribués à l'étamage incomplet des ustensiles de cuisine et mis à la charge des sels de cuivre, dépendent le plus habituellement du plomb lui-même qui recouvre ces ustensiles.

La fin de l'ouvrage est consacrée à l'étude du plomb au point de vue industriel. M. Gautier passe en revue toutes les industries qui peuvent donner lieu à l'intoxication saturnine et entre à ce sujet dans tous les détails pratiques nécessaires. D'après lui, on peut réduire dans une proportion considérable les cas d'empoisonnement en renonçant à l'emploi de la céruse en poudre dans tous les cas où elle peut être remplacée par d'autres sels : le blanc de zinc en particulier. Quant aux précautions qu'on doit recommander aux travailleurs, elles se résument en quelques conseils faciles à suivre. Les ouvriers devront avant tout éviter les excès alcooliques et recourir à une alimentation substantielle où le lait figure en proportion notable et dont on écartera les mets acidulés. La propreté des vêtements, les lavages répétés ont une importance de premier ordre. Les bains sulfureux doivent être pris au moins une fois par semaine. L'emploi de l'iodure de potassium est recommandé, surtout au début des accidents. Les doses doivent être modérées (0^{gr},6 à 1 gramme par jour) et le médicament administré d'une façon intermittente. Après une rechute, l'ouvrier devra renoncer à sa profession.

Ces principes divers sont résumés dans une instruction qu'il serait utile de faire figurer dans tous les ateliers où l'on se livre à la manipulation du plomb ou de ses composés.

B.

Les hystériques. État physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8°. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1883.

Ce n'est pas sans raison qu'on a comparé l'hystérie à un protée qui prend plaisir à se présenter sous mille formes différentes, caractère qui rend d'ailleurs peu aisée la tâche de présenter un tableau exact et complet de cette maladie. M. Legrand du Saulle n'a pas reculé devant la difficulté et, quoiqu'il eût surtout pour but, dans le livre qu'il vient de publier, de donner une clinique médico-légale des hystériques, il a jugé utile de donner une description étendue de l'état physique sur lequel viennent en quelque sorte se greffer les troubles intellectuels et moraux.

Grâce aux travaux de l'École de la Salpêtrière, l'étude des manifestations somatiques de l'hystérie est aujourd'hui suffisamment approfondie. Le difficile est moins de trouver du nouveau que de coordonner d'une manière systématique tout ce qui a été publié. M. Legrand du Saulle a entrepris ce travail et il a réussi à condenser en deux cents pages d'une lecture facile tout ce que la science connaît sur les troubles de la sensibilité, de la motilité, de la circulation, des sécrétions et des exhalations, etc., sans oublier les phénomènes si curieux d'hypnotisme sous leurs différentes formes (états léthargique, somnambulique, cataleptique, etc.).

Mais la partie vraiment originale de l'œuvre que nous analysons commence à l'étude des manifestations intellectuelles de l'hystérie. Ici il y a lieu d'établir des distinctions; car la névrose peut modifier l'état psychique de bien des manières différentes, depuis les simples changements de caractère jusqu'à la folie proprement dite. M. Legrand du Saulle admet quatre degrés dans ces troubles intellectuels :

« Chez les malades du premier degré, l'hystérie est légère, les facultés affectives sont un peu diminuées, mais non encore profondément troublées; c'est du *nervosisme* plutôt que de l'hystérie proprement dite.

» Au degré suivant, le trouble est plus prononcé, la façon de percevoir les impressions du dehors et de réagir contre elles trahit une équilibration vicieuse des facultés, une perturbation déjà profonde du caractère, du moi pensant, et surtout du moi sentant.....

» Un pas de plus, et c'est déjà l'hystérie grave, l'hystérie avec impulsions irrésistibles, parfois avec hallucinations passagères, dans tous les cas avec dérangement des facultés. La malade est conduite aux actes les plus étranges et les plus audacieux, aux accusations les plus odieuses, aux dénonciations les plus fausses.

» Le quatrième degré enfin constitue la folie hystérique. » (P. 200.)

L'auteur décrit ces divers degrés de l'état mental des hystériques avec observations curieuses à l'appui. Il consacre au dernier un chapitre spécial, cette question de la folie hystérique méritant, en effet, d'être traitée d'une façon distincte.

Un premier point à éclaircir, c'est de savoir si, lorsqu'il se développe sur un terrain hystérique un accès de folie, celui-ci présente des caractères particuliers ; en un mot, la manie, la mélancolie, les délires partiels, se manifestent-ils avec des symptômes bien distincts chez les hystériques? Pour la majorité des médecins aliénistes, cela ne fait aucun doute ; néanmoins — et le chapitre consacré à cette question par M. Legrand du Saulle en est une preuve — la question est loin d'être encore complètement élucidée. Les hallucinations de la vue, analogues à celles observées dans les délires

toxiques, les impulsions irrésistibles, les tendances au suicide avec ses caractères de soudaineté, quelques dispositions érotiques passagères, le délire religieux, tels sont les principaux signes permettant de soupçonner le *dessous* hystérique de la folie. Mais il y a lieu d'étudier aussi les caractères spéciaux que peuvent présenter les délires partiels chez les hystériques. Que deviennent, par exemple, le délire de persécution et le délire hypochondriaque chez ces malades? Il y a là bien des points sur lesquels la clinique des maladies mentales n'a pas encore dit le dernier mot.

Nous arrivons à la partie de l'ouvrage consacrée à la clinique médico-légale de l'hystérie. Là l'auteur se trouve sur son véritable terrain. Les actes commis par les hystériques présentent des caractères bien divers, depuis les simples excentricités jusqu'aux crimes. M. Legrand du Saulle les divise en trois grands groupes, qui sont: 1° les actes insolites; 2° les actes délictueux; 3° les actes criminels.

Dans le premier, se rangent les exemples d'excentricités, de mensonges, de mystifications, de supercheries, de simulations, etc., tous actes qui constituent pour ainsi dire la vie quotidienne des hystériques. — Les actes délictueux comprennent les vols, les abus de confiance, les fausses imputations ou accusations dommageables dirigées contre autrui. A propos des vols des hystériques, l'auteur parle des vols dans les grands magasins; c'est là un de ces sujets que notre regretté maître, le professeur Lasègue, avait déjà traité avec cette sagacité clinique et cette perspicacité dans les questions psychologiques qui caractérisaient son éminent esprit. M. Legrand du Saulle le reprend à son tour et lui donne tous les développements qu'il comporte. — Sous le titre d'actes criminels, se trouvent groupés les rapts d'enfants, les attentats aux mœurs, les incendies, les impulsions homicides, les menaces de mort, les empoisonnements, les infanticides.

On voit par cette simple énumération à combien de questions peut avoir à répondre le médecin légiste, lorsqu'il s'agit d'hystériques; mais il faut lire les observations données par l'auteur à l'appui de ses descriptions, pour se rendre compte des difficultés qui se présentent le plus souvent au médecin pour l'appréciation exacte des faits qui lui sont soumis. La ruse et la dissimulation ne sont pas les moindres défauts des hystériques, comme on le sait, et c'est contre eux qu'on a à lutter pour faire ressortir la vérité.

Un paragraphe de cet important chapitre est consacré à l'étude du degré de responsabilité des hystériques. Sur ce point, l'auteur — et nous sommes absolument de son avis — enseigne qu'il n'existe point de règles générales; chaque cas, en effet, doit être analysé d'une façon spéciale, et de cette analyse seule on pourra conclure s'il y a responsabilité complète, ou responsabilité atténuée, ou bien irresponsabilité.

Cette clinique médico-légale serait incomplète si des questions telles que la séparation de corps, la garde des enfants, le divorce, la nullité du mariage avaient été omises. M. Legrand du Saulle les a traitées avec tout le soin qu'elles méritent. L'ouvrage se termine par deux chapitres qui traitent, l'un de la marche, du diagnostic, etc., l'autre du traitement de l'hystérie. Enfin, comme par le fait d'une erreur généralement accréditée, on confond les hystériques avec les nymphomanes, l'auteur a jugé utile d'ajouter à son livre un appendice consacré à la description de la nymphomanie et qui permet de faire la distinction entre les deux affections.

En résumé, la nouvelle œuvre de M. Legrand du Saulle, par le nombre de faits intéressants qu'elle renferme, par la clarté du style, mérite de prendre place dans la bibliothèque du médecin praticien, qui y trouvera la solution de bien des cas difficiles de sa clientèle d'hystériques.

Dr Ant. Ritti.

Index bibliographique.

Vingt-cinq ans de chirurgie dans un hôpital de petite ville et a la campagne, par le docteur Coutaret. 1 vol. in-8°. — Paris, G. Masson.

La *petite ville* désignée dans ce titre est Roanne, qui ne compte pas 20000 habitants. On lui en donnerait davantage à lire l'ouvrage où M. Coutaret apporte d'intéressants documents à un très grand nombre de questions chirurgicales, dont la plupart d'une haute importance. On ne peut s'empêcher en le lisant de songer à l'énorme quantité de forces intellectuelles et d'enseignement scientifique ou clinique qui se perd dans les hôpitaux de province par la négligence des médecins ou des chirurgiens, découragés peut-être, il faut bien le dire, par le peu d'écho que leur voix produirait dans le bruyant tumulte des grandes villes et surtout de Paris. Il faut reconnaître pourtant que des efforts de décentralisation, en cette matière comme en beaucoup d'autres, se manifestent fréquemment; la multiplication des journaux et des Sociétés de médecine en est le témoignage, en même temps que le moyen; mais, dans les petites localités même, peu d'observateurs se hasardent à réunir sous la forme du livre le résultat de leurs études. C'est qu'il leur manque ce qu'a trouvé M. Coutaret : un éditeur dans un grand centre scientifique.

Dans l'impossibilité de passer en revue tous les sujets abordés par l'auteur, nous voulons au moins les signaler. Ils concernent la salubrité des hôpitaux, l'encombrement, le pansement antiseptique, les foulures, les corps étrangers, la cystite rhumatismale, les *efforts*, la phlébite. Mais nous appelons spécialement l'attention sur le chapitre original qui a pour titre de l'*Entasis*. M. Coutaret donne ce nom à ce qu'on appelle vulgairement l'effort (ἔντασις, effort en dedans), et le nom d'*entasiques* aux affections produites par cette cause. Or il admet des entasis *musculaire*, *cérébro-spinal* et *splanchnique*. Le premier est connu; c'est le coup de fouet, ou le lumbago traumatique, ou des efforts musculaires de même origine au cou, à l'épaule, à la main (l'auteur leur attribue la production de kystes synoviaux). La seconde espèce est moins aisée à définir. Un jeune homme de quatorze ans, dans une séance de gymnastique, monte une échelle, barreau par barreau, à la force du poignet. Au dernier échelon, il lâche prise et tombe. *L'anéantissement musculaire* est général et absolu, l'enfant ne peut se tenir sur les jambes et ne presse que faiblement la main qu'on lui tend. *Pendant toute l'année*, il fut dans l'impossibilité de reprendre les exercices de force. Le corps en tombant n'avait porté que sur le côté droit. Il se produit, dans ce cas, comme une parésie générale du système nerveux moteur. Quant à l'entasis splanchnique avec *dyspepsie entasique*, elle paraîtra, à première vue, moins évidente. Cependant la description que l'auteur fait de ce syndrôme répond à une réalité clinique. A la suite d'un travail qui a nécessité un grand effort de puissance musculaire du tronc, y compris le diaphragme, certains sujets restent faibles et incapables de travail, ressentent des douleurs derrière le sternum, à la ceinture, dans les hypochondres, et finissent par perdre l'appétit. Tout le monde a pu rencontrer de ces cas. M. Coutaret ajoute que, à la palpation, on découvre des points de sensibilité : 1° au creux de l'estomac; 2° à la région qui correspond en arrière et au-dessous du petit lobe du foie; 3° « à celle qui se trouve précisément entre la courbure cardiaque de l'estomac d'un côté, le cœur, la rate et le pancréas de l'autre ». L'auteur rapproche cette affection de la déchirure des attaches rénales et des décollements du péritoine qu'on observe chez les bêtes de trait.

Étude sur les granulations de Pacchioni, par le docteur Ch. Labbé, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris. Broch. in-8°. — Paris, 1882. O. Doin.

Voici un excellent travail sur un des sujets les plus vulgaires, mais aussi les moins étudiés, de l'anatomie et de la pathologie. Qu'est-ce donc que ces *corpuscules*, ces *granulations*, ces *glandes* dites de Pacchioni? Quoiqu'on soit assez d'accord sur leur nature, on ne sait pas bien où elles siègent, à quelle membrane encéphalique elles appartiennent, comment elles prennent naissance. Pour M. Faivre, ces granulations siègent primitivement dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et le liquide céphalo-rachidien les produit ou en détermine la production : ce sont des produits de sécrétion, de dépôt qui se forment avant l'âge. MM. Key et Retzius les font naître, comme Cruveilhier, dans le tissu sous-arachnoïdien,

parce qu'une injection poussée sous l'arachnoïde les distend, vient sourdre à leur surface, et, traversant l'endothélium de la face interne de la dure-mère, se déverse finalement dans les sinus. M. Labbé, par des recherches très précises, aidé d'arguments judicieux contre les théories de ses prédécesseurs, arrive à cette conclusion que les granulations de Pacchioni ont leur point de départ, non dans l'arachnoïde, mais dans la dure-mère, et plus spécialement dans l'intérieur de ces sacs sanguins de dérivation, formés par un dédoublement de la dure-mère, qu'on rencontre principalement de chaque côté du sinus longitudinal supérieur, et qui, préexistant aux corpuscules, ne peuvent être l'effet de leur formation dans la membrane. Quant à leur nature, l'auteur pense qu'ils ont pour point de départ des dépôts fibrineux rendus faciles dans une ampoule où la circulation est peu active; ces dépôts détermineraient ensuite un travail irritatif, duquel naîtraient directement des granulations de nature conjonctive, s'infiltrant plus tard de sels calcaires. Il existe, il est vrai, des amas de corpuscules indépendants des lacs de dérivation; mais, en y regardant de près, on constate au-dessous de ces amas des faisceaux entre-croisés de tissu conjonctif, d'où l'on peut induire qu'on est en présence de dilatations oblitérées par le développement progressif des granulations. « En poussant, du reste, une injection solidifiable dans le sinus longitudinal supérieur, on peut toujours retrouver la communication primitive de l'ampoule veineuse avec le sinus. »

Là ne se limite pas le mémoire de M. Ch. Labbé. On y trouvera, en outre, deux chapitres fort intéressants relatifs, l'un à l'action des lacs sanguins et des granulations sur les os du crâne (usure et quelquefois perforation), l'autre sur le rôle des corpuscules et des lacs en pathologie. Enfin ce mémoire contient une sorte d'*annexe* sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne.

Le texte est accompagné de six planches explicatives.

La fièvre typhoïde et les bains froids a Lyon. — Étude générale de la méthode de Brand, par M. le docteur Edm. Chapuis, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce n'est pas un travail de statistique destiné à établir le chiffre de la mortalité dans la fièvre typhoïde traitée par la méthode de Brand, mais une consciencieuse étude de cette méthode elle-même, de ses effets sur l'évolution de la maladie, de l'influence du bain froid sur la température des typhoïdiques. Il faut distinguer le *traitement hâtif* ou d'emblée, institué au plus tard le dixième jour, et le *traitement retardé*, c'est-à-dire celui qui n'est mis en œuvre que du quinzième au vingtième jour, soit que les malades se présentent seulement alors à l'observation, soit que la fièvre, jusque-là bénigne, ait brusquement pris une allure grave; en effet, le traitement par les bains froids donne des résultats différents, suivant l'époque à laquelle la réfrigération aura été commencée. C'est dans le traitement hâtif que l'on observe constamment des modifications de la température, témoignant d'une défervescence progressive. L'auteur a établi des courbes de température moyenne, d'avant et d'après le bain, en additionnant toutes les températures de la même journée et en divisant le total par le nombre des notations. Il fait voir que ces courbes suivent une marche décroissante et sensiblement parallèle lorsque les bains sont administrés toutes les trois heures; si bien que la température maxima du premier jour du traitement peut être considérée comme une température extrême qui ne sera plus atteinte. Sous l'influence de ce traitement les symptômes d'ataxie disparaissent rapidement, l'appétit est conservé, la convalescence est rapide et n'est jamais accompagnée d'accidents nerveux. Il faut d'ailleurs alimenter les malades pendant toute la durée du traitement. La durée totale du cycle fébrile n'est du reste aucunement abrégée. Dans le traitement retardé, l'effet antithermique est plus lent et moins marqué, la convalescence est plus traînante et parfois interrompue par des complications. — M. Chapuis trace un intéressant historique du traitement par les bains froids à Lyon sans vouloir, ainsi qu'il le dit lui-même, faire une analyse complète des travaux d'origine lyonnaise, mais désirant simplement rappeler quelle a été la fortune de la méthode de Brand et les phases qu'elle a traversées. On trouve également dans ce travail un chapitre intitulé : « Technique du traitement réfrigérant » et qui renferme des indications pratiques sur les divers modes d'emploi de l'eau froide dans la dothiénentérie : bains, affusions, lotions, drap mouillé, etc. Le bain froid sera administré toutes les trois heures, il aura une durée de quinze minutes environ et sera à la température de 18 à 20 degrés; des lésions pulmonaires ou cardiaques anciennes, l'apparition d'une pneumonie vers le vingtième jour constituent, pour l'auteur, des contre-indications formelles à l'emploi de la méthode de Brand.

Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie. Des principaux moyens de la dévoiler, par le docteur S. Baudry. — Paris, 1883, O. Berthier.

Il est parfois assez difficile de dévoiler la simulation de l'amblyopie et c'est là cependant une tâche qui peut incomber à tout médecin, dans diverses circonstances; aussi l'auteur s'est-il efforcé de faire connaître les nombreux procédés d'examen au moyen desquels on pourra se mettre à l'abri de toute supercherie. Il étudie d'abord l'amaurose unilatérale simulée, puis l'amblyopie unilatérale; enfin, en dernier lieu, l'amaurose et l'amblyopie doubles simulées. Il décrit les divers modes d'exploration au moyen des verres convexes, du stéréoscope, des verres colorés, des prismes, etc... et aussi indique les renseignements que pourront fournir l'état de l'iris, de la pupille, la direction des axes visuels et l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil.

Etude sur le goitre enflammé et sur le goitre suppuré, par le docteur Lardiley. — Thèse de Paris, 1881, O. Doin.

Cette affection rare n'a été étudiée qu'à partir du dix-septième siècle et l'on peut même dire que c'est seulement depuis le mémoire de Bauchet qu'elle a été décrite avec précision et a pris rang dans la pathologie classique. Depuis lors, un certain nombre de travaux ont été publiés sur le sujet, mais, dans presque tous, on s'est préoccupé surtout de la thyroïdite aiguë d'emblée, et non de l'inflammation et de la suppuration d'un goitre préexistant. C'est ce point spécial qu'aborde M. Lardiley dans sa thèse inaugurale. C'est en général chez la femme que l'on observe cette complication, plus fréquente dans le goitre kystique; l'influence de la ménopause sur l'inflammation thyroïdienne semble d'ailleurs démontrée. Tantôt cette inflammation évolue d'une façon aiguë, tantôt elle revêt une allure moins vive et moins effrayante, mais les deux formes aboutissent le plus souvent à la suppuration. Lorsque le traitement est sagement institué, la guérison est la règle; cependant la compression de la trachée, la phlébite, les abcès du médiastin, l'infection purulente ont parfois amené la mort des malades.

VARIÉTÉS

Pèlerinage de la Mecque. — Choléra indien. — Le Conseil sanitaire d'Alexandrie et le Conseil international de Constantinople.

C'est un fait habituel que les pèlerins des Indes venant à la Mecque sont munis de patentes nettes, délivrées par les autorités anglaises, même quand le choléra est parmi eux; et le fléau aurait souvent débordé sur l'Europe si le Conseil international de Constantinople n'avait installé des lazarets dans l'île de Camaran, à l'entrée de la mer Rouge, et pris d'autres mesures quarantenaires pour fermer l'Egypte à la contagion. Mais un fait récent tend à montrer que le danger est devenu plus grand encore depuis la prise de possession de l'Egypte par les Anglais. A Bombay, vingt-huit décès cholériques ont eu lieu pendant la semaine se terminant le 8 mai dernier. Le délégué d'Angleterre a télégraphié le fait au Conseil sanitaire d'Alexandrie, en ajoutant que le Conseil médical de Bombay ne croyait pas à une épidémie. Le délégué turc au Conseil d'Alexandrie avisa de cette nouvelle le Conseil sanitaire de Constantinople, qui prescrivit de soumettre les pèlerins de Bombay à une quarantaine rigoureuse dans l'île d'Abou-Saad, en attendant que Camaran fût prêt, et de les repousser de tous les ports de la mer Rouge. Mais au Conseil d'Alexandrie, réuni le 14, le délégué anglais, M. Miéville, alléguant des instructions de son gouvernement, demanda que la question de l'arrivage à Suez des pèlerins indiens et javanais fût renvoyée à la Commission qui a proposé le règlement, afin que ladite Commission pût l'étudier et faire son rapport au Conseil, ajoutant qu'il fallait veiller « à la sauvegarde du commerce ». Le délégué laissait supposer qu'il s'agissait de modifier le règlement. Or celui-ci ne vise que le

retour des pèlerins dans leur pays, et n'édicte aucune disposition spéciale contre les navires qui les amènent à la Mecque. Or c'est cette lacune qu'on proposait de combler.

Les délégués de France et d'Italie insistaient pour qu'au moins on s'occupât tout de suite des circonstances spéciales qui se présentaient : M. Miéville ne voulut rien entendre. Sur la proposition d'un autre délégué, le Conseil vota que Bombay était réellement contaminé. On examina ensuite la même question pour Calcutta, et il fut établi, séance tenante, par la statistique, que la moyenne des décès est actuellement, à Calcutta, presque deux fois plus forte que celle des années précédentes. Néanmoins, le Conseil a voté, par 9 voix contre 6 et 3 abstentions, que Calcutta n'est pas contaminé. Après ce vote, le délégué anglais s'empressa de se retirer.

Le Conseil international de Constantinople s'est réuni en séance extraordinaire le 29 mai, et a proposé au vote de ses membres la résolution suivante :

« Tout pèlerin indo-malais ou venant des Indes orientales par mer et débarquant à Djeddah sera renvoyé sur Camaran, s'il n'a déjà subi une observation dans ce lazaret. Si l'Egypte reçoit les pèlerins des Indes orientales sans leur faire subir une observation équivalente à celle de Camaran, elle deviendra suspecte, et ses provenances seront frappées de quarantaine dans les ports ottomans. »

Cette résolution a été approuvée à l'unanimité des membres du Conseil, à l'exception du docteur Dickson, délégué anglais, qui a gardé le silence.

(Résumé d'une correspondance du *Temps*.)

Le téléphone d'autrefois. — Les lignes suivantes, signalées à M. de Parville par le professeur E. Egger, sont extraites du livre *Incrédulité et mescréance du sortilège*, par P. de L'Ancre. Paris, 1662, petit in-4°, p. 247.

De la Divination, Ve traité.

A l'arithmantie se peut aussi raporter, et grand et beau secret, qu'un Allemand fit voir au Roy Henry le Grand, qui est l'industrie et dextérité de faire parler et entendre les hommes absens, pour esloignez qu'ils soient, et ce par le moyen de l'aimant. Il frotta premièrement deux aiguilles d'aimant, et puis les attacha séparément en deux divers horloges, autour desquelles étoient escrites et gravées en rond les vingt et quatre lettres de l'alphabet. Si bien que, lorsqu'on vouloit dire ou faire entendre ce qu'on désiroit, on remüoit et dressoit la pointe de l'esguille sur les lettres qui estoient nécessaires pour composer et signifier tous les mots et paroles qu'il falloit: et à mesure qu'on tournoit et dressoit une esguille, celle de l'autre horloge, pour si distant et séparé qu'il fust, suivoit entièrement ce mesme mouvement. Le Roy voyant un si beau secret luy deffendit de le divulguer comme pouvant porter de très dangereux advertissemens à armées et villes assiégées. Outre que Mardobée, qui traite de la nature de l'aimant, en réprouve et prohibe la communication :

Nam majestatem minuit qui mystica vulgat,
Nec secreta manent quorum fit conscia turba.

École de médecine de Reims. — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, qui avait été fixée au 1er décembre 1883 par un arrêté publié dans le *Journal officiel* du 19 mai 1883, est ajournée.

Récompenses nationales. — Une commission a été chargée d'examiner un projet de loi qui élève la pension de M. Louis Pasteur de 12 000 à 25 000 francs. La commission s'est réunie plusieurs fois. M. Benjamin Raspail a attaqué M. Pasteur, auquel il a reproché de plagier F.-V. Raspail. M. Paul Bert a vivement défendu M. Pasteur. Par 7 voix contre 1, la commission a voté le principe du projet de loi. Une discussion s'est engagée ensuite sur la question de savoir si la pension de 25 000 francs, accordée à titre de récompense nationale, serait réversible, au décès de M. Pasteur, sur la tête de sa veuve et sur celle de ses enfants. La commission s'est prononcée en faveur de cette disposition.

Concours du Bureau central. — La deuxième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mercredi soir. Ont été admis à subir la troisième épreuve — consultation clinique — les treize candidats dont les noms suivent : MM. Barié, Brissaud, Chauffard, Comby, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Josias, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin et Renault. La troisième épreuve a commencé samedi.

Les questions données à la seconde épreuve ont été : 1° la gangrène pulmonaire; 2° les gastrites chroniques; 3° la névralgie faciale; 4° la paralysie radiale.

Concours de Berck-sur-Mer. — Les candidats inscrits pour le concours à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui doit s'ouvrir le 11 de ce mois, sont au nombre de treize.

Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice de l'enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), déjà couronné, l'année dernière, pour ses lettres sur l'industrie nourricière. La question mise au concours était la suivante : « Exposer, dans des observations recueillies par l'auteur, quelles ont été, dans ces dernières années, les affections prédominantes chez les enfants en bas âge, et quel a été le chiffre comparatif de la mortalité entre ceux élevés au sein et ceux élevés au biberon. »

Nécrologie. — Le doyen des professeurs de physiologie, M. G. Valentin, vient de mourir à Berne le 25 mai. Il était né à Breslau en 1810, où il exerça d'abord la médecine. Il fut appelé à Berne en 1835. M. Valentin professait en allemand et en français.

Mortalité a Paris (23e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 juin 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1180, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 21. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 39. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 51.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 209. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 71; au sein et mixte, 48; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106 ; de l'appareil circulatoire, 87; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 57; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 23e semaine. — Le nombre des décès notifiés au service de statistique continue à être relativement peu élevé : 1180 lui ont été signalés cette semaine, et 1158 pendant la précédente. Une mortalité aussi faible n'avait pas été observée depuis le mois de mars. Cependant quelques maladies présentent actuellement une fréquence élevée : La *fièvre typhoïde*, qui n'avait fait que 35 victimes la semaine dernière, en a fait 52 cette semaine. L'*athrepsie* continue à augmenter de fréquence; parmi les enfants élevés au biberon, elle a fait 71 victimes, au lieu de 59 et de 48 qui étaient les chiffres des semaines précédentes. De même, parmi les enfants élevés au sein, nous comptions 48 décès au lieu de 34 et de 27, chiffres des semaines précédentes. La *scarlatine* continue à faire très peu de victimes à Paris. La *variole* et la *coqueluche* sont un peu plus fréquentes depuis quelques semaines. Leur fréquence n'a pas varié depuis le mois d'avril. La *diphthérie* paraît avoir subi une légère décroissance depuis la semaine précédente (39 décès au lieu de 49). La *pneumonie* a été rare pendant cette semaine (70 décès au lieu de 93). La *bronchite* et la *phthisie* ont également fait peu de victimes. Enfin on doit aussi remarquer la rareté relative et probablement passagère des décès par méningite.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TRENTIÈME ANNÉE | N° 25 | 22 JUIN 1883

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 21 juin 1883.

DÉPOTOIRS ET ÉGOUTS DE PARIS. — DE L'ANGINE ULCÉREUSE ET DU MUGUET DE LA GORGE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LA BIÈRE DANS LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES HÔPITAUX.

Académie de médecine : Dépotoirs et égouts de Paris.

Les dépotoirs et les dépôts de voirie ont été signalés par l'Académie comme l'une des causes principales des émanations nauséabondes dont les habitants de Paris ont trop souvent à se plaindre ; mais la condamnation absolue du système des égouts et des projets de déversement des vidanges dans ces égouts n'a pas été admise par l'Académie ; elle s'est bornée à en demander le bon entretien et le nettoyage suffisant. Telles sont les conclusions de la dernière séance et c'est ainsi que l'Académie a clos ce long débat sur l'étiologie de la fièvre typhoïde à Paris, en donnant gain de cause sur tous les points aux travaux de sa commission.

M. Méhu, malgré son plaidoyer en faveur des industries insalubres qui, dit-il, rendent le service de nous débarrasser, au prix de grands sacrifices et grâce à des procédés de plus en plus perfectionnés, hygiéniques et... rémunérateurs, de nos immondices, a ingénieusement fait remarquer qu'il était impossible à une ville comme Paris d'imposer aux petites communes de son voisinage les millions de kilogrammes de matières fétides qu'elle vomit chaque jour. Il faudrait donc les désinfecter et les rendre inoffensives sur place même. Or le répurgateur par excellence, celui qui, en fin de compte, est le moins coûteux, c'est l'eau et l'eau en abondance. Et quel est le système d'évacuation qui oblige à en user le plus ? C'est assurément l'éloignement rapide par la canalisation souterraine.

M. Brouardel, que l'on sait être demeuré l'adversaire du déversement des matières de vidanges dans les égouts, a cependant nettement condamné devant l'Académie l'emploi des fosses fixes, dont les inconvénients sont nombreux : infection du sol, diminution de l'usage de l'eau, émanations des tuyaux d'évent, maintien de dépôts de voirie, etc. Comment se pose donc ce problème si difficile pour Paris, et qui donne encore lieu à des polémiques prolongées dont l'Académie ne pouvait se faire l'écho plus longtemps ?

Il s'agit de supprimer l'usage des fosses fixes ou des ti-

FEUILLETON

Notes sur Xavier Bichat.

I. Famille; naissance; jeunesse. — II. Arrivée à Paris; Desault; le Journal de chirurgie. — III. La Société médicale d'émulation. — IV. Les œuvres chirurgicales de Desault; le Traité des maladies des voies urinaires du même auteur. — V. 1800-1802. — VI. La Faculté de médecine de Paris et Xavier Bichat.

Après ce qui a été dit sur Bichat, après les hommages éclatants rendus à sa mémoire, après les éloquentes paroles prononcées par H. Bilon, Cerise, Corvisart, Gottstein, Hayne, Husson, Knox, H. Larrey, Lepreux, Le Vacher de la Feutrie, Pariset, Roux, Sue, etc., il semble qu'il n'y ait plus qu'à se taire, et à laisser les mânes de l'illustre mort dormir tranquilles dans leur éternel séjour. Mais telle est la puissance du génie qu'il attire sans cesse vers lui ; on aime à suivre un homme justement célèbre dans les moindres détails de sa vie, on se délecte à la découverte d'un fait nouveau qui le concerne, on pénètre avec curiosité chez lui, dans sa vie intime. Et quelle vie plus remplie ! Quelle existence, hélas ! si courte, passée dans les études, les travaux et les méditations ! C'est en parcourant les papiers scientifiques de Bichat, papiers dont nous reparlerons, et qui sont la propriété de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris ; c'est en feuilletant ces pages volantes, dépositaires de grandes pensées, de notes, de plans de travail et de pages immortelles écrites par l'auteur des *Recherches sur la vie et la mort*, que nous avons été incité à connaître les détails de son existence depuis sa naissance jusqu'à sa mort prématurée. Nous espérons que l'on ne lira pas sans intérêt les pages suivantes, qui ne sont guère que des notes, sans prétention d'éloge ou de biographie. Bichat a passé sur cette terre comme un météore qui étonne et éblouit; les éloges n'ont pas manqué à sa mémoire; sa mort, à moins de trente-deux ans, fut le

nettes plus ou moins filtrantes, et d'obtenir que toutes les immondices de Paris soient promptement reportées en dehors de la ville, afin de pouvoir y être soit utilisées par l'agriculture, comme à Gennevilliers, soit transformées industriellement dans des usines munies de tous les moyens de destruction des gaz odorants. Les égouts actuels enlèvent la plupart de ces immondices, moins les matières fécales; faut-il les charger également de ce service ou créer à cet effet une canalisation spéciale ?

Pour que l'un quelconque de ces systèmes soit sans danger, il faut qu'il présente une étanchéité absolue, une pente suffisante et une irrigation abondante, a dit M. Le Fort. Tout le monde, partisans et adversaires du « tout à l'égout », est d'accord à cet égard. Mais est-il sans inconvénients, même dans ces conditions, de confier à l'égout le soin de transporter continuellement les matières fécales, solides et liquides, de la maison au dehors? La commission ministérielle de 1881 avait répondu négativement; le conseil municipal et l'administration de la ville de Paris ont été affirmatifs; c'est le point que discute actuellement la commission technique d'assainissement de la Seine. Il n'est pas permis sans doute de préjuger la solution; mais on peut sans crainte affirmer que la majorité de ses membres, même de ses médecins et de ses hygiénistes sont partisans de l'évacuation par l'égout ordinaire, mais, bien entendu, avec les conditions indispensables indiquées plus haut.

Il y a à cette opinion plusieurs raisons: c'est d'abord qu'il n'a pu encore être prouvé que des égouts bien construits, bien lavés, bien entretenus, ayant des pentes suffisantes, aient conservé des dépôts de matières et que les épidémies de fièvre typhoïde aient pu quelquefois leur être attribuées. C'est le cas de toutes les villes de l'étranger où le « tout à l'égout » est pratiqué, et *tous les médecins des administrations sanitaires* de ces villes sont des partisans résolus de ce système. De plus, s'il est possible d'aménager les égouts de Paris, comme l'affirment les ingénieurs, de telle façon que, dans un laps de temps peu éloigné, ils puissent offrir les garanties exigées par les plus ardents de leurs adversaires, il serait singulier que la Ville engageât son budget de travaux publics dans une autre direction. Enfin le « tout à l'égout » est certainement le seul mode de nettoiement de la maison et de la rue qui permette l'usage abondant de l'eau sans que les propriétaires soient tentés, comme aujourd'hui, de s'y soustraire par intérêts pécuniaires.

Sans doute, le « tout à l'égout » est aujourd'hui difficile à réaliser dans un certain nombre de quartiers de Paris, et des solutions particulières devront y intervenir; mais il n'en est pas moins le but vers lequel il convient de faire tendre tout notre système d'assainissement dans l'avenir.

De l'angine ulcéreuse et du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde.

I

Qu'au début de la fièvre typhoïde le pharynx n'échappe pas au raptus congestif qui frappe tant de muqueuses, en particulier celles de l'appareil respiratoire; que, surtout chez des individus prédisposés par des angines antérieures, cette localisation du processus, ordinairement latente ou peu bruyante, puisse acquérir une grande intensité et accaparer en quelque sorte l'attention du praticien; qu'ultérieurement l'isthme du gosier, les piliers, les amygdales viennent parfois à se couvrir de points blanchâtres, de dépôts pultacés, sébacés, pseudo-membraneux, ou d'ulcérations plus ou moins étendues; que ces lésions se traduisent par des troubles fonctionnels plus ou moins accusés; ce sont autant de faits bien connus des cliniciens. Et cependant quelques lignes consacrées aux « complications » pharyngées de la fièvre typhoïde, voilà tout ce qu'on trouve dans les ouvrages classiques. Aussi, à les lire, pourrait-on croire que les déterminations du côté de la gorge ne jouent dans la dothiénentérie qu'un rôle effacé.

Or quoi de moins vraisemblable à priori, de moins conforme aux faits? La théorie nous donne à prévoir que le pharynx, ce carrefour des voies digestives et respiratoires, cette porte d'entrée de tous les contages, doit, en raison de sa structure si richement lymphatique, se montrer particulièrement apte à subir les atteintes du germe typhique, comme l'intestin avec ses follicules clos et ses plaques de Peyer. En fait, la dernière épidémie parisienne a prouvé que l'isthme du gosier peut prendre une part active au processus typhoïdique, et la fréquence des déterminations pharyngées de toute sorte au cours de cette épidémie nous a valu un certain nombre de travaux instructifs sur cette question.

Ce n'est pas que nous puissions d'ores et déjà tenter une étude d'ensemble du pharyngo-typhus, dans ses diverses modalités, érythémateuse, pultacée, ulcéreuse, diphthérique, etc. L'angine typhoïdique attend encore son historien,

---

signal d'un deuil public; presque au lendemain de sa fin, on lui a rendu de grands honneurs que la postérité devait encore rehausser d'un grand éclat; le marbre, le bronze, la peinture ont été chargés de représenter le plus grand génie médical que la fin du dix-huitième siècle ait produit; des statues, des bustes lui ont été élevés à Thoirette, lieu de sa naissance, à Bourg, à Lons-le-Saulnier, à Paris; l'édilité parisienne a donné son nom à une rue du XIIIe arrondissement. Mais l'on n'a pas eu la pensée de pénétrer dans le berceau de la famille de Bichat, de consulter les actes de l'état civil qui s'y rapportent. Croirait-on que, à part Le Vacher de la Feutrie et Husson, qui lui ont consacré de magnifiques pages, tous les biographes, sans en excepter Buisson, son propre cousin, assignent une fausse date à sa naissance? Croirait-on que l'erreur a été reproduite par une médaille gravée par Dubour? Que le buste élevé dans la cour de l'hôpital de Lons-le-Saulnier, la statue qui orne la place Grenette, à Bourg, que le procès-verbal déposé dans le piédestal de cette œuvre dernière, portent cette date du 11 novembre, tandis qu'il faut dire 14 novembre? Le marbre seul qui est placé à Thoirette, au-dessus de la porte de la modeste maison qui vit naître notre Bichat, a échappé à l'erreur.

Je tiens à remercier ici publiquement MM. les docteurs Labrély (de Poncin) et Decœur (de Thoirette), des renseignements qu'ils ont bien voulu m'adresser. M. Labrély, particulièrement, a consacré un mois entier à déchiffrer douze volumes in-4°, se référant aux baptêmes, mariages et sépultures de la paroisse de Poncin, depuis 1742 jusqu'au 1er novembre 1792. Et quels registres! quelle écriture! Il a fallu, de la part de notre vaillant confrère, une patience à toute épreuve, conduite par l'ombre de son illustre compatriote.

I. — Famille; naissance; jeunesse.

Poncin est un chef-lieu de canton du département de l'Ain, de deux milliers d'habitants. C'est de là qu'est originaire la

comme le prouve la substantielle *Revue critique* de Comby (*Progrès médical*, mai 1883). Mais certaines questions sont dès à présent élucidées, qui n'intéressent pas moins la pratique que la doctrine; il en est ainsi notamment des *ulcérations pharyngées* et du *muguet* primitif *de la gorge*, dont nous nous occuperons dans cet article.

II

Bien étudiées, au point de vue anatomique, depuis Louis jusqu'à Cornil et Ranvier, les *ulcérations pharyngées* de la fièvre typhoïde ne l'avaient guère été jusque dans ces derniers temps au point de vue clinique. Cette lacune, de récents travaux l'ont à peu près comblée. Après une observation recueillie par Bouveret dans le service de M. Desnos (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876), et deux faits rapportés par M. Lecorché dans ses *Etudes médicales* (1881), est venue l'intéressante communication de M. Duguet à la Société médicale des hôpitaux (27 avril 1883), qui a fourni à plusieurs de ses collègues, MM. Féréol, Landouzy, Du Castel, l'occasion de produire plusieurs cas analogues. Enfin la question a été étudiée sous toutes ses faces par Dérignac dans son excellente thèse (*Des déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier*, 1883), thèse dont l'intérêt est d'autant plus vif qu'elle s'inspire des idées nouvelles en pathologie générale.

Les descriptions données par ces auteurs concordent, au moins dans les traits principaux.

Lorsqu'on assiste au début du processus, on voit la muqueuse pharyngée prendre une coloration rouge sombre, un aspect vernissé; puis s'y dessinent de petites ulcérations, peu nombreuses, arrondies ou ovalaires, d'une coloration grisâtre. Ces pertes de substance paraissent taillées à l'emporte-pièce avec des bords réguliers, sans relief apparent. Entourées d'une zone de muqueuse congestionnée, elles peuvent parfois être comparées, suivant l'heureuse expression de M. Duguet, à d'immenses aphthes.

A la superficie s'arrête d'ordinaire le processus destructeur; l'ulcère se déterge, prend une coloration rosée, se comble progressivement et la séparation s'effectue, non sans laisser quelquefois après elle une cicatrice plus ou moins apparente.

Il est rare de voir l'ulcération gagner en étendue et en profondeur; dans ce cas elle se couvre de détritus, formés par les tissus nécrosés; la muqueuse se décolle, des clapiers purulents s'établissent. C'est sans doute à un processus de cet ordre, empiétant plus ou moins sur le larynx, qu'il faut rapporter tels exemples d'œdème de la glotte ou d'abcès rétropharyngien au cours de la fièvre typhoïde.

On peut rencontrer ces ulcérations dans toutes les régions du pharynx; mais, contrairement à l'opinion de Murchison, leur siége de prédilection paraît être au niveau des amygdales ou sur les piliers du voile du palais.

Les phénomènes subjectifs de l'angine ulcéreuse varient suivant les cas. Tantôt la sécheresse du gosier, la douleur de gorge, la difficulté de la déglutition, la voix nasonnée, les bourdonnements d'oreille, la dysécie, bref tout le cortége symptomatique habituel des angines, attirent l'attention du côté du pharynx. Tantôt, au contraire, ces manifestations morbides font défaut ou sont fort peu accusées. On conçoit que l'angine reste latente, alors surtout qu'elle est d'apparition tardive, ou qu'elle se développe seulement à la période d'état de la fièvre typhoïde, quand le sensorium est obnubilé. Souvent alors l'angine peut passer inaperçue, et cela d'autant plus que l'examen de la gorge présente parfois de grandes difficultés chez les typhiques.

De tous ces caractères objectifs ou subjectifs de l'angine ulcéreuse, il n'en est aucun, à vrai dire, qui présente une réelle valeur diagnostique, et, si la dothiénentérie ne s'affirme pas par d'autres phénomènes plus francs, le clinicien pourra faire fausse route. Ainsi Dérignac relate une observation où l'angine typhoïdique fut rapportée successivement à l'herpès, à la syphilis, à la diphthérie.

Évidemment, ces erreurs de diagnostic ne seraient guère à craindre si, comme on le croyait autrefois, la lésion ulcérative marchait toujours « pari passu » dans l'intestin et dans la gorge, si la perte de substance se produisait toujours au niveau des follicules clos du pharynx, comme des plaques de Peyer, dans le second septenaire de la maladie. Si tel est le cas habituel, les faits d'ulcérations très précoces sont loin d'être exceptionnels. Diverses observations très concluantes (Lecorché, Duguet, Derignac) prouvent qu'on peut rencontrer des ulcérations pharyngées dès les premiers jours, avant même l'apparition des taches rosées.

Ces données présentent au point de vue doctrinal une grande importance. Elles nous conduisent, en effet, à admettre que le pharynx peut être touché avant l'intestin par le contage typhoïdique. Cette hypothèse nous paraît d'autant plus admissible, qu'elle cadre avec une observation que nous avons faite à plusieurs reprises. Interrogez les typhiques et ils vous apprendront parfois que huit, quinze

---

famille des Bichat, dont une branche, celle précisément du physiologiste, et qui a pour auteur *Claude François*, occupe le dernier rang à droite dans le tableau généalogique qu'on trouvera plus loin (p. 428). Cette branche s'établit à Thoirette, petit village actuellement compris dans le département du Jura, mais qui autrefois faisait partie, comme Poncin, de la province du Bugey. De telle sorte qu'on a pu dire : c'est à Thoirette que Bichat est né; c'est Poncin qui l'a nourri.

Les partisans des effets désastreux des unions consanguines doivent en prendre leur parti : Bichat ne justifie pas la théorie : ni sourd-muet ni idiot; il fut néanmoins procréé par deux êtres qui étaient cousins germains : le grand-père paternel de Xavier avait épousé une Françoise Bichat; son père s'était allié à une Marie-Jeanne-Rose Bichat.

Elle était toute bourgeoise ou dans les ordres, cette race des Bichat; on y voit un chanoine, un jésuite, un receveur des traites foraines, c'est-à-dire un fonctionnaire chargé de percevoir les droits sur les marchandises provenant du dehors et vendues dans le Bugey.

Ce fut le 14 novembre 1771 que naquit à Thoirette l'auteur des *Recherches sur la vie et la mort*, et il fut tenu sur les fonts par Claude-François Bichat, son grand-père paternel, et par Barbe Bichat, sa tante, qui habitait Lyon (1). Il était l'aîné de quatre enfants; son frère cadet, Claude-François-Joseph-Régis, mourut à treize mois; son second frère, Pierre-Jean-Baptiste-César, épousa une demoiselle

(1) Marie-François-Xavier, fils de maître Jean-Baptiste Bichat, docteur en médecine, bourgeois de Thoirette, et de dame Marie-Rose Bichat, son épouse, est né le quatorze, et a été baptisé le seize novembre mil sept cent soixante-onze; son parrain a été sieur François Bichat, bourgeois de Poncin, et marraine demoiselle Barbe Bichat, de Thoirette, demeurant à Lyon, tous soussignés.

Signé : Bichat; Bichat; Payo, cousine germaine; Marguerite Bichat, tante Rousseau, cousin; et Rochet, prêtre.

Extrait, certifié conforme :

Le maire de Thoirette, VILLIVERT.

jours même avant les premières manifestations révélatrices de la fièvre typhoïde ils ont souffert de la gorge, ou du moins éprouvé une sensation persistante de sécheresse au niveau du gosier. N'y aurait-il pas là l'indice d'un travail sourd de germination microbienne préparant en quelque sorte l'invasion générale de l'économie? Le pharynx ne paraît pas d'ailleurs avoir le privilège exclusif de ces lentes incubations. Il semble en être de même pour l'estomac, et maints embarras gastriques bâtards, précédant d'un ou de deux septenaires les accidents de dothiénentérie franche, sont sans doute passibles de la même interprétation. C'est une hypothèse que nous ne faisons qu'émettre ici en passant, pour y revenir dans un article ultérieur sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde.

Cette conception, que la muqueuse pharyngée, les amygdales surtout, peuvent être la porte d'entrée des germes infectieux, a été exposée d'une façon magistrale par Landouzy dans une leçon clinique, encore inédite, sur l'amygdalite infectieuse. Après avoir insisté sur la structure lymphoïde de la région amygdalienne, notre maître et ami en venait à se demander s'il n'y a pas là un terrain tout préparé pour la réception, la germination et la diffusion de certains agents infectieux, qui de proche en proche seraient versés dans le système lymphatique, puis charriés par le sang dans l'économie entière.

En tous cas, cette angine ulcéreuse est bien une lésion spécifique. Les examens histologiques fort complets de Dérignac ne laissent aucune place au doute. Ces altérations pharyngées présentent, en effet, une analogie frappante avec celles qui sont caractéristiques de la fièvre typhoïde. « Partout, lésions de l'appareil lymphoïde, de l'appareil vasculaire sanguin, voilà le fait saillant. » « Elles témoignent donc, comme le dit Dérignac, d'une pathogénie commune, l'adultération du sang par un principe étranger, sans doute de nature infectieuse. »

Quelle que soit du reste l'interprétation pathogénétique, un fait d'un haut intérêt clinique n'en reste pas moins établi: c'est la précocité de certaines ulcérations pharyngées typhoïdiques. On comprend combien dans ces cas le diagnostic est épineux. Sans doute, les phénomènes concomitants ont une grande valeur et mettent le clinicien sur la bonne voie. Mais à ces signes même d'infection généralisée il ne faudrait pas accorder une confiance absolue. Il semble, en effet, établi par les recherches de Kannenberg, du professeur Bouchard, par la leçon de Landouzy que nous avons signalée plus haut, qu'il existe certains processus infectieux à détermination angineuse primitive qui ne rentrent pas dans les cadres classiques, par exemple ceux de la fièvre typhoïde, de la scarlatine ou de la diphthérie. Ces auteurs ont rapporté plusieurs observations de malades ayant présenté, en même temps qu'un état général grave, les symptômes d'une amygdalite aiguë et une albuminurie infectieuse. Ces faits non classés encore, auxquels peut-être provisoirement imposée la dénomination d'amygdalite infectieuse, présentent avec le typhus pharyngé d'emblée une similitude séméiologique presque complète. Cependant, dans la dothiénentérie, les déterminations rénales sont plus tardives et les symptômes angineux d'ordinaire moins accusés; mais il n'y a là que des nuances cliniques et l'évolution ultérieure de la pyrexie peut seule parfois édifier le médecin.

Si nous avons quelque peu insisté sur ces questions délicates, c'est pour rappeler une fois de plus que l'angine n'existe pas en tant que maladie locale, et que derrière toute affection de cet ordre il faut chercher la maladie générale dont elle est l'expression, parfois même la plus bruyante au point de vue symptomatique.

Quant à la valeur pronostique des ulcérations laryngées, précoces ou tardives, nous n'avons jusqu'à présent aucune donnée précise. Nous ne pourrons être édifiés, à cet égard, qu'après une enquête approfondie, lorsque l'examen de la gorge, chez tous les typhiques, sera devenu une loi pour le clinicien consciencieux.

Enfin il est à peine nécessaire de dire que l'angine ulcéreuse commande, quand elle est très prononcée, une intervention thérapeutique spéciale; il faut, par des lavages répétés, débarrasser la gorge des produits qui l'encombrent, pour faciliter la déglutition et pour supprimer ainsi un foyer infectieux.

Ce traitement est d'autant plus indiqué, que peut-être l'existence de semblables lésions au voisinage de la trompe d'Eustache n'est pas étrangère à la production de certaines surdités consécutives à la fièvre typhoïde.

III

Si la spécificité de l'angine ulcéreuse ne saurait être contestée, il en est tout autrement du *muguet* de la gorge, dans lequel on ne doit voir qu'une « complication » de la fièvre typhoïde au sens vrai du mot.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà signalé à l'attention de ses lecteurs les intéressantes communications que MM. Damaschino et Duguet ont faites sur ce sujet à la Société médi-

---

Monnier, de Poligny; sa sœur unique, Marie-Rose, se fit religieuse.

Les premières années de Bichat ne présentent rien de bien saillant. Né d'un père médecin, d'un praticien fort accrédité dans sa petite ville et aux environs, il dut être initié de bonne heure à une foule de petits détails de l'art, et quelque peu familiarisé avec le langage hippocratique. J'en appelle au souvenir des médecins qui ont babillé dans les mêmes conditions : ils diront que ce juvénile apprentissage n'a pas été pour rien dans leurs succès futurs, et que l'atmosphère toute médicale qu'ils ont respirée dans leurs premiers ans leur a infusé de fines molécules de la science.

C'est au collège de Nantua que Xavier commença ses humanités; c'est au séminaire de Saint-Irénée de Lyon qu'il alla les terminer, appelé là par ses parents, entre autres par Buisson, son oncle, qui y tenait une librairie fort achalandée.

Le jeune homme passait ses vacances au foyer paternel. M. Labrély peut nous dire ce qu'il y venait faire :

« A Poncin, comme ailleurs, la Révolution eut son retentissement; on fit une pseudo-bastille qu'on démolit aux acclamations populaires. Or la famille de Bichat, attachée à l'ancien régime et au clergé (un grand-oncle était chanoine, un oncle était jésuite), n'était pas dans le mouvement. Les Bichat étaient des *réacteurs*, comme on disait à cette époque. Quand Xavier arriva à Poncin, il fut englobé de droit dans la garde nationale, et, bon gré malgré, dut faire l'exercice. Un dimanche, il était sous les armes, lorsque son sergent, nommé Corcelut, molesta Xavier. Xavier souffleta le sergent. Tollé général! A mort l'aristo! Le commandant Champion, ami de la famille Bichat, vit le danger; il jura que bonne justice serait faite le lendemain, et fit conduire en prison le soldat indiscipliné. Le soir même, il voyait le père de Bichat, et concertait avec lui un plan d'évasion; et à minuit Xavier partait furtivement et à travers champs pour Paris. »

Remarquons que cette anecdote est encore vivace à Poncin, qu'elle offre toutes les garanties d'authenticité, que le beau-

cale des hôpitaux. Dans cet article (1882, n° 49), notre rédacteur en chef demandait un supplément d'informations en ce qui concerne la valeur séméiologique de l'angine crémeuse.

Le récent travail de M. Duguet (*Société médicale des hôpitaux*, 16 mai 1883) est fort explicite à tous égards. Nous n'en relèverons que les points essentiels.

S'appuyant sur une cinquantaine d'observations personnelles de muguet pharyngé primitif, M. Duguet a démontré que celui-ci ne modifie pas d'une manière sensible le pronostic de la maladie primitive. Les conséquences fâcheuses qu'il pourrait avoir en entravant la nutrition ne sont à craindre que quand la véritable nature de l'affection reste méconnue; car, quelque tenace que soit le muguet, quelle qu'en soit la puissance de pullulation, la thérapeutique est trop bien armée contre l'*oïdium albicans* pour qu'il y ait là un danger sérieux. L'angine crémeuse s'amende et disparaît plus ou moins rapidement sous l'influence d'un traitement fort simple (collutoires boratés, solution de bicarbonate de soude).

D'autre part, il ne semble pas que la mortalité soit plus grande dans les cas où la fièvre typhoïde est compliquée de muguet. Cette bénignité relative du muguet chez les typhiques mérite d'être relevée; elle prouve, une fois de plus, combien est exagérée la signification ultra-fâcheuse qu'on lui attribue généralement en dehors de la première enfance.

Dans cette même communication, M. Duguet s'attache à expliquer pourquoi le muguet n'a pas, chez l'adulte, le même siège d'élection que chez l'enfant. L'interprétation qu'il donne de ce fait est fort séduisante. Ce sont, on le sait, les muqueuses en voie de desquamation qui fournissent au parasite le terrain le plus favorable à son développement. Les stomatites de dentition d'une part, les angines typhoïdiques d'autre part, expliqueraient la prédilection du muguet pour la bouche chez l'enfant, pour la gorge chez l'adulte.

Enfin M. Duguet se demande si l'on n'a pas pris souvent pour des angines pultacées ou même diphthéritiques des complications gutturales de la dothiénentérie, qu'un examen microscopique eût fait ranger parmi les angines crémeuses. Dès lors, la fréquence de la diphthérie secondaire au cours de la dernière épidémie, que M. Du Castel signalait dans son rapport sur les maladies régnantes, serait sujette à caution. A l'observation clinique, mieux éclairée désormais, d'en décider; mais en attendant, à ce point de vue encore, la nosographie des déterminations pharyngées de la fièvre typhoïde appelle un travail de révision radicale.

L. DREYFUS-BRISAC.

La bière dans le régime alimentaire des hôpitaux.

Le 30 avril dernier, une circulaire de M. le directeur de l'Assistance publique, reproduite depuis par la plupart des journaux, avertissait les médecins et chirurgiens des hôpitaux de cesser à l'avenir les prescriptions de bière aux malades.

La bière, ne figurant ni au Codex, ni au régime alimentaire des hôpitaux, ne devait être considérée ni comme un médicament, ni comme un aliment. A quel titre dès lors pouvait-elle se placer dans les prescriptions médicales ordinaires? Elle devait prendre rang dans ces prescriptions exceptionnelles faites sur des bons signés par les chefs de service et visés par l'administration.

Bien que peu convaincus par cette logique administrative, la plupart des médecins et chirurgiens, considérant que la bière rendait de véritables services, tout à la fois comme aliment et comme boisson médicamenteuse, se résignèrent à signer les bons nécessaires pour conserver à leurs malades les rations de bière habituelles. C'est alors que, pour couper court à toute demi-mesure, l'administration refusa péremptoirement de faire honneur à ces bons et déclara qu'elle n'accorderait plus de bière.

Ce refus émut assez vivement les chefs de service, qui envoyèrent une protestation réunissant une trentaine de signatures. On aurait pu en recueillir deux fois autant.

L'affaire en est là; l'administration se renferme dans ses droits; les médecins réclament vivement et les malades regrettent la bouteille de bière qui faisait une si agréable diversion aux tisanes plus ou moins édulcorées.

Il convient peut-être de rechercher quels sont les motifs allégués par l'administration. Le principal est la dépense considérable dans laquelle elle se trouvait entraînée. Les chiffres mis en avant nous semblaient tellement extraordinaires, que nous avons cru devoir prendre des informations précises, dont le résultat ne laissera pas de surprendre plus d'un chef de service.

Il y a cinq ans, la quantité de bière consommée dans les hôpitaux ne dépassait pas annuellement 3000 litres; en 1875 elle atteignait 28 695 litres. Aujourd'hui, comme on vient de le déclarer au *Conseil municipal*, elle dépasse le chiffre de 151 000 litres. Cette quantité vraiment considérable n'est pas uniformément répartie entre les différents hôpitaux. On nous a cité un hôpital contenant environ 450 malades, qui en un an avait consommé à lui seul 32 000 litres.

---

père du docteur Labrély, âgé aujourd'hui de quatre-vingts ans, n'a qu'à puiser dans sa mémoire pour l'attester; que les familles Labrély et Bichat ont vécu côte à côte pendant trois siècles; que leurs maisons, leurs jardins étaient contigus, et que dans l'ancien temps les relations étaient fort courtoises.

C'est pendant ces vacances scolaires que le docteur Jean-Baptiste Bichat donnait à son fils des leçons d'anatomie. Xavier, dépourvu de sujets, s'exerçait sur les chats du voisinage.

Nous avons fait quelques recherches sur le père de Bichat, qui appartient, sans conteste, à la profession médicale, et qui signe : Bichat, D. M. D. Le D de la fin indique la ville de Douai comme paraissant être le lieu où il prit son grade. Pourtant Buisson, cousin de Xavier, assure que le médecin de Poncin était issu de l'école de Montpellier. Ses classes finies, Bichat retourna à Lyon pour y étudier la médecine. La chance voulut qu'il choisît (1791) l'Hôtel-Dieu de cette ville et la célèbre clinique d'anatomie et de chirurgie que Marc-Antoine Petit y avait instituée à l'instar de celle que Desault, son maître, avait établie à Paris. Sous un tel maître, il fit de rapides progrès; mais la terrible conscription était là qui le saisit comme tant d'autres. Aussi le voit-on chirurgien de troisième classe dans les ambulances des armées de la République, envoyé à la division des Alpes, séjourner à Grenoble dans un repos inconciliable avec son activité naturelle, et enfin être attaché à l'hôpital de Bourg, alors organisé en hôpital militaire, et y passer cinq ou six mois à former son instruction pratique sur la chirurgie des camps (H. Larrey).

Vers la fin de 1792, Bichat était de nouveau à Lyon, reprenant ses visites quotidiennes à la clinique de M. A. Petit. Qui sait si, sans les terribles événements dont cette ville fut le théâtre, assiégée pendant soixante-trois jours par les soldats de la Convention, pour être en partie détruite par les Collot-d'Herbois et Couthon, Bichat ne fût pas resté à Lyon, et n'eût pas été perdu pour la gloire parisienne? Quoi qu'il en soit, il dut quitter la malheureuse cité, et dans le com-

L'administration n'a pas, jusqu'ici, passé de marchés pour la fourniture générale de la bière. Les directeurs traitent dans les meilleures conditions possibles avec les brasseurs de la ville. Il en résulte que le prix de la bière est très variable. Il oscille entre 40 et 80 centimes le litre ; moyenne, 60 centimes. On voit que la dépense dépasserait annuellement 75 000 francs.

Devant un chiffre aussi élevé, on comprend la réserve de l'administration. Il y a là un surcroît de dépense que le budget annuel, toujours surchargé, ne peut supporter.

Cette raison pouvait suffire, du moins à l'administration, et il était vraiment inutile de contester les avantages que réunit la bière comme boisson alimentaire et comme médicament. Si elle ne figure pas au Codex ou au régime alimentaire, c'est une omission à réparer.

Il n'est pas besoin d'avoir longtemps pratiqué les malades pour savoir avec quelle répugnance la plupart d'entre eux, les chroniques surtout, acceptent à la longue les boissons qui leur sont habituellement offertes. Le vin est seul accueilli avec faveur. Il est excellent, mais la quantité en est nécessairement fort restreinte. Il est bien rare que les malades le coupent avec de l'eau. Beaucoup d'entre eux, gardant leurs habitudes à l'hôpital, n'attendent même pas le repas et vident le carafon plus ou moins complètement, dès qu'il est apporté sur leur tablette.

La bière bien préparée est une excellente boisson au point de vue hygiénique. Son amertume, sa saveur piquante et franche sont très favorables à la digestion. C'est en outre un véritable aliment. Il n'y a guère de boisson qui convienne mieux à une certaine catégorie de malades. Partout, à l'étranger, la bière entre largement dans le régime des hôpitaux.

Pourquoi l'exclure en quelque sorte des nôtres? C'est une grosse dépense, il faut le reconnaître ; mais est-il impossible de la diminuer?

Nous croyons que la chose est facile si l'on ne tombe pas dans l'abus et si on veille avec soin à ce que les prescriptions médicales ne soient pas dépassées et détournées de leur destination.

Nous n'avons pas entendu dire que l'allocation d'une certaine quantité de bière à un malade entraînât une restriction dans la quantité de vin qui lui est attribuée. Il serait juste cependant qu'il en fût ainsi. Un malade qui boit de la bière à son repas n'a pas droit à la même quantité de vin que celui qui ne reçoit pas de bière. Sa ration peut être de ce chef diminuée de moitié, sauf le cas où son état justifierait un régime tout spécial. — En dehors des indications particulières, la ration de bière à un repas peut être approximativement fixée à un demi-litre. Il serait facile d'ailleurs de s'informer de la quantité de bière qui est allouée aux malades en Angleterre ou en Allemagne, où on en use largement.

Il est évident que, depuis quelques années, l'usage de la bière se répand de plus en plus. C'est une des meilleures boissons qu'on puisse consommer. Il ne s'agit pas de l'exclure du régime hospitalier, mais d'en régler la consommation, de prévenir les abus qui peuvent se glisser là comme partout ailleurs. Il y a facilités d'arrangement sur ce terrain et M. le Directeur de l'Assistance publique ne s'y refusera pas.

B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Deux cas d'anévrysmes, par A. Courtade, interne des hôpitaux.

Il nous a été permis d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Richet, deux exemples d'anévrysmes dont la terminaison a été différente. Cette différence dans le résultat ne doit pas seulement être imputée à la méthode, mais aussi aux caractères physiques des tumeurs, à leur siège et peut-être au tempérament des malades. Avant de discuter cette question complexe, nous allons rapporter la première observation en date, remarquable aussi à plusieurs titres.

Obs. I. — Marie G..., vingt et un ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires importants au point de vue qui nous occupe. Son père, qui a été fou pendant les trois derniers mois de sa vie, est mort à l'âge de quarante-six ans presque subitement. Sa mère, âgée de soixante ans, a une bronchite chronique depuis deux ans ; elle a fréquemment la migraine.

Les antécédents personnels sont les suivants : point d'affection scrofuleuse dans l'enfance ; à l'âge de douze ans, fièvre ortiée qui a duré une dizaine de jours. Depuis l'âge de quatre ou cinq ans, a très souvent la migraine. Réglée à quatorze ans pour la première fois ; depuis, la menstruation n'a pas été troublée.

Le 5 janvier 1882, elle s'est tiré un coup de revolver dans la région thoracique ; la balle a pénétré en un point situé à un centimètre au-dessous du bord inférieur du grand pectoral et à douze centimètres de la ligne médiane ; le trajet qu'elle a dû suivre est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Il s'est écoulé

---

mencement de 1793 il vint à Paris, accompagné de Buisson, son cousin, étudiant en médecine comme lui, et muni d'une chaude recommandation auprès de Desault, qui avait eu pour disciple, comme nous l'avons dit, Marc-Antoine Petit.

A. Chéreau.

(*A suivre.*)

Concours. — Le jury du concours que nous avons annoncé pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, se compose de MM. les docteurs Guéniot, président; Danlos et Moizard, juges titulaires.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Vinay, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, du cours clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Artaud, décédé.

Légion d'honneur. — M. le docteur Chancerel (Pierre-Athanase), adjoint au maire de Caen (Calvados), professeur à l'École de médecine de cette ville, est nommé chevalier.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bourguet, ancien chirurgien en chef des hospices de Rodez ; — de M. le docteur Caron, de Caudray-Saint-Germer (Oise); — de M. le docteur Vovard (de Bordeaux); — de M. le docteur Burguières-bey, médecin particulier du khédive Ismael, mort à Paris le 8 juin dernier; — enfin de M. Géron, stagiaire à l'hôpital Laënnec, mort des suites d'une variole hémorrhagique contractée en soignant les malades du service auquel il était attaché.

beaucoup de sang par la plaie; les mouvements du membre supérieur droit ont été impossibles pendant une semaine; de violentes douleurs se faisaient sentir dans le bras, l'avant-bras et le pouce seulement. Pendant les trois premiers jours, le membre est resté plus froid que son congénère. Au bout de neuf jours, la disparition des douleurs lui a permis de reprendre sa profession de couturière.

Le 28, sans cause connue, les douleurs ont apparu de nouveau dans les régions précitées. Ces douleurs, beaucoup plus violentes la nuit que le jour, consistent en élancements, fourmillements dans les doigts.

Le 31 janvier, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Richet. A son entrée, on constate le synchronisme des pulsations radiales; la force des pulsations est sensiblement la même. En appliquant un stéthoscope sur le trajet de l'axillaire droite on entend un souffle rude coïncidant avec la diastole artérielle et qui peut être perçu jusque sous la clavicule. A gauche, l'artère axillaire ne présente rien de particulier; les carotides fonctionnent régulièrement. Si l'on applique les doigts sur la paroi antérieure de l'aisselle droite, ils sont soulevés à chaque systole cardiaque. Là se trouve, en effet, une tumeur qui présente les caractères suivants : elle est arrondie, régulière, de la grosseur d'une noix; cette tumeur, qui est le siège d'une expansion manifeste, est située sur la paroi externe du creux de l'aisselle, sur le trajet de l'artère axillaire; la compression de l'artère sous-clavière suspend les battements et l'expansion de la tumeur vasculaire.

Le membre supérieur droit se refroidit plus facilement que le gauche.

Le 2 février, la malade se plaint d'avoir éprouvé des douleurs dans le bras et l'épaule pendant la nuit Frictions avec de l'huile de camomille. Immobilisation.

Le 8, la tumeur a augmenté un peu de volume depuis quelques jours; mais le mouvement d'expansion est moins marqué. D'autre part, le souffle que l'on perçoit en appliquant le stéthoscope sur la paroi antérieure de l'aisselle se propage moins du côté de la clavicule.

Le 9, le tracé sphygmographique des deux pouls radiaux est pris.

Le 22. Depuis son entrée, la malade éprouve dans le bras des douleurs avec des exacerbations revenant et disparaissant sans cause; leur durée varie de quelques heures à un jour. La tumeur est un peu plus volumineuse et plus dure, mais le souffle est moins fort et moins étendu.

Le 2 mars, douleurs très violentes pendant la nuit. Le souffle est plus fort que les jours précédents.

Le 4, M. Richet a fait construire, par M. Colin, un appareil pour faire la compression de la sous-clavière. Il se compose d'une espèce de cuirasse se moulant exactement sur l'épaule et se fixant dans cette situation par deux courroies passant l'une sous l'aisselle malade et l'autre sous l'aisselle du côté opposé.

Au point correspondant à l'artère sous-clavière, passe une pelote conique, mue par une vis qui permet de graduer la compression. M. Richet essaye la compression, sans avoir l'espérance de guérir l'anévrysme, mais seulement pour le modifier et permettre ainsi une intervention chirurgicale plus facile. La compression est légère aujourd'hui, puisque le pouls radial peut être senti.

Le 5, a souffert pendant toute la nuit. La compression est augmentée; le pouls radial est à peine perceptible.

Le 10, la tumeur n'a pas changé de volume, mais le bruit de souffle est moins fort. En présence d'un résultat aussi incomplet M. Richet se décide à l'intervention active.

Le 11, l'opération suivante est pratiquée : on fait une incision comme pour la ligature de l'axillaire dans le creux de l'aisselle. Après une dénudation assez laborieuse, l'opération isole une petite tumeur ovoïde du volume d'une amande, mais qui ne présente pas de mouvements d'expansion. La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac est faite, puis on ouvre ce dernier qui est rempli de caillots. Quant à la balle que M. Richet espérait trouver dans cette région, elle n'y était pas. Le pansement phéniqué simple est fait et le bras immobilisé contre le thorax. Le soir de l'opération, la température locale des deux avant-bras est prise; elle est pour le côté sain de 33°,9 et le côté opéré de 33°,3; elle est donc inférieure de 6 dixièmes.

Le 12, la nuit a été mauvaise; elle n'a pu dormir à cause des douleurs dans l'épaule et le bras. Déjà, la veille, elle aurait vomi deux fois, peut-être à cause des inhalations chloroformiques et elle aurait éprouvé de petits frissonnements (?). Le matin, elle se plaint d'un point de côté; à l'auscultation, râles sous-crépitants aux deux bases. En outre, mal de gorge, adénite sous-maxillaire, soif très vive, malaise général. Sur la poitrine et les bras on trouve une rougeur scarlatiniforme, très intense. La température générale est 39°,4. Le pansement est renouvelé.

Le 13, la rougeur est moins intense; elle s'efface par la pression, mais reparaît très rapidement. Cet exanthème est attribué, par M. Richet, à une intoxication par le chloroforme. La respiration est un peu gênée; il existe une congestion pulmonaire intense (quarante ventouses sèches). Anorexie complète. Abattement.

Le 14, les douleurs dans le bras du côté opéré ont disparu, mais elle souffre dans le bras gauche et dans les membres inférieurs qui sont le siège d'un érythème très intense surtout au niveau des genoux. La langue est d'un rouge framboisé, les ganglions sous-maxillaires ne sont plus douloureux. Plus de gêne respiratoire.

Le 15, va bien le matin; l'érythème est moins marqué, mais la langue est toujours d'un rouge vif. Depuis l'opération on ne sent plus le pouls radial droit. Vers sept heures du soir, elle est prise de gêne de la respiration; l'auscultation révèle l'existence d'une congestion pulmonaire étendue (60 ventouses). L'amélioration n'a été que passagère; la dyspnée a persisté. A onze heures du soir, on applique encore 60 ventouses.

Le 16, à l'auscultation, on trouve, dans la région sous-épineuse gauche, des râles sous-crépitants; il existe aussi un certain degré de matité. La dyspnée persiste (R. 24). L'état général est assez grave. Vésicatoire. Le tracé sphygmographique du pouls radial droit est pris.

Le 17, a souffert pendant la nuit dans le bras droit. La dyspnée est moins intense. Tousse un peu. La plaie est en voie de cicatrisation.

Le 20, les douleurs dans le bras droit ne surviennent que par instants; la dyspnée a diminué notablement. Elle ne tousse presque plus; cependant on trouve des râles sous-crépitants dans une zone très étendue des deux poumons, surtout à gauche.

Le 21, un des fils est retiré en faisant le pansement. Le soir, elle éprouve un léger malaise qu'elle attribue à une indigestion. Céphalalgie assez vive.

Le 23, le deuxième fil, correspondant au bout inférieur, est retiré de la plaie grâce à une légère traction. L'état général est très satisfaisant.

Le 25, l'épiderme des phalangettes des doigts se détache en lambeau. La desquamation à l'avant-bras se fait sous forme de furfures et de lamelles. Elle se lève pour la première fois depuis l'opération.

Le 28, a souffert un peu dans la main droite. La plaie est en très bonne voie de guérison.

Le 4 avril, la desquamation des deux membres supérieurs continue; la plus grande partie de l'épiderme de la main gauche est déjà tombée.

Le 9, la desquamation continue. La plaie est presque complètement guérie, mais depuis trois jours les douleurs sont revenues plus violentes que jamais et elles l'empêchent de dormir. Les frictions avec le baume tranquille et le liniment chloroformé ne procurent aucune amélioration.

Le 10, les douleurs disparaissent complètement.

Le 16, les douleurs reviennent, mais elles sont limitées à l'éminence thénar. Il est impossible de sentir le pouls radial et d'en prendre le tracé.

Le 28, la malade souffre de temps en temps dans l'épaule droite ou à la main. La plaie est complètement cicatrisée.

Le 9 mai, des douleurs surviennent par intervalles; néanmoins on donne l'exeat à la malade.

Nous avons appris que cette malade souffre encore actuellement dans le pli du coude. Parfois, les douleurs s'irradient jusque dans la main et alors elle est obligée de cesser son travail de couturière. Le membre supérieur droit a toujours cette tendance au refroidissement qu'il présentait déjà avant l'opération.

Avant de discuter le traitement de l'anévrysme axillaire, nous attirerons l'attention sur l'éruption scarlatiniforme qui est apparue dès le lendemain de l'opération. Quelle est la nature de cet exanthème? Trois hypothèses peuvent être émises : 1° il peut appartenir à une scarlatine post-opératoire; 2° il peut être dû à une légère intoxication par le chloroforme; 3° il peut être symptomatique d'un certain degré d'infection générale par les liquides de la plaie.

La dernière hypothèse est la moins admissible et doit être absolument rejetée; sans doute, on voit des éruptions

scarlatiniformes, rubéoliformes, etc., dans l'infection purulente ou dans les cas d'infection légère de l'économie par des liquides toxiques qui sont éliminés par les glandes de la peau, comme M. Ballet, dans un article récent publié dans les *Archives de médecine*, en a signalé, mais ces éruptions surviennent plusieurs jours ou plusieurs semaines après la formation du foyer purulent, elles sont accompagnées de symptômes assez caractéristiques pour que le diagnostic s'impose presque, dans les cas où elles se présentent.

Avons-nous eu affaire à un exanthème occasionné par l'absorption d'une certaine quantité de chloroforme? Cette opinion, qui est celle de notre excellent maître, M. le professeur Richet, est, à notre avis, beaucoup trop exclusive. Il faut remarquer, tout d'abord, que l'opération n'ayant pas duré plus d'une demi-heure ou trois quarts d'heure, la quantité de chloroforme absorbé n'a pu être très considérable.

Jamais les chirurgiens n'ont signalé un pareil accident, même après des anesthésies dont la durée n'a pas été moindre de une heure et demie à deux heures.

On peut invoquer, il est vrai, la susceptibilité individuelle, l'idiosyncrasie. Il est probable que sur le nombre considérable d'opérations de longue durée, faites sur des femmes, pareille prédisposition, même sensibilité se serait déjà rencontrée. Du reste, comme dit M. Perrin à l'article Anesthésie, on n'a pas démontré directement l'élimination du chloroforme par la peau, à travers les glandes sudoripares.

Dans les observations d'intoxications par le chloroforme, produites par l'ingestion d'une grande quantité de ce liquide, on a signalé des troubles respiratoires profonds; il existait des râles sibilants et ronflants, une congestion pulmonaire très étendue.

Nous ne sommes pas éloigné d'admettre que la congestion pulmonaire qu'a présentée la maladie le lendemain de l'opération était due au chloroforme, car elle avait eu des vomissements et conservé une saveur sucrée pendant deux jours. Mais là s'arrête le rôle du chloroforme dans la production des phénomènes insolites que nous avons observés à la suite de l'opération.

C'est bien à une scarlatine vraie, à une scarlatine qui se développe chez les opérés, que notre malade a eu affaire. Cette scarlatine qui est, le plus souvent, irrégulière dans son mode de début ou sa marche, a été signalée depuis longtemps par Maunder, Crisp, Bradbent, Callender, par Verneuil. Cette complication, à laquelle James Paget a consacré quelques pages de sa clinique chirurgicale, est loin d'être rare. Sur quarante-trois enfants auxquels on avait pratiqué la taille, Thomas Smith a vu survenir sept fois la scarlatine dont l'apparition de l'exanthème a varié du premier au troisième jour après l'opération.

Les symptômes présentés par la malade se rapportent exactement à la scarlatine : éruption scarlatineuse, mal de gorge et tuméfaction ganglionnaire dès le lendemain de l'opération, en même temps ascension brusque de la température ne pouvant être imputée à l'état de la plaie qui allait bien, puis desquamation de la muqueuse linguale et plus tard de toute la surface du corps. Dans l'observation, le début de la période de desquamation n'est pas signalé exactement, ce n'est que la chute de l'épiderme des doigts qui a attiré notre attention; la desquamation se faisait déjà depuis plusieurs jours sur la poitrine lorsque nous nous en sommes aperçu pour la première fois.

Le traitement de l'anévrysme de l'artère axillaire par la compression indirecte est rarement employé. Ce fut Desault qui, le premier, eut recours à cette méthode; il avait imaginé de comprimer l'artère axillaire au-dessus de la tumeur, au moyen d'un petit bâtonnet fixé, par son extrémité supérieure, contre une planche qui était placée horizontalement au-dessus du chevet du lit, et appuyant par son extrémité inférieure sur la face supérieure de la première côte derrière la clavicule; le malade fut effrayé de cet appareil et il quitta l'hôpital (Broca, *Anévrysmes*). Plus tard, en Angleterre, la compression indirecte fut essayée par Miller et ne réussit pas davantage. Malgré les perfectionnements de l'instrumentation chirurgicale, cette méthode de traitement est délaissée parce qu'elle donne des résultats peu satisfaisants; cependant M. Verneuil aurait, dans un cas, obtenu une amélioration considérable. Dans le cas qui nous occupe, la compression a eu pour résultat de faire diminuer l'expansion et le souffle de la tumeur; peut-être, si elle avait été continuée longtemps, aurait-on pu obtenir un résultat des plus avantageux, mais M. Richet, n'y comptant pas, se décida à employer la méthode ancienne : l'ouverture du sac.

Cette opération a été faite deux fois seulement, par Syme (d'Edimbourg). Dans le premier cas, la poche anévrysmale était très volumineuse puisque l'on put en extraire sept livres de caillots; néanmoins cette opération, « effroyablement hardie » (Lefort), fut suivie de succès et le malade sortit de l'hôpital six semaines après l'opération.

La tumeur anévrysmale de notre malade était bien moins volumineuse puisqu'elle ne dépassait pas une noix en grosseur; cette opération, qui est très hardie quand il s'agit d'anévrysmes comme celui qu'a opéré Syme, a bien plus de chances de succès lorsque la tumeur est petite et peut être circonscrite sans de grands délabrements.

Les suites de l'opération ont été des plus simples; la plaie a guéri assez rapidement sans aucune complication locale.

Nous ferons remarquer les douleurs violentes qu'éprouve la malade plusieurs mois après l'opération; tantôt ces douleurs se localisent autour du pli du coude, tantôt elles s'étendent jusque dans la main. Elles sont parfois assez vives pour troubler le sommeil ou rendre impossible tout travail manuel.

Quelle est la pathogénie de ces douleurs? Elles sont probablement dues au tiraillement ou à la constriction des nerfs du plexus brachial par la cicatrice qui les englobe; il suffit de mouvements répétés d'abduction du bras pour que l'irritation de ces nerfs donne lieu à des névralgies qui ne cèdent qu'au repos.

La deuxième observation a trait à un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale terminé d'une façon fâcheuse bien que les moyens employés pour sa guérison ne fussent pas très graves par eux-mêmes; mais on agissait là sur un mauvais terrain, sur un albuminurique, sur un individu dont la constitution était profondément troublée par une altération rénale déjà ancienne.

Voici cette observation :

Obs. II. — Simon Auguste, âgé de cinquante-huit ans, entre le 19 avril dans le service du professeur Richet.

Ses antécédents héréditaires sont excellents : père mort à l'âge de quatre-vingt-trois ans d'une maladie inconnue; sa mère, âgée de quatre-vingt-sept ans, vit encore et n'a jamais été malade. Un frère de cinquante-six ans et une sœur de soixante et un ans très bien portants. Quant à lui, il n'a jamais été malade jusqu'en juillet 1881; à cette époque, il a eu, probablement, une affection de poitrine sur laquelle il ne peut donner de renseignements précis, car son intelligence est des plus médiocres; on lui a mis successivement trois vésicatoires sur le côté gauche et en arrière du thorax. Depuis cette maladie, il est obligé de se lever deux ou trois fois chaque nuit pour uriner. Il y a deux mois et demi environ qu'il s'est aperçu que sa jambe droite était plus grosse que la gauche, surtout le soir; cependant, il n'en souffrait pas.

Il entre le 19 avril à l'Hôtel-Dieu. On constate alors, sous l'arcade crurale droite, l'existence d'une tumeur de forme ovoïde dont les dimensions ont environ 5 centimètres transversalement et 7 de haut en bas. Cette tumeur est le siège de battements très nets. Le maximum du souffle se fait entendre un peu au-dessous de l'arcade crurale.

Tout le membre inférieur droit est augmenté de volume, son diamètre atteint presque le double de celui de gauche; les veines sous-cutanées sont dilatées à droite. Les battements de la pédieuse, très nets à gauche, sont imperceptibles à droite.

Le 3 mai, M. Richet veut essayer la flexion forcée avant de

faire la ligature de l'iliaque externe. Le membre, fléchi autant que possible, est maintenu dans cette situation à l'aide de la bande d'Esmarch qui passe sous la cuisse droite, puis derrière le cou et l'épaule gauche. Pour que la jambe droite ne reste pas fléchie constamment, on place des coussins pour la maintenir élevée.

Le 4 mai, la gêne qu'occasionne cet appareil a empêché le malade de dormir.

Le 8, on retire la bande d'Esmarch et on constate que la tumeur n'a pas subi de modifications bien notables, sauf cependant le mouvement d'expansion qui est un peu moins prononcé; mais le frémissement est toujours très net. Le membre est laissé libre.

Le 13, après avoir fait un bandage ouaté compressif à tout le membre, on fait la compression immédiate de la tumeur à l'aide d'un gros tampon de ouate qui est maintenu avec la bande d'Esmarch enroulée en spica.

Le 14, l'application de cet appareil a été très douloureuse, surtout le premier jour : néanmoins il est laissé en place.

Le 15, la compression est supprimée et le membre est laissé libre. La consistance de la tumeur a augmenté, le frémissement est moins marqué, bien que très perceptible; l'œdème du membre a diminué.

Le 18, il éprouve des douleurs violentes au niveau de l'aine droite depuis que l'on a fait la compression. La cuisse reste légèrement fléchie, car l'extension est très douloureuse.

Le 20, la partie supérieure de la cuisse se tuméfie; les battements de l'anévrysme sont presque imperceptibles.

Le 24, la tuméfaction est considérable au niveau et au-dessous du pli de l'aine; il existe un empâtement inflammatoire dont le maximum correspond au siège de l'anévrysme; au toucher, on perçoit une sensation de chaleur beaucoup plus considérable qu'à l'aine gauche. Le membre repose sur le lit par sa face externe; il est un peu fléchi. Etat général assez bon; peu d'appétit.

Le 28, la tuméfaction de la cuisse a diminué un peu; les veines sous-cutanées sont toujours dilatées; la moitié droite des bourses est fortement œdématiée. L'urine contient une grande quantité d'albumine. Le bruit de souffle s'entend encore, mais les battements ne peuvent être perçus. L'appétit diminue de plus en plus.

Le 5 juin, l'état général devient mauvais; la peau présente une coloration jaunâtre de cire vieille. L'œdème du membre inférieur et des bourses est toujours considérable.

Les douleurs du côté de l'anévrysme sont peu violentes; mais l'empâtement et la chaleur de la région persistent au même degré; le souffle s'entend encore nettement; une pression un peu forte permet de sentir le frémissement; il n'y a plus d'expansion.

La tuméfaction s'étend à 10 centimètres environ au-dessus de l'arcade crurale et à 5 centimètres environ au-dessous; il existe en un point correspondant au tiers externe de cette arcade une saillie hémisphérique du volume d'une moitié d'orange.

Le 10, M. Richet pratique une ponction avec la seringue de Pravaz dans cette saillie; il extrait un liquide purulo-sanguinolent.

Le 12, l'état local reste le même, mais l'état général s'aggrave de plus en plus; le malade expectore difficilement des crachats visqueux; depuis la veille il est dans la somnolence.

Le 16, les troubles respiratoires n'ont fait qu'augmenter; l'expectoration est devenue de plus en plus difficile; coma; mort à une heure du soir.

Autopsie. — Comme il y avait opposition à l'autopsie, nous avons dû nous borner à l'examen limité de la tumeur anévrysmale.

La petite saillie ponctionnée avec la seringue de Pravaz était formée par une collection purulente sous-cutanée; autour de celle-ci les muscles obliques de l'abdomen étaient partiellement détruits au niveau de l'anévrysme; les aponévroses ne formaient plus une lame continue, mais étaient représentées par des faisceaux isolés de fibres conjonctives.

Une large incision donne issue à une très grande quantité de pus extrêmement fétide et mélangé de caillots. La cavité que l'on découvre ainsi est nettement limitée du côté de l'abdomen; on trouve là, en effet, une partie épaisse et de nouvelle formation qui fait saillie dans la fosse iliaque interne et qui sépare les intestins de la collection purulente.

Inférieurement, cette cavité est très mal limitée; après avoir enlevé une grande quantité de caillots, les muscles sous-jacents apparaissent profondément altérés; ils sont ramollis, usés, dans une assez grande étendue.

La partie de l'artère fémorale située au-dessous de l'anévrysme est épaissie; quant aux nerfs et à la veine fémorale, il nous a été impossible de les distinguer tant la région avait subi de modifications et vu le peu de latitude qui nous était laissé pour examiner le sujet.

Quel traitement pouvait-on appliquer à cet anévrysme?

On peut diviser les moyens en trois catégories (Després) : 1° les réfrigérants et la glace unis à la compression avec une bande roulée; 2° la compression avec un appareil calqué sur les bandages herniaires; 3° la ligature qui peut se faire par trois procédés : *a.* par la méthode ancienne; *b.* par la méthode de Brasdor, c'est-à-dire au-dessous de la tumeur; *c.* par la méthode d'Anel ou au-dessus de la tumeur.

Nous ne discuterons pas les médications de chacun de ces procédés et nous arriverons aux moyens employés par M. Richet pour traiter l'anévrysme du malade en question.

La flexion forcée de la cuisse à laquelle M. Richet eut recours est de date récente. Ce fut Ebsworth qui, en 1844, eut le premier l'idée de l'employer à la cure des anévrysmes. Cette vue de l'esprit reçut la sanction de la pratique grâce à Babington qui guérit un anévrysme de la fémorale sous le ligament crural en maintenant la flexion de la cuisse pendant deux mois.

Eldridge (1875) obtint aussi un excellent résultat par la flexion de la cuisse pendant vingt-quatre jours et parvint ainsi à guérir un anévrysme traumatique à marche rapide.

Ce moyen, rarement employé pour la cure de l'anévrysme de l'artère fémorale au pli de l'aine, n'est pas exempt de dangers puisque Rose a observé la rupture de la tumeur.

La flexion forcée qui a été maintenue pendant cinq jours chez notre malade n'a pas donné de résultats satisfaisants; on a dû la supprimer à cause de la gêne considérable qu'elle apportait; on a constaté alors une diminution dans l'expansion de la tumeur, mais son volume et les battements présentaient les mêmes caractères. Aussi M. Richet recourut-il à la compression, se promettant, si cette dernière ne réussissait pas, de faire la ligature de l'iliaque externe.

La compression fut faite avec un gros tampon d'ouate maintenu sur la tumeur à l'aide de la bande d'Esmarch; une bande roulée autour du membre entier en empêchait l'infiltration.

La compression provoqua des douleurs violentes dès le premier jour et on dut la supprimer le troisième jour. A partir de ce moment, le malade souffrit au niveau de la tumeur et peu à peu se développèrent les phénomènes propres à la suppuration : la peau devint rouge, chaude, et la région malade augmenta de volume; la cuisse ne tarda pas à se fléchir lentement et l'extension devint impossible à cause des douleurs qu'elle provoquait.

La rupture du sac et la suppuration consécutive rendirent impossible la ligature de l'iliaque externe que M. Richet se proposait de faire. D'ailleurs, le malade était profondément débilité et on avait constaté à plusieurs reprises la présence de l'albumine dans les urines, ce qui diminuait les chances de succès en cas d'intervention. Un pareil accident, à la suite de la compression, n'est pas un fait isolé.

Dans un cas de Albers (de Brême) la compression exercée avec un tourniquet à pelote amena au bout de deux mois l'inflammation de la tumeur; après la disparition de cet accident, la compression fut reprise et mieux supportée.

Dans un cas de Frur la tumeur prit tout à coup une teinte livide et parut menacée de gangrène; néanmoins le malade se rétablit et vingt-deux ans après il mourut, épuisé par la suppuration provoquée par l'ulcération du sac (Broca, *Traité des anévrysmes*).

Leyman Spalding vit la tumeur, le lendemain du jour où la compression directe fut appliquée, doubler de volume; elle était très douloureuse et elle cessa de battre; trois mois après, elle s'enflamma de nouveau et suppura; le malade guérit.

A côté de ces cas parsemés d'accidents, il en est d'autres

où la compression directe donna les meilleurs résultats; chez notre malade, sous son influence, la tumeur augmenta de consistance et le frémissement diminua notablement.

Un fait nous a frappé dans l'observation que nous avons rapportée, c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation est devenue suppurative; peut-être faut-il en accuser l'état des reins, révélé par l'albuminurie. Il existe des observations où la compression fut maintenue pendant des mois entiers sans que la suppuration survînt. Chez notre malade elle fut exercée pendant trois jours à l'aide d'un tampon très compressible qui rendait impossible la contusion des parties sous-jacentes et elle fut suivie de suppuration.

Depuis longtemps déjà, notre excellent maître, M. Verneuil, a montré que les malades affectés de dyscrasies ne se comportent pas à l'égard des traumatismes comme les individus indemnes de lésions viscérales; ce cas vient se ranger à côté des exemples nombreux où cette influence est démontrée (Bruchet, *Thèse*, Paris, 1881). Il est possible que, sans l'albuminurie, la compression n'eût pas été suivie de suppuration et eût ainsi permis de faire la ligature de l'iliaque externe qui donne des résultats assez satisfaisants.

Il serait téméraire, sans doute, de tirer des conclusions de deux faits; ils montrent néanmoins que les anévrysmes siégeant à la racine des membres sont peu justiciables de la compression, que celle-ci soit pratiquée sur la tumeur ou au-dessus d'elle, qu'elle soit exercée avec des bandages ou appareils spéciaux ou par la flexion.

L'appréciation de la gravité du moyen employé pour la cure des anévrysmes doit s'inspirer non seulement de la nature de l'intervention, mais encore de l'état général du sujet.

CORRESPONDANCE

De l'antisepticité de l'iode en présence des matières albuminoïdes.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Paris, le 16 juin 1883.

Je viens de lire avec un vif intérêt le mémoire que M. Dubujadoux vient de publier dans le n° 24 (15 juin 1883) de la *Gazette hebdomadaire, sur l'antisepticité de l'iode en présence des matières albuminoïdes*. Il me semble que notre honoré confrère n'a pas tenu compte de tout ce qui a été publié sur ce sujet, il y a déjà longtemps, dans mon traité d'*Iodothérapie*, dont la première édition a paru en 1855 (aux pages 608 et suivantes) et la seconde en 1865 (aux pages 821 et suivantes); il y aurait trouvé des observations et des expériences qui démontrent que l'iode, à n'en pas douter, est un antiseptique puissant, un antiputride, un antivirulent, doué de la propriété d'empêcher et d'arrêter *la fermentation* (en ce temps-là, il y a plus de quarante ans, il n'était question ni de microbes, ni de vibrions, ni de bactéridiens, ni de bacilles) et les venins, les virus n'en étaient pas moins détruits, annihilés par l'iode employé localement et en injections dans le tissu cellulaire et les cavités renfermant du pus de mauvaise nature. Des faits cliniques et des expériences faites par M. Duroy sur différentes substances, le gluten, le lait, le sang, l'albumine, le pus, avaient démontré que l'iode *à dose convenable* avait empêché la putréfaction de ces liquides. Il aurait vu que Magendie avait étudié les effets de l'iode sur le sang et autres liqueurs animales; qu'il avait, avec des solutions iodées concentrées, conservé à l'air des substances animales; qu'il avait mis de la fibrine dans une solution d'iode, et qu'au bout de quelques jours, cette solution décolorée enlevait encore toute odeur de putréfaction (2e édit., p. 829) et que la putréfaction ne se produisait que lorsque l'iode disparaissait, soit par combinaison, soit par évaporation, ce qui démontrait que pour empêcher la putréfaction de se produire, il fallait de temps en temps ajouter une nouvelle quantité d'iode, ce qui se fait soit par les pansements, soit par les injections renouvelées dans le tissu cellulaire ou dans les cavités; il aurait vu en outre qu'avec des dissolutions iodées, M. Selmi avait conservé des pièces anatomiques dont la structure des tissus n'était pas modifiée, et que cette conservation était parfaite, soit pendant l'immersion, soit après la dessiccation de la pièce suffisamment iodée. Dans tous les cas, c'est donc une affaire de dosage et on arrive facilement à arrêter la fermentation ou à détruire les microbes, les vibrions, les bactéridiens en employant une dose d'iode assez forte pour agir convenablement.

Il résulte de tous les faits cliniques, devenus très communs, et de toutes les expériences, que l'iode, soit en solution aqueuse ou ou alcoolique, soit dissous par l'iodure de potassium, l'acide tannique, l'émétique, est un antiputride, un antiseptique, un désinfectant par excellence et qui n'est jamais dangereux pour l'homme, quoique employé à une dose assez forte et d'une manière convenable; qu'il guérit le charbon, le farcin, etc.

Je n'entrerai pas dans de plus longs détails relativement à l'action de l'iode sur tous nos tissus, sur toutes les liqueurs animales; ils sont longuement énumérés dans mes traités d'iodothérapie; seulement qu'on me permette de rappeler que ces propriétés antiseptiques, antivirulentes sont connues depuis plus de quarante ans, n'en déplaise à ceux qui ne font remonter la propriété antiseptique et antivirulente de l'iode qu'aux travaux et aux recherches de Davaine, en 1873; cette acquisition scientifique remonte à 1840, et les injections sous-cutanées et les pansements iodés dans le charbon et contre toutes les maladies virulentes ont été publiés par moi en 1855 dans ma première édition et bien avant dans les journaux de médecine. Si notre excellent confrère M. Dubujadoux continue ses expériences sur l'iode, nous espérons qu'il voudra bien tenir compte des travaux de ses devanciers et ne pas attribuer la découverte de l'antisepticité de l'iode à ceux qui n'ont fait que de profiter des recherches des anciens.

Dr BOINET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

PROCÉDÉ A METTRE EN USAGE POUR OBSERVER LES PREMIÈRES RADICULES DU SYSTÈME LYMPHATIQUE ET POUR CONSTATER SI CES PREMIÈRES RADICULES COMMUNIQUENT OU NE COMMUNIQUENT PAS AVEC LES CAPILLAIRES SANGUINS. Note de M. *E. Sappey*. — Le procédé de l'auteur consiste à communiquer aux parois transparentes des capillicules et des lacunes une teinte jaune paille, qui suffit pour les mettre en pleine évidence; et il y est parvenu en remplissant leurs cavités de tout un monde d'organismes végétaux appartenant à la classe la plus infime des cryptogames. Si les microbes prolifèrent rapidement dans le plasma de la lymphe, ils prolifèrent avec non moins de rapidité et d'abondance dans le plasma sanguin. Or, pour que leur présence devînt un procédé de démonstration, il importait qu'ils se montrassent exclusivement dans les capillaires lymphatiques et nullement dans les capillaires sanguins. L'auteur a obtenu ce résultat en injectant dans les vaisseaux sanguins un liquide acidulé, assez abondant pour entraîner leur contenu; en d'autres termes, au plasma sanguin, si favorable au développement des microphytes, il substitue une solution au sein de laquelle ils ne peuvent proliférer. Dans ces conditions, nul vestige de microzyma ne se montre dans les capillaires sanguins. Les premières origines du système lymphatique, remplies au contraire de cellules colorées, apparaissent donc seules sur le champ du microscope et se montrent avec une si grande netteté, qu'il devient facile de les étudier dans leur ensemble, dans leurs moindres détails et dans toutes leurs infinies variétés. Or l'emploi de ce procédé, si propre à résoudre la question de la communication des capillaires lymphatiques avec les capillaires sanguins, l'a conduit à conclure qu'il n'y a pas lieu d'admettre cette communication; les vaisseaux lymphatiques à leur origine sont partout hermétiquement clos. Le plasma sanguin pénètre dans leurs premières radicules par voie de simple

transsudation ou de capillarité, en subissant seulement de légères modifications. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Recherches sur la rage. Note de M. *Paul Gibier*. — Pour introduire le virus rabique obtenu en délayant la matière cérébrale dans l'eau, l'auteur substitue à la trépanation la perforation à l'aide d'un petit foret introduit dans l'espace hémisphérique, l'animal ayant reçu une piqûre de morphine. Il rapporte quelques faits tendant à démontrer : 1° que la rage est transmissible de la mère au fœtus; 2° que la présence de corps étrangers dans l'estomac (débris de bois, paille, etc.) a peu de valeur au point de vue du diagnostic; 3° que l'atténuation du virus rabique peut être obtenue par le froid. Il décrit enfin un organisme spécial trouvé par lui dans le liquide rachidien des animaux morts de la rage.

Microbe de la fièvre jaune. — M. *de Lacerda* soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. de Quatrefages, un mémoire relatif à un organisme qu'il a rencontré en abondance chez les individus qui ont succombé à la fièvre jaune, et qu'il classe parmi les champignons. Ce champignon serait très répandu dans les divers organes et se trouverait particulièrement dans la bile, le foie, les reins, les liquides vomis, le cerveau. Le mémoire est accompagné d'une planche qui représente les diverses phases de l'évolution de cet organisme.

Traitement des maladies vermineuses. — M. *F. Tovo* adresse un mémoire *sur un produit thérapeutique d'électrisation interne, destiné à combattre les maladies vermineuses*.

Germes contagieux des cadavres. — M. *Ch. Depérais* soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Nouveau traitement des cadavres, ayant pour but la destruction des germes contagieux qu'ils peuvent contenir.*

Sur la respiration dans l'air raréfié. Note de MM. *Fraenkel* et *Geppert*. — « Nous arrivons par nos recherches, dit l'auteur, aux résultats suivants :

» 1° En faisant respirer un chien dans un espace bien aéré, en même temps qu'on diminue lentement la pression de l'atmosphère, il ne se produit aucun changement jusqu'à une raréfaction de l'air à 400 millimètres environ. Si l'on continue à diminuer la pression barométrique jusqu'à 1/3 de sa valeur normale, la respiration devient plus fréquente et plus profonde. Plus tard, une grande faiblesse musculaire et une envie de dormir se manifestent et amènent l'animal à une somnolence complète, en même temps que la dyspnée cesse presque entièrement.

» 2° Ces symptômes s'expliquent par la diminution de l'oxygène dans le sang, diminution qui s'observe, d'après nos expériences, contrairement à ce qu'a trouvé M. P. Bert, à partir d'une pression de 400 millimètres. Lorsque la pression n'est plus que de 1/3 d'atmosphère, l'oxygène du sang est réduit à la moitié de la quantité normale.

» 3° Ce résultat démontre que le mal de montagne ne provient pas d'une diminution de la quantité d'oxygène absorbée par les poumons.

» 4° La pression du sang dans les artères varie peu sous l'influence de la raréfaction de l'air...

» 5° L'intérêt principal de ces recherches réside dans les faits constatés relativement à l'influence de la raréfaction de l'air sur la nutrition des tissus. Nous nous sommes bornés à mesurer l'élimination journalière de l'urée, après avoir nourri l'animal pendant plusieurs jours de manière à lui faire excréter la même quantité d'azote qu'on lui faisait parvenir par sa nourriture. Régulièrement, après un séjour de six à huit heures dans l'air, dont la pression était amoindrie à 1/3, l'élimination de l'urée augmentait et restait la même pendant plusieurs jours après la fin de l'expérience. Cette augmentation est la suite d'une destruction des tissus, qui se produit par suite de la diminution d'oxygène, en dédoublant les substances albumineuses dont se composent les tissus. Les produits de désassimilation contenant de l'azote sont emportés par l'urine, pendant que les substances non azotées se déposent sous forme de graisse dans le corps, à cause du manque d'oxygène. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Garrigou* (de Toulouse) envoie une note manuscrite relative à la communication faite par M. le docteur *Semmola* (de Naples) à l'avant-dernière séance sur l'albuminurie.

L'Académie reçoit : 1° pour le concours du prix Desportes de 1883, un mémoire anonyme sur *l'action physiologique et thérapeutique de la scille* (Inscrit sous le n° 9) et de M. le docteur *Campardon* deux mémoires manuscrits sur la *quassine* et sur le *thym* (Inscrit sous le n° 10) ; 2° pour le concours du prix Godard de 1883, un ouvrage de M. le docteur *Baudrimont* (de Bordeaux), sur *la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille* (Inscrit sous le n° 4) ; 3° deux mémoires anonymes sur la question posée pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance en 1883. (Inscrits sous les n°s 2 et 3.)

M. *Ory* (de Saint-Etienne, Loire) envoie un volume intitulé : *La protection de l'enfant et de l'adulte. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. le syndic d'Acquapendente (Italie) informe l'Académie de la résolution de cette commune d'élever un monument à la mémoire de Fabricius d'Acquapendente et sollicite sa souscription à cette œuvre.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *P. Denucé* (de Bordeaux), un ouvrage ayant pour titre : *Traité clinique de l'inversion utérine;* 2° de la part de M. le docteur *Francotte* (de Liège), un livre intitulé : *La diphthérie considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement;* 3° au nom de M. le docteur *Dandois* (de Mellet, Belgique), un ouvrage ayant pour titre : *Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies.*

M. *Mathias Duval* présente un travail manuscrit de M. *Carlet* (de Grenoble), intitulé : *Le procédé opératoire de la sangsue.*

M. *Laboulbène* fait hommage, au nom de M. le docteur *Mordret* (du Mans), d'un volume ayant pour titre : *De la folie à double forme, circulaire, alterne.*

M. *Brouardel* présente, de la part de M. le docteur *Walter Douglas Hogg*, un ouvrage intitulé : *La médecine publique en Angleterre.*

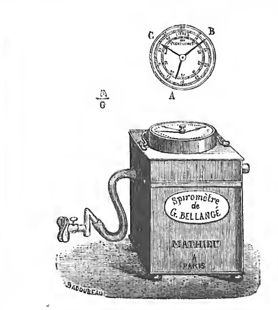
M. *Larrey* dépose, au nom de M. *Lambert*, un *Traité pratique de botanique.*

M. *Gariel* offre, en son nom et au nom de M. le docteur *Desplats*, les deux premiers fascicules de leurs *Éléments de physique médicale.*

M. *Rochard* présente plusieurs *Instructions populaires d'hygiène*, rédigées par M. le docteur *Armaingaud* (de Bordeaux).

M. *Villemin* dépose un *Rapport* de M. le docteur *Frilet* sur les *vaccinations pratiquées à Biskra. (Commission de vaccine.)*

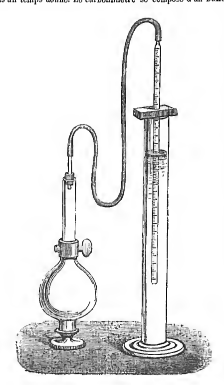
M. *Laboulbène* présente à l'Académie, au nom de M. *G. Bellangé*, chef de laboratoire à la Faculté, une série d'appareils destinés à la mensuration de la capacité



pulmonaire, de l'air expiré dans un temps donné, et au dosage des gaz de la respiration. Les appareils imaginés dans ce but par M. Bellangé sont les suivants : 1° une embouchure ; 2° un spiromètre ; 3° un carbonimètre.

L'embouchure est disposée de telle façon que l'orifice buccal puisse être abso-

lument clos, que l'air inspiré vienne toujours du dehors et que l'air expiré se rende dans le tube en caoutchouc. Le spiromètre, muni de trois aiguilles indicatrices, peut mesurer une inspiration maximum aussi bien que la quantité d'air expirée dans un temps donné. Le carbonimètre se compose d'un ballon en verre se



continuant avec un tube muni d'un robinet et fermé en bas par un bouchon. C'est dans ce ballon, rempli d'air expiré, que l'on absorbe, à l'aide d'une solution de potasse, tout l'acide carbonique pour mesurer le volume qu'il occupait. M. Laboulbène insiste sur l'utilité en clinique de ces divers appareils.

ÉLECTION. — Par 44 voix sur 83 votants, M. *Benjamin Ball*, porté en seconde ligne par la section, est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Woillez, décédé. — M. Siredey, porté en première ligne, obtient 34 voix; M. Cadet de Gassicourt, 4 et M. Bouchard, 1.

RESPIRATEUR ÉLASTIQUE. — M. le docteur *Bazile Féris*, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, présente un appareil dit *Respirateur élastique*, dont le but est d'atténuer la dyspnée chez les emphysémateux. Cette oppression étant due à ce que certaines parties du poumon dilatées outre mesure n'expirent plus par suite de la perte de l'élasticité pulmonaire, l'auteur a eu l'idée de remplacer cette élasticité organique absente par une élasticité métallique. Dans cette intention, il se sert d'une sorte de bandage herniaire double, dont la courbure de la lame d'acier entoure le thorax, tandis que la pelote, un peu aplatie et rembourrée, vient s'appliquer sur le sommet du poumon emphysémateux. Sous l'influence de cette pression élastique, l'expiration se reproduit, puis les muscles inspirateurs surmontent facilement le faible obstacle du ressort, et le jeu de soufflet de la respiration est désormais établi.

PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — Parmi les causes d'insalubrité que la Commission croit devoir signaler à Paris, il restait à statuer, d'une part, sur l'influence des dépotoirs et des dépôts de voirie situés dans la banlieue, et d'autre part sur l'action des émanations provenant des égouts. Ce sont ces parties des conclusions que l'Académie discute aujourd'hui.

M. *Méhu* déclare tout d'abord que les progrès hygiéniques réalisés depuis quelques années dans les usines des environs de Paris sont tels, qu'il ne peut partager les craintes exprimées à la séance précédente par M. Le Fort; les dépotoirs à air libre sont d'ailleurs beaucoup trop éloignés de la capitale pour l'infecter et être une des causes de la fièvre typhoïde; c'est dans les latrines et dans le réseau des égouts que les odeurs incriminées ont leur source principale. Où transporter ces dépotoirs et de quel droit imposer aux petites communes les millions de kilogrammes de matières fétides que rejette Paris? Le problème ne serait pas résolu parce que l'on repousserait les établissements insalubres aux limites du département de la Seine. Ce qu'il faut faire, c'est généraliser la destruction des ferments des matières putrescibles, avant leur sortie du milieu qui les produit, latrines, abattoirs, halles.

Au nom de la Commission, M. *Rochard* lit un rapport sommaire, qui donne gain de cause à M. Le Fort dans la rédaction qu'il proposait relativement aux dépotoirs et aux dépôts de voirie. Mais la Commission ne saurait, comme il le demandait encore, accepter que l'Académie « tranche par un simple vote, sans discussion, sans examen, la question du déversement des matières solides et liquides à l'égout ». Une Commission officielle est actuellement chargée de cette étude; plusieurs membres de l'Académie en font partie; elle est entourée de nombreux renseignements, puisés à l'étranger et en France, et il n'y aurait aucun avantage à émettre un vœu formel, comme à la légère, dans un sujet aussi difficile; ce serait tout au moins faire une œuvre inutile et mériter le reproche de vouloir contrôler, sans éléments suffisants d'informations l'action des pouvoirs publics.

Tel n'est pas l'avis de M. *Léon Le Fort;* étant d'avis que les mauvaises odeurs senties à Paris viennent des égouts et des tuyaux d'évent, il estime que l'Académie doit se prononcer, d'ores et déjà, contre des projets tendant à augmenter encore le méphitisme de la canalisation souterraine, ne serait-ce que pour ne pas négliger d'appeler l'attention sur les dangers que ces projets doivent faire courir en ce qui concerne la propagation de la fièvre typhoïde. Les médecins peuvent au moins montrer leur accord à cet égard.

M. *Brouardel*, bien que partageant l'opinion de M. Le Fort sur le fond du débat, pense que l'Académie ne peut actuellement conclure dans cette question. Il fait à ce propos l'historique des délibérations de la Commission technique d'assainissement de la Seine et les difficultés qu'elle a à résoudre. Un grand nombre de fosses fixes, non étanches, infectent aujourd'hui le sous-sol parisien; par quoi faut-il les remplacer? Par une canalisation spéciale aux matières de vidanges ou en empruntant les égouts pour l'évacuation de celles-ci? Le maintien des fosses fixes entraîne, d'autre part, l'usage de tuyaux d'évent projetant des émanations dangereuses dans l'atmosphère; la nécessité de les vider dès qu'elles sont remplies, amène les propriétaires à retarder le plus possible cette opération et par suite à restreindre l'usage de l'eau dans les cabinets; elles ont enfin pour corollaires l'existence des dépotoirs et le déversement dans la Seine de près de 1000 mètres cubes de vidange chaque jour. M. Brouardel montre ensuite que le système des égouts parisiens actuels est défectueux, bien que supérieur à celui de la plupart des autres capitales de l'Europe, et qu'il ne peut être nettoyé assez vite ni assez complètement pour permettre la chasse très rapide des matières, condition qu'il devrait remplir si on voulait y projeter les matières fécales; en outre, les crues de la Seine en rendent chaque année le fonctionnement impossible pendant au moins deux mois.

La question est en effet complexe, fait à son tour remarquer M. *Trélat*, et il ne suffit pas de dire qu'il faudra empêcher les matières d'être déversées à l'égout directement. Que faire des vidanges? Si vous les conservez dans des fosses fixes, c'est l'usage de l'eau que vous restreignez dans les cabinets, car si le mètre cube d'eau ne coûte que 30 cen-

times à son arrivée dans la maison, il exige une dépense de 6 à 7 francs lorsqu'il s'agit de l'enlever des fosses. Si, au contraire, vous les faites évacuer par une canalisation spéciale, ce sont des dépenses considérables auxquelles vous obligez la Ville, tout en n'empêchant pas la plupart des immondices de passer par les égouts.

L'Académie, après avoir entendu ces diverses observations, adopte les conclusions réservées, sous la forme suivante proposée par la Commission :

« Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et des dépôts de voirie et veiller à la stricte exécution des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire.

» Réparer les égouts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage, tout en réservant la question du meilleur mode de vidange. »

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Rapports. — Trépanation du crâne. — Influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs. — Présentation d'instrument.

M. *Nicaise* fait un rapport sur une observation d'exostose de l'humérus, au niveau de l'insertion du muscle brachial antérieur, par M. Poulet.

M. Nicaise fait un second rapport sur un travail de M. Schwartz : Synovite à grains riziformes de la gaine radio carpienne; incision, curage, pansements antiseptiques; guérison.

— M. *Demons* (de Bordeaux) lit une observation de trépanation tardive des os du crâne. Il s'agit d'un individu qui, après une chute sur la tête, fut pris d'accès épileptiformes et plus tard d'hémiplégie. Six mois après l'accident, M. Demons fit la trépanation au niveau du sillon de Rolando. Le trépan fut appliqué sur une fêlure du crâne. La dure-mère était enflammée; issue de sérosité purulente. Les attaques épileptiformes cessèrent et l'hémiplégie disparut. Le malade est guéri.

M. *Lucas-Championnière*. L'opération est d'autant plus indiquée que, même si l'on ne tombe pas sur un foyer de fracture, le malade guérit. Le malade opéré en 1874 par M. Lucas-Championnière est demeuré guéri. La méthode de mensuration conseillée par M. Lucas-Championnière n'est pas mathématique, mais elle rend des services au point de vue chirurgical.

M. *Le Fort*. L'expérience et la clinique montrent qu'on a trépané souvent un peu au hasard, et que les malades ont guéri. Un individu qui avait fait une chute entre à Beaujon avec des attaques épileptiformes surtout à droite, mais se généralisant. Pas d'élévation de la température, ni d'accélération du pouls. Il existait une petite plaie sur le côté gauche du crâne; une incision mit à nu l'extrémité d'une fêlure crânienne. Application d'une couronne de trépan; la dure-mère parut normale, et elle fut respectée. Tous les accidents disparurent. Le malade n'eut plus d'accès pendant un an; puis il eut un nouvel accès, et ce fut tout.

M. *Polaillon*. En employant les pansements antiseptiques, comme l'a fait M. Demons, on se met à l'abri de la méningo-encéphalite consécutive. M. Polaillon a fait un rapport à l'Académie de médecine sur une observation envoyée par M. Sylvestrini. Un garçon de quinze ans avait reçu un coup de pied de cheval à la tempe gauche, d'où un enfoncement du crâne. Un mois après, convulsions épileptiformes et hémiplégie; application du trépan; ablation de caillots fibrineux; méningo-encéphalite; mort. A l'autopsie, on trouva deux abcès dans le cerveau.

M. *Chauvel* a rapporté, il y a deux ans, un fait qui n'a été qu'un succès temporaire; l'individu a succombé un an après l'opération.

— M. *Trélat* continue la discussion sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs. Nous cherchons, après bien d'autres chirurgiens, l'influence des états pathologiques antérieurs, quels sont les risques opératoires, etc., en un mot, nous cherchons des règles pour la saine pratique chirurgicale.

Chaque opération comporte trois choses que l'antisepsie n'enlève pas : 1° il faut, en effet, compter avec les phénomènes nerveux et l'état moral du malade avant l'opération; 2° il y a toujours une perte de sang plus ou moins considérable; 3° avec ou sans fièvre, l'opéré doit fournir à la cicatrisation de la plaie. L'opéré qui se trouve dans le meilleur état possible ne peut échapper à ces trois conditions.

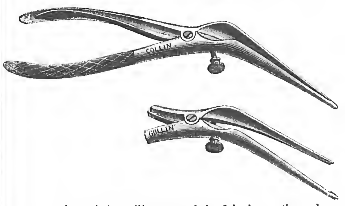
Sur presque tous les points, M. Trélat est d'accord avec M. Verneuil; seulement ils ont un langage différent pour exprimer les mêmes idées. Les albuminuries expérimentales, étudiées dans la thèse de M. Capitan, expliquent l'albuminurie transitoire du malade de MM. Verneuil et Redard. De même, la thèse de M. Dreyfous sur le coma diabétique montre qu'un effort ou une émotion peut amener, chez un sujet atteint de diabète, des accidents mortels, au même titre qu'une opération.

La tuberculose marche par étapes successives, sans trauma; c'est une maladie qui a une marche fatale, et qui tuera avec ou sans trauma; que le traumatisme aggrave l'état général, M. Trélat l'accorde. Mais, pour démontrer l'influence du trauma, il faut des milliers d'observations pour déterminer la conviction. Jusqu'à ce que vous apportiez des preuves cliniques nombreuses, vous n'êtes pas autorisé à dire que c'est le trauma qui amène la méningite tuberculeuse.

Nous tirerons un grand bénéfice de cette discussion. M. Verneuil a apporté de nouveaux matériaux montrant qu'il faut se défier des états pathologiques préexistants. A l'avenir, nous saurons mieux comment se comportent les diabétiques, les cancéreux, les tuberculeux, etc., lorsqu'ils sont atteints par un traumatisme.

M. *Marjolin* fait connaître le résultat de ses observations sur l'influence des traumatismes sur le développement de la méningite tuberculeuse chez les enfants. M. Marjolin ne croit pas que le traumatisme, chez les enfants tuberculeux, les prédispose à la méningite autant que semble le croire M. Verneuil.

— M. *Nicaise* présente au nom de M. *Tripier*, de Lyon, un *dilatateur-gouttière* construit par M. Collin. Cet instrument est destiné à faciliter tout à la fois la pratique des contre-ouvertures et l'établissement des drains. Au moyen d'incisions, on fait traverser de part en part le foyer par une



sonde cannelée, qui sert de conducteur au dilatateur, les branches en haut. La sonde retirée, on retourne le dilatateur de manière que les branches soient en bas et l'on rapproche ces dernières pour dilater le trajet, après quoi on place le drain.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Bactérie péritonéale : M. Nepveu. — Absorption du sang dans le péritoine : MM. Remy et Grenet. — Quinidine : M. Laborde. — Appareil à réfrigération : M. P. Gibier.

M. *Nepveu* communique une nouvelle observation dans laquelle il a eu l'occasion d'examiner la sérosité péritonéale. Chez une malade de M. Dumontpallier, opérée par M. Verneuil pour une obstruction intestinale, il a constaté dans le liquide péritonéal de nombreux bactériens (micrococcus isolés, doubles ou en chaînettes). Chez cette malade, il a pu suivre plus complètement la marche de la température, qui s'est élevée d'abord à 39 degrés, puis est descendue à 35; sous l'influence d'injections d'éther, elle était remontée à 39°,4 une heure avant la mort.

— MM. *Remy* et *Grenet* ont recherché ce que devient le sang injecté dans la cavité péritonéale; ils ont vu que les globules sont absorbés presque en totalité par les lymphatiques du diaphragme, qui présente toujours à sa partie centrale des réseaux injectés en rouge. Les ganglions lymphatiques font obstacle à la circulation des globules absorbés, car le canal thoracique n'en contient qu'une très faible quantité, même après une longue absorption.

— M. *Laborde* complète la série de ses communications sur les alcaloïdes du quinquina, en indiquant les propriétés physiologiques de la *quinidine*. Il a montré déjà qu'avec de la *quinine* pure (trois cachets) les animaux n'ont pas de véritables convulsions; ils présentent seulement de l'ivresse quinique et du tremblement. Avec la *cinchonine*, on voit se produire de grandes attaques épileptoïdes; les accès sont moins violents, mais encore franchement convulsifs, avec la *cinchonidine*; enfin, avec la *quinidine*, on retrouve des accès épileptiformes peu intenses, mais constituant bientôt un véritable état de mal, pendant lequel succombent les animaux. M. Laborde insiste de nouveau sur l'intérêt de ces recherches physiologiques pour l'examen des produits délivrés dans le commerce sous le nom de *quinine*, et qui contiennent souvent, comme il l'a montré, de fortes proportions de cinchonine et de cinchonidine.

— M. *P. Gibier* a imaginé un appareil destiné à produire des températures basses, qu'on peut graduer à volonté en 0 et — 45 degrés. Une communication détaillée sur ce sujet a été présentée par lui à l'Académie des sciences dans la séance du 4 juin 1883 (voy. les *Comptes rendus*).

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Propriétés hygiéniques et thérapeutiques du cresson : M. Grellety (Discussion).— De l'alimentation par la poudre de viande : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *C. Paul* donne lecture, au nom de M. *Grellety*, d'une note relative aux propriétés hygiéniques et thérapeutiques du cresson. M. Grellety se demande si cette plante, dont il se fait journellement une énorme consommation, mérite bien la confiance populaire qui lui a été de tout temps accordée. D'après une analyse de M. Chatin, le cresson renferme une huile essentielle sulfo-azotée dont la base est l'allyle, un extrait amer, de l'iode, du fer, du phosphore, quelques sels, et les éléments de tout tissu végétal. Les deux premiers de ces principes ont parfois une action irritante, et les autres sont difficilement supportés par l'estomac; aussi le cresson est-il très indigeste, surtout lorsque la tige a acquis un certain développement, et semble-t-il devoir être dépossédé d'une réputation bien usurpée. Il partage d'ailleurs cette indigestibilité avec toutes les autres crucifères.

M. *N. Gueneau de Mussy* pense qu'il est bien difficile de porter un jugement certain sur la valeur thérapeutique de toute substance dont l'action est lente et dont les effets ne se manifestent qu'au bout d'un temps assez long; cependant il a constaté dans quelques cas les propriétés utiles et réelles du cresson. C'est comme *dépuratif* que l'opinion populaire préconise le cresson, c'est-à-dire, dans un langage plus scientifique, comme efficace contre les affections herpétiformes, et c'est en effet dans des cas de ce genre qu'il peut fournir de bons résultats. — M. N. Gueneau de Mussy fut appelé à donner ses soins à une dame de soixante ans qui avait été traitée, depuis près de quinze ans, pour un eczéma chronique très étendu; elle présentait, en particulier, un eczéma de la langue, qui rendait la déglutition pénible et très douloureuse. Elle avait été soumise, par divers médecins du plus grand mérite, à tous les modes de traitement usités en pareil cas, mais n'en avait retiré aucun bénéfice. Après avoir essayé de nouveau, sans plus de résultats, l'arsenic, le mercure, etc., M. N. Gueneau de Mussy conseilla de cesser tout traitement et prescrivit de prendre chaque jour du cresson en assez grande quantité. La malade se mit à une ration quotidienne de deux à trois bottes de cresson, et lorsqu'elle vint revoir M. N. Gueneau de Mussy, cinq à six mois plus tard, elle avait obtenu une amélioration surprenante : l'eczéma de la langue, par exemple, avait entièrement disparu. — Plus récemment, une autre malade, également affectée d'eczéma ancien, s'est fort bien trouvée du traitement par le cresson, institué à la suite de la médication arsenicale. — M. N. Gueneau de Mussy est d'avis qu'il ne faut pas condamner ainsi le cresson sans avoir instruit sa cause; il le regarde d'ailleurs comme bien moins indigeste que ne le croit M. Grellety. On peut employer le cresson de trois manières : en nature et cru, ou bien sous forme de suc, ou encore cuit, haché et assaisonné au beurre; il peut, dans ce dernier cas, remplacer les épinards et n'a pas, comme ceux-ci, l'inconvénient de provoquer la diarrhée chez un certain nombre de personnes. Le suc, ou jus de cresson, peut être préparé chez soi ou dans les pharmacies; celui que fournissent les pharmaciens a, en général, une teinte jaunâtre et possède une odeur sulfureuse désagréable, due sans doute au procédé de filtration employé. Il est préférable de le préparer soi-même : après avoir lavé le cresson et enlevé les radicelles, on le hache grossièrement, puis on l'écrase à l'aide d'une petite presse en fonte émaillée. On obtient ainsi un beau jus vert, qui n'a d'autre inconvénient que de laisser dans la bouche une certaine âcreté; on y remédie facilement en faisant prendre, aussitôt après le suc de cresson, du sirop d'écorce d'oranges amères ou du sirop de raifort dont les principes sont synergiques de ceux du cresson. M. N. Gueneau de Mussy insiste sur la nécessité de laver soigneusement les feuilles de la plante pour éviter une inflammation de la bouche qui se produit dans quelques cas, une légère croyance populaire attribue cette action nocive au cresson sur lequel ont frayé les crapauds; peut-être est-ce une erreur, mais il est certain que le lavage à grande eau supprime tout inconvénient analogue.

M. *Campardon* emploie le cresson depuis vingt ans dans les affections dartreuses et en obtient de bons résultats.

M. *C. Paul* est d'avis que les tiges du cresson sont d'une

digestion difficile; il a observé, avec le suc, le même inconvénient. — Un de ses clients, glycosurique, qui dose soigneusement chaque jour le chiffre de ses urines, a recherché l'influence des divers aliments sur son diabète : il a constaté que l'oseille et le cresson amènent une diminution sensible du taux de la glycose excrétée. M. C. Paul a administré, depuis deux mois, du cresson à plusieurs diabétiques de son service et jusqu'ici les résultats obtenus paraissent assez satisfaisants.

M. *Catillon* fait observer que le suc de cresson préparé dans les pharmacies ne prend une couleur jaune et une odeur sulfureuse que s'il a été chauffé pour coaguler l'albumine végétale et le clarifier. Filtré à froid, il reste vert et n'exhale aucune odeur désagréable.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas expérimenté le cresson, mais un de ses principes constituants, le sulfure d'allyle : c'est un antiputride et un antizymotique énergique. L'ail et les diverses crucifères en renferment de notables quantités. Il est remarquable de voir ces plantes faire partie de l'alimentation de presque tous les peuples; en Russie, par exemple, l'ail est employé, en même temps que les bains de vapeur, dans le traitement de la rage. Le sulfure d'allyle s'élimine par les voies respiratoires et communique à l'haleine des mangeurs d'ail son odeur particulière.

M. *C. Paul* fait remarquer que le cresson doit contenir beaucoup moins de sulfure d'allyle que l'ail, car l'haleine des personnes qui en font une grande consommation ne présente nullement l'odeur caractéristique que l'ail lui communique.

M. *E. Petit* rappelle que dans les pays chauds on préconise le suc de canne sauvage contre le diabète; or le principe actif de ce suc paraît être l'acide oxalique. N'y a-t-il pas là une confirmation de l'influence de l'oseille sur la glycosurie, relatée par M. C. Paul ?

M. *C. Paul* reconnaît que, chez son malade, l'oseille rend la quantité de glycose urinaire plus faible; mais la tomate, qui renferme une forte proportion d'oxalate de potasse, n'a pas le même effet.

M. *Duhomme* croit que c'est là une question qui demande de nouvelles expériences. Il rappelle que l'urine de certains glycosuriques renferme constamment une notable quantité d'oxalate de chaux, tandis que chez d'autres ce sel fait entièrement défaut.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait connaître un moyen facile d'enlever à la poudre de viande, employée pour l'alimentation des malades, toute odeur désagréable et repoussante. Ce procédé, inventé par M. Debove, consiste à délayer dans un bol deux cuillerées à bouche de poudre de viande avec de l'eau froide, jusqu'à dissolution complète, au moins en apparence, puis à ajouter deux cuillerées de sirop de sucre et deux cuillerées d'une liqueur quelconque, au goût du malade : curaçao, chartreuse, kirsch, etc. On obtient ainsi une préparation que les malades trouvent fort agréable. En donnant de cette façon, chaque jour, six cuillerées de poudre de viande aux phthisiques, on obtient des résultats remarquables.

M. *Féréol* fait connaître une recette tout analogue, imaginée par un de ses malades auquel il avait prescrit la poudre de viande, et qui, pour enlever à cet aliment son goût désagréable, le dilue dans l'eau froide et lui ajoute de la poudre de vanille et deux cuillerées d'anisette.

M. *N. Gueneau de Mussy* pense qu'il vaudrait mieux employer le rhum, la plupart des liqueurs étant fabriquées avec des alcools frelatés qui ne sont pas administrés sans inconvénients.

M. *C. Paul* croit que l'on pourrait mélanger la poudre de viande, ainsi qu'on le fait pour la viande crue, à des bouillons de légumes fortement aromatisés ou à des herbages cuits.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que ce procédé serait défectueux, car l'odeur de la poudre de viande, que l'on s'efforce de faire disparaître, augmente lorsqu'elle est soumise à une élévation de température même minime. La formule indiquée par M. Debove lui semble devoir être préférée.

— A cinq heures la séance est levée.

André PETIT.

VARIÉTÉS

LES ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX.

Plusieurs journaux politiques, entre autres le *Temps* et le *XIXe siècle*, annoncent qu'une décision a été enfin prise par M. le ministre de l'intérieur, sur la demande introduite par M. Quentin devant le conseil de surveillance, — et adoptée par ce conseil, — relative à l'admission des accoucheurs dans tous les jurys de concours de l'Assistance.

Voici quelle serait cette décision : « 1° Les accoucheurs ne prendront point part aux jurys du Bureau central; 2° ils pourront être tirés au sort pour les jurys d'élèves (externat, internat, médailles); 3° le jury de concours des accoucheurs subira l'adjonction de deux chirurgiens sur sept juges. »

Cette décision nous paraît absolument juste. C'est celle qu'a préconisée la *Gazette hebdomadaire*. Il est équitable, en effet, qu'il n'entre pas d'accoucheurs dans les jurys du Bureau central de médecine et de chirurgie, où leur incompétence est évidente. Nous n'avons pas besoin de revenir sur une démonstration faite et refaite à satiété. Il est juste qu'un accoucheur puisse entrer dans les jurys de l'externat et de l'internat, concours où peuvent être données des questions d'accouchement. Enfin nous admettons volontiers l'adjonction de deux chirurgiens dans le jury pour le concours d'accouchement.

Nous nous serions volontiers désintéressé de cette dernière solution. Les questions de médecine opératoire et de chirurgie nous paraissent tellement secondaires dans le concours des accoucheurs, qu'il nous semblait à peu près indifférent qu'elles fussent bien ou mal jugées. Cependant elles existent, et, jusqu'à ce qu'on les supprime, il est meilleur sans doute qu'elles soient appréciées par des chirurgiens, en ces matières plus compétents que des accoucheurs.

Il est d'ailleurs un autre argument développé ici avec autorité par notre collaborateur M. Porak : il faisait remarquer que le nombre des accoucheurs est trop restreint pour que les jurys ne soient pas, pour ainsi dire, immuables; toujours les mêmes membres le composeraient, ce qui est un grave inconvénient. L'adjonction de deux chirurgiens y apportera des éléments nouveaux, et par conséquent plus indépendants. Nous ne pouvons donc qu'applaudir au troisième terme de la décision de M. le ministre.

Nous nous félicitons donc, si tant est que la nouvelle est exacte. Nous pensons que tous y applaudiront comme nous, car nous ne connaissons guère dans la presse que le *Progrès médical* qui ait défendu, avec quelque ardeur, la mesure intempestive proposée par M. Quentin et acceptée par le conseil de surveillance.

Généalogie de la famille de Marie-François-Xavier Bichat, dressée par le docteur Labrély, de Poncin, d'après des actes authentiques de la paroisse de Poncin. Les degrés de parenté ont été dressés par rapport à Marie-François-Xavier Bichat. *(Voy. au Feuilleton.)*

- JOACHIM. Chanoine, né à Poncin, en 1684. Mort 31 mars 1742. Grand-oncle paternel.
- THÉRÈSE. Née en 1687. Morte 19 oct. 1753. Grand'tante paternelle.
- FRANÇOIS. Receveur des traites foraines de Poncin. Né en 1699. Mort 29 déc. 1785. Marié à Françoise Bichat. Grand-oncle pat. et grand-père.
- FRANÇOISE-CLAUDINE. Née en 1693. Morte sans post. 8 nov. 1763. Grand'tante pat.
- JOSEPH. Praticien et bourgeois de Poncin. Né en 1697. Mort sans post. 10 avril 1768. Grand-oncle pat.
- CLAUDE-FRANÇOIS. Bourgeois de Thoirette. Marié à Marie-Anne Jayr. Il vivait encore en 1778. Grand-père paternel.

- JEANNE. Née à Poncin, 20 janv. 1736. Morte sans post. 4 sept. 1737. Tante mat.
- BARBE. Née à Poncin, 15 mars 1738. Morte sans post. 23 juin 1802. Tante mat.
- FRANÇOISE. Née à Poncin, 13 mars 1739. Tante mat.
- MARIE-MARGUERITE. Née à Poncin, 8 mars 1743. Mariée, le 3 fév. 1773, à Louis Buisson, libraire à Lyon. Tante mat.
  - MATHIEU-FRANÇOIS-RÉGIS BUISSON. Né à Lyon, en 1770. Mort en oct. 1804. Cousin de Bichat et son collaborateur dans ses travaux. Il était docteur de Paris (sept. 1802).
- MARIE-THÉRÈSE. Née à Poncin, 29 sept. 1747. Morte le 20 avril 1748. Tante mat.
- JOACHIM. Jésuite. Né en 1730. Mort à Poncin, 25 janv. 1810. Oncle mat.
- PAUL-XAVIER. Né 3 sept. 1748. Oncle maternel.
- JEANNE-ROSE. Née 21 mars 1741. Morte à Poncin, 26 déc. 1809. Mariée à son cousin germain Jean-Bapt. Bichat. Elle fut la mère de notre Bichat.
- JEAN-BAPT. Marié à Poncin, le 11 sept. 1770, à sa cousine germaine, Jeanne-Rose Bichat. Il fut docteur en méd. et vivait encore en 1809. Il fut le père de notre Bichat.
- JEAN-PIERRE. Négociant à Lyon. Oncle pat.

- MARIE-FRANÇOIS-XAVIER, l'illustre physiologiste. Né à Thoirette, 14 nov. 1771. Mort à Paris, 22 juill. 1802.
- CLAUDE-JOSEPH-FRANÇOIS-RÉGIS. Né 12 sept. 1773. Mort à l'âge de 13 mois, le 1er nov. 1774. Frère.
- PIERRE-JEAN-BAPT.-CÉSAR. Né le 14 mars 1770. Marié à Marie-Colette-Caroline Monnier, de Poligny.
- MARIE-ROSE. Née le 7 mars 1778. Morte en 1809. Elle fut religieuse.

- JEAN-MARIE-FRANÇOIS-XAVIER-ADOLPHE. Doct. en méd. à Poncin. (Reçu à Paris, le 16 avril 1828.) Né le 30 mars 1800, et tenu sur les fonts par son oncle, notre physiologiste. Mort en 1847. Marié à Dlle Bruyne de Clay.
- ERNEST. Militaire. Décédé sans postérit. Neveu pat.
- HECTOR. Né en 1807. Employé à Bicêtre. Neveu patern.
- OLYMPE-MARIE. Mariée à Adet de Roseville, docteur en médecine, médecin-adjoint de la prison de Saint-Lazare. Nièce pat.
- CAROLINE-CAMILLE. Née le 4 août 1809. Mariée à Robert, fermier d'annonces. Nièce pat.
- MARIE-ROSE-FÉLICIE. Mariée à Cuilleron de Lacour, employé des postes à Paris. Nièce pat.
- MARIE-AIMÉE-FÉLICIE. Née à Poncin, 14 mars 1802. Morte à Poncin le 21 juin suivant. Nièce pat.

MORTALITÉ A PARIS (24e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 juin 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1081, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 8. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 21. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 68; au sein et mixte, 36; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 97; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 58; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 24e semaine. — La mortalité continue à être relativement faible à Paris. 1081 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique. C'est le chiffre le plus faible qu'on ait observé depuis le commencement de l'année.

Presque toutes les maladies épidémiques ont diminué de fréquence. Toutefois la rougeole fait exception : 31 décès ont été causés par cette maladie au lieu de 20 et de 22 que nous comptions la semaine précédente. Le chiffre actuel n'est pas très inquiétant par lui-même; ce qui le rend digne d'attention, c'est la fréquence des cas de maladie signalés par les trop rares médecins qui veulent bien envoyer au service de statistique des avertissements sur les cas de maladie épidémique. Le service a reçu cette semaine 113 bulletins de cas de rougeole, au lieu de 70 ou 80 qui lui parviennent ordinairement. Le IXe, le Xe et surtout le XIe arrondissement paraissent surtout atteints. Déjà, dans un de nos derniers bulletins, nous avions signalé le XIe arrondissement comme présentant de nombreux cas de rougeole. Nous signalons aux habitants de cet arrondissement l'observation faite par un des médecins de ce quartier : plusieurs enfants auraient contracté des maladies épidémiques au square Parmentier, en jouant avec de jeunes convalescents, encore mal guéris de leur maladie. Excepté la rougeole, les principales maladies sont en décroissance.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 21 juin 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ADMINISTRATION SANITAIRE A PARIS. — LA VACCINATION OBLIGATOIRE EN ANGLETERRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES : LA LIQUEUR DE PEARSON.

La discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur les conclusions du rapport de M. J. Rochard s'est fortifiée, mardi dernier, d'un document venu du dehors; c'est une importante lecture de notre distingué collaborateur, M. A.-J. Martin, sur les moyens pratiques d'assurer l'organisation de cette direction spéciale de l'hygiène publique qu'a demandée l'Académie elle-même en votant une des conclusions du rapport, et qu'étudie en ce moment la septième commission du Conseil municipal de Paris. Tout le monde, en effet, dans la Compagnie et ailleurs, a senti le besoin de centraliser le service de la santé publique; mais beaucoup ne connaissent qu'imparfaitement les défauts du système qui fonctionne actuellement, et pourraient être embarrassés d'indiquer les moyens d'y porter remède. C'est sur quoi M. A.-J. Martin a voulu éclairer l'Académie et le public dans une étude approfondie qui, bien écrite et bien lue, a constamment captivé l'attention de l'auditoire. Nous sommes heureux de pouvoir la mettre tout au long sous les yeux de nos lecteurs.

— Nous appelons également l'attention sur le résumé que nous donnons plus loin (p. 436) du débat engagé à la Chambre des communes d'Angleterre sur la vaccination obligatoire, qui, de l'autre côté de la Manche comme chez nous, a des partisans et des adversaires convaincus. Ceux qui liront le discours si ferme et si chaleureux de Sir Playfair et qui songeront en même temps à la rigueur des mesures qu'a déjà prises l'Administration britannique contre la propagation des maladies contagieuses, ne pourront s'empêcher de remarquer cette autorité du bon sens pratique chez un peuple si jaloux de la liberté individuelle.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La Faculté de médecine à l'Université tchèque de Prague. — Élection d'un professeur à l'Université allemande. — Orthodoxie théorique. — Les viticulteurs hongrois et le docteur Lesser. — Influence d'un prospectus de librairie sur la valeur commerciale des vins. — Conférences de vacances à l'usage des praticiens à Buda-Pest. — A propos de la création d'une troisième Université magyare. — L'affaire de Tisza-Eslar. — Ce que l'on devrait faire à propos du témoignage des enfants dans les affaires criminelles.

La Faculté de médecine de l'Université tchèque de Prague s'organise; l'acceptation d'un seul professeur, le docteur Tomsa, est aujourd'hui un fait accompli; on avait proposé M. Lambl pour la chaire d'anatomie pathologique; au 1er mai dernier, sa nomination n'était pas définitive. On dit que le docteur Spina, de Vienne, sera sûrement nommé à la chaire de pathologie générale et expérimentale; rien n'est encore arrêté pour l'enseignement clinique.

Dans le camp allemand on s'agite; une décision récente du collège professoral a provoqué une certaine émotion parmi les *privat docenten*. On devait nommer un professeur extraordinaire; le candidat du public et des élèves était le docteur Fischl, que son enseignement clair et très suivi et ses travaux remarquables désignaient au suffrage des juges. Là comme partout, il faut compter avec les froissements, les petites aversions; il paraît que Fischl comptait des ennemis parmi les électeurs. On a rendu hommage à ses qualités de maître, mais on a refusé nettement de lui accorder le grade de professeur extraordinaire sous prétexte qu'il soutenait des théories que l'on ne pouvait admettre dans la Faculté. Prague a, comme d'autres centres universitaires, des querelles, des intrigues, une orthodoxie scientifique en dehors de laquelle on ne peut aspirer à rien. Malgré tout, le nombre des médecins chargés de fonctions académiques y est vérita-

LIQUEUR DE PEARSON.

C'est la seule préparation à base d'arséniate de soude que nous ayons au Codex. Nous aurions bien désiré la voir disparaître, mais ce n'est pas encore pour cette fois-ci ; la routine l'a emporté.

Sa composition :

Arséniate de soude..........	0gr,05
Eau distillée................	30 grammes.

indique assez qu'elle date du temps (toujours beau pour les Anglais) où florissaient l'once et le grain.

Puisqu'en France, aujourd'hui, nous n'admettons que le système décimal, ne serait-il pas préférable d'avoir une *solution officinale d'arséniate de soude* ainsi conçue :

Arséniate de soude..........	1 gramme
Eau distillée................	100 —

Elle ferait ainsi le pendant de la liqueur de Fowler qui contient l'arsénite de potasse au centième, et s'emploierait comme elle par gouttes, tandis que la liqueur de Pearson se prend par grammes, ce qui crée une confusion plus dangereuse qu'on ne pense.

Il y a deux ans, nous avons été témoin d'une erreur commise par une jeune fille de vingt ans, et qui nous a vivement impressionné.

Cette personne avait consulté un docteur-pharmacien qui exerce les deux professions dans une ville de la banlieue Est de Paris.

Ce praticien la soumit à la liqueur de Pearson jusqu'à la dose d'une cuillerée à café par jour, c'est-à-dire 0gr,01 d'arséniate de soude environ, quantité convenable puisque l'arséniate de soude contient douze équivalents d'eau. Quelque temps après, devant l'insuccès de sa médication, il changea le produit arsenical et prescrivit la liqueur de Fowler à la dose de 6 à 10 gouttes par jour. Malheureusement il n'y mit aucune prudence ; il ne donna point d'ordonnance écrite, il n'inscrivit même pas sur l'étiquette du flacon le nombre de gouttes à prendre par jour, il ne donna aucun avertissement sur la toxicité du médicament, enfin il osa en délivrer 60 grammes ! Comme il est de règle absolue de ne jamais laisser dans les mains des clients une grande quantité d'un médicament toxique qui doit être pris par gouttes, ce chiffre de 60 grammes, — dose suffisante à cent cinquante jours de traitement, — fait venir à la pensée un soupçon de mercantilisme. La jeune fille qui habitait Asnières et devait par conséquent traverser Paris pour rentrer chez ses parents, oublia la conversation du bi-praticien, et, voyant un liquide incolore comme celui qu'elle prenait auparavant, avala dans un peu d'eau une cuillère à café de liqueur de Fowler !

Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'elle en fut très malade et nous croyons même qu'à cette heure elle en souffre encore.

Cet exemple ne doit pas être unique et en cherchant dans ses souvenirs, chacun en trouverait peut-être de semblables.

Il nous semble donc utile de pousser au remplacement de la liqueur de Pearson par la solution citée plus haut, et, si les médecins sont de notre avis, ils l'emploieront et forceront ainsi la main aux futurs rédacteurs des annexes du Codex.

Pour les cas où il est nécessaire d'ajouter l'action des alcalis à celle de l'arsenic, voici la formule que nous conseillerions et qui est extraite de la pratique de M. le professeur Hardy :

Arséniate de soude.........	0gr,10
Bicarbonate de soude........	20 grammes
Eau distillée...............	300 —

Faire dissoudre, filtrer et renfermer dans un flacon à l'émeri.

On en prescrit de 1 à 2 cuillerées à bouche par jour.

Le flacon contient 20 cuillerées, ce qui fait 1 gramme de bicarbonate de soude et 0gr,005 d'arséniate de soude par cuillerée à bouche.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène publique.

La prophylaxie administrative des maladies contagieuses humaines a Paris. — Communication faite à la séance de l'Académie de médecine du 26 juin 1883 par M. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris.

A son avant-dernière séance, l'Académie de médecine a adopté, sur le rapport de M. Rochard, le vœu que « tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique ». Cette résolution, formulée à l'occasion des

---

blement prodigieux ; le collège des docteurs découragé en présence de cette multitude de maîtres de tout grade renonce à peu près à la lutte ; ses membres n'assistent que rarement et par acquit de conscience aux réunions ; lorsque la Faculté tchèque sera parvenue au plein exercice, il y a lieu de supposer que le médecin étranger à l'enseignement, s'occupant exclusivement de ses malades, disparaîtra pour toujours.

— La guerre est déclarée entre un *privat docent* de Berlin bien connu chez nous, le docteur Lesser, et le gouvernement hongrois. Il y a eu intervention de l'Ambassade, échange de notes, publication de pièces ; et finalement les négociations ont échoué. Voici l'origine du conflit : il y a quelque temps les viticulteurs et les négociants en vins s'émurent à propos d'un prospectus de la librairie Hirschwald et qui pouvait alors déprécier singulièrement leurs produits. Ce prospectus annonçait la publication prochaine des planches XIV et XV de l'Atlas de médecine légale de Lesser. La planche XIV aurait pour sujet un cas de diphthérie de la langue et du pharynx produit par le vin de Hongrie ; la planche XV, une hémorrhagie rénale de même origine. C'était extrêmement sérieux ; un liquide hautement apprécié jusqu'à ce jour devenait un poison capable d'engendrer des fausses membranes, de provoquer des hémorrhagies. Le *Gyogyaszat* se fit l'avocat des intéressés, le gouvernement s'émut, et le ministère de l'Agriculture fit faire par l'Ambassade une démarche près de M. Lesser ; celui-ci se rendit de très bonne grâce à l'invitation de changer son titre. Les pièces provenaient, disait-il, d'un enfant de onze jours épuisé par une hémorrhagie grave : on lui avait administré du vin hors de propos. Le médecin appelé l'ayant goûté avait cru que c'était du vin de Hongrie, mais il était difficile de l'affirmer, parce qu'il n'y eut ni expertise, ni analyse chimique. Quand on vint pour l'autopsie et qu'on demanda ce qui restait du liquide malencontreux, on apprit qu'il avait été bu jusqu'à la dernière goutte. L'auteur ne croit pas que les vins de

remarquables discussions auxquelles a donné lieu dans cette enceinte le retour persistant des épidémies de fièvre typhoïde à Paris, acquiert en conséquence une importance toute particulière pour notre capitale.

Presque au même moment, d'autre part, le Conseil municipal renvoyait à sa septième commission une proposition de l'un de ses membres, M. Villard, tendant « à faire étudier et préparer un projet d'organisation d'une direction spéciale de l'hygiène publique à annexer aux services de la Préfecture de la Seine ».

Permettez-moi, messieurs, de vous soumettre à mon tour quelques observations pratiques à ce sujet et de rechercher comment et dans quelles conditions ces vœux me paraissent devoir être réalisés; je n'ai d'autre titre à votre attention que l'accueil qui a été fait récemment à cette tribune à mes travaux sur l'organisation de la médecine publique en France. En vous les signalant avec tant de bienveillance, MM. Proust, Rochard, Bergeron, Henri Gueneau de Mussy, Marjolin et Lagneau leur ont assurément donné la plus haute et la plus enviée des consécrations.

La nécessité d'une concentration des divers services sanitaires de la ville de Paris et du département de la Seine est, on le sait, réclamée depuis longtemps et l'Académie de médecine s'en est elle-même occupée à diverses reprises. Cette question n'a pas tardé, en effet, à s'imposer à tous ceux qui se sont préoccupés de l'étude de la salubrité et de l'hygiène de cette vaste agglomération; mais elle a pris un caractère de plus en plus pressant à mesure que les efforts des hygiénistes sont devenus plus nombreux, que la science sanitaire a fait de plus grandes découvertes et que la comparaison avec les divers services analogues de l'étranger a été mieux connue.

Les mesures d'hygiène et d'assainissement sont chaque jour précisées avec plus de soin; les fonctionnaires chargés de leur application augmentent sans cesse en nombre; d'où vient donc que les bénéfices n'en paraissent pas plus grands pour la population? Il importe, si l'on veut s'en rendre compte, d'examiner comment l'Administration sanitaire, c'est-à-dire l'ensemble des services administratifs organisés en vue de maintenir et de préserver la santé publique, fonctionne à Paris.

I

Voyons d'abord quelles mesures sont prises afin d'assurer dans les plus courts délais la prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses; c'est là en effet aujourd'hui, et dans le monde entier, ce qui caractérise le mieux le degré d'avancement de la police sanitaire intérieure.

Qu'on suppose un cas de fièvre typhoïde se déclarant dans l'un de ces logements où M. Marjolin exerce chaque jour son apostolat de charité. Si le malade reste chez lui, personne n'en sera prévenu que le médecin du service de l'Assistance publique à domicile qui le viendra visiter. A moins que le logement ne soit un garni, auquel cas l'article 12 de l'ordonnance du 7 mai 1878 enjoint au logeur d'en informer le commissaire de police, la maladie pourra continuer son cours sans que l'Administration soit mise à même d'en empêcher la propagation aux proches et aux voisins.

Si le malade est allé frapper à la porte d'un hôpital et qu'il ait pu y être reçu, ou si, ne se refusant pas à y être transporté, l'une des voitures spéciales, dont l'usage commence à se généraliser à Paris, l'y a conduit, la Préfecture de police en recevra du moins la notification par le directeur de cet hôpital.

S'agissait-il d'un décès de fièvre typhoïde, le bureau de l'état-civil de la mairie dans la circonscription de laquelle il a eu lieu, l'aura également fait connaître à l'Administration par l'envoi quotidien de ses déclarations à la Préfecture de police et au service de la statistique municipale, ce dernier service ressortissant à la Préfecture de la Seine.

Le corps médical parisien a, il est vrai, été prié il y a trois ans de faciliter les déclarations des cas de morbidité pour les affections contagieuses, et toutes les mesures auxquelles les médecins ont pris l'habitude de ne jamais se refuser dans toutes les villes où pareille organisation existe, ont été prises avec grand soin pour lui en rendre l'accomplissement aisé; or, sur 2000 cas de ce genre en moyenne par semaine, 150 à 200 au plus sont notifiés par cette voie au bureau seulement de M. Bertillon, mais la Préfecture de police les ignore!

L'Administration n'est donc que très imparfaitement renseignée sur l'apparition des maladies contagieuses dans la capitale, et, lorsqu'elle vient à l'être, elle ne reçoit d'ordinaire ses informations que le lendemain du jour où les services qui doivent la renseigner les ont eux-mêmes reçues.

Ce retard est-il du moins compensé par la rapidité des mesures prophylactiques auxquelles de telles déclarations doivent immédiatement donner lieu? La surveillance et l'exécution de ces mesures appartiennent à la Préfecture de police. Avertie par les directeurs des hôpitaux ou par le service de l'état-civil, elle transmet au commissaire de police du quartier l'ordre de détacher un agent au domicile du malade ou du décédé. Les nécessités des services multiples et divers auxquels la deuxième division de la Préfecture de police doit pourvoir, font que la transmission de cet ordre demande encore un jour, si ce n'est plus.

L'agent remet alors au domicile signalé un exemplaire de ces remarquables *Instructions sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde*, que le Conseil d'hygiène a rédigées au mois d'octobre dernier, mais qui nécessitent la

---

Hongrie ait une action spécialement funeste; toute boisson alcoolique aurait pu produire des effets analogues, de sorte qu'il substituerait volontiers dans l'explication de ses planches l'expression vin médicinal à celle qui avait froissé tant de personnes. Le ministère s'empressa de faire part de son succès au *Gyogyaszat*, et lui adressa le texte de la lettre de M. Lesser en le priant de la publier. Le malheur fut qu'il ne triompha pas modestement; qu'en mentionnant les démarches, il laissa échapper plusieurs expressions désobligeantes. Partout les traditions de l'autorité se ressemblent; il y a pour la rédaction des documents un style officiel et indispensable qui leur donne un ton rogue, un caractère de morgue hautaine capable de froisser les gens les mieux disposés; c'est ce qui arriva. « Désireux d'éviter le tort qu'un procédé superficiel (ein oberflächliches Verfahren) pouvait faire au crédit et à la réputation de nos vins, disait M. Matlekovics, le signataire de la pièce en question, j'ai fait faire par notre Ambassade à Berlin une démarche près du docteur Lesser, afin qu'il rectifiât son erreur. » Procédé superficiel, erreur à rectifier sont des mots que les médecins n'aiment guère. M. Lesser s'est fâché. « J'ai déclaré que je croyais, dit-il, je crois encore que la nature des accidents n'avait aucun rapport avec la provenance du vin, mais le ton provocant de M. Matlekovics m'oblige à revenir sur ce que j'ai dit; je maintiendrai le titre que j'avais choisi avant d'avoir reçu aucune communication de l'Ambassade. » L'affaire en est là.

Que de bruit pour un prospectus! Il faut avouer que le beau rôle n'est pas du côté de l'administration; sans doute l'opinion de M. Lesser est discutable. Qu'une cuillerée de vin donnée à un enfant d'une semaine, affaibli et cachectique, puisse produire des accidents, c'est probable; qu'elle amène une diphthérie glosso-pharyngée et des hémorrhagies rénales, c'est autre chose; mais on ne voit pas dans tout cela que les viticulteurs aient sérieusement lieu de s'émouvoir: la plus grande partie de leurs clients ne sont pas des nou-

plupart du temps une instrumentation et des moyens d'exécution qui sont loin d'être à la portée des plus intéressés. Aussi l'Administration est-elle obligée le plus souvent de prendre d'office les mesures indiquées. Encore celles-ci ne comportent-elles d'ordinaire, à la charge des commissaires de police, que la désinfection du local contaminé, uniquement et en cas d'insuffisance des ressources des familles atteintes par la maladie ; les désinfectants sont achetés par le commissaire de police qui s'en fait rembourser sur bons spéciaux. Ce n'est qu'à la fin du mois que la Préfecture de police envoie aux commissions d'hygiène l'indication des maisons où des cas d'affections contagieuses lui ont été notifiés, et c'est alors que les membres de ces commissions peuvent aller contrôler les mesures prises.

Nous n'ignorons pas que la Préfecture de police surveille depuis quelque temps, avec une plus grande sollicitude, l'exécution de ces diverses prescriptions ; toutefois les résultats n'en doivent pas être bien manifestes encore, si nous remarquons qu'au budget de 1881 une économie de 1463 fr. 80 a pu être faite sur le crédit de 1500 francs inscrit au paragraphe du chapitre 11, affecté à la désinfection des locaux occupés par des personnes indigentes atteintes d'affections contagieuses. Il est encore impossible de savoir si les 36 fr. 20 dépensés à cet effet en 1881 ont été plus ou moins dépassés en 1882 ; il ne semble pas, du moins, que le crédit si minime de 1500 francs ait nécessité une subvention supplémentaire.

Ces faits suffisent, pensons-nous, pour prouver que l'Administration sanitaire ne possède pas à Paris la puissance et la rapidité d'action que l'intérêt bien entendu de la santé publique devrait exiger. Qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde, de la variole ou de toute autre affection contagieuse, ce n'est que le troisième jour au plus tôt après la notification du décès que la prophylaxie commence à être appliquée, même dans ses indications les plus essentielles ; quels retards doivent donc subir des mesures de préservation plus complètes ? Il suffit à cet égard de rechercher comment peut être effectué dans ces cas l'assainissement d'une habitation insalubre à Paris, d'autant que cette recherche permet de constater les défauts et les difficultés les plus considérables de notre organisation sanitaire.

On pourrait croire, par exemple, que les visites administratives faites au domicile d'un malade ou d'un décédé de fièvre typhoïde ont permis de signaler l'état de salubrité de ce domicile et, si cet état laissait à désirer, de faire prendre immédiatement toutes les mesures d'assainissement ? Mais il n'en est rien, car de deux choses l'une : ou bien le logement insalubre a été indiqué à l'Administration, soit par la déclaration d'un logeur en garni, soit par un des fonctionnaires préposés à la surveillance des garnis, soit par tout autre fonctionnaire, tels que ceux du service de l'assainissement, des médecins des bureaux de bienfaisance, etc., ou une personne quelconque suivant les facilités accordées par la loi de 1850, ou bien l'insalubrité du logement en question n'est connue que par la visite de contrôle d'un membre du Conseil ou des commissions d'hygiène. Ces constatations, de quelque côté qu'elles viennent, sont toujours tardives ; de plus elles ne peuvent être suivies d'effets immédiats, tout ce qui concerne les logements insalubres étant du ressort de la commission spéciale et des bureaux de la Préfecture de la Seine auprès de laquelle elle a été placée. Les membres de cette commission, lorsqu'ils en ont été requis, se rendent au domicile indiqué, font un rapport qui doit être lu et approuvé dans l'une des séances hebdomadaires de la commission ; ce rapport est ensuite transmis au Conseil municipal, dont un des membres examine plus ou moins promptement l'affaire à son tour, propose au Conseil des conclusions conformes ou demande un supplément d'informations ; les pièces sont, à vrai dire, officieusement communiquées aux intéressés dans l'intervalle ; mais en fin de compte, même pour les mesures les plus simples et qui ne donnent lieu à aucune difficulté, il peut s'écouler plusieurs mois avant qu'elles aient été même notifiées d'une manière définitive et officielle à ceux-ci par le Conseil municipal.

Il faut, d'autre part, remarquer ici que la Préfecture de police, qui, de par la nature de ses attributions, connaît le mieux de toutes les causes d'insalubrité des logements parisiens, s'est vue dépouiller de cette partie importante de l'hygiène de la ville, par l'interprétation de la loi de 1850 qui en a confié le soin à la Préfecture de la Seine, en tant que service municipal.

Ainsi, il faut à Paris au moins trois jours pour que l'Administration sanitaire commence à se préoccuper pratiquement de la prophylaxie appliquée à un cas d'affection contagieuse humaine ; il lui faut un mois pour qu'elle soit bien certaine qu'on ait pratiqué dans le logement une désinfection sommaire, et si une cause d'insalubrité quelconque est reconnue dans ce logement, plusieurs semaines au moins se passent, dans les cas les plus simples, pour qu'elle puisse y porter remède. Et nous ne parlons ici, pour être bref, ni de l'isolement, ni de la vaccination, ni des autres mesures communément employées dans tous les pays où les services d'hygiène fonctionnent. Quelle est donc l'organisation actuelle de l'Administration sanitaire à Paris ?

II

La Préfecture de la Seine et la Préfecture de police se partagent, on le sait, les services de la capitale et du département de la Seine. Aux termes des lois du 3 brumaire an IV et 10 juin 1853, le Préfet de police a été autorisé à exercer

---

veau-nés. Tous les jours il y a des phénomènes graves à la suite d'abus de liqueurs spiritueuses. La publication des observations serait impossible si tous les marchands de vin et tous les distillateurs se coalisaient pour faire une affaire diplomatique à propos des morts ou des maladies produites par l'alcool. L'effroi n'est d'ailleurs guère justifié : le prospectus, fût-il répandu à 100 000 exemplaires, ne diminuerait pas d'un verre la consommation du Tokai, n'en ferait pas baisser l'hectolitre d'un centime sur les marchés européens.

— Les professeurs de la Faculté de médecine de Budapest, réunis sous la présidence du docteur Markusovszki, se sont occupés de l'organisation, pendant les vacances, de cours et de conférences à l'usage des praticiens de campagne. Il est extrêmement difficile à ces médecins de se tenir au courant des découvertes nouvelles, la plupart d'entre eux sont éloignés des villes, d'Universités, des hôpitaux importants. Il y a bien les journaux, mais les renseignements qu'ils renferment sont trop brefs ; puis certaines de ces questions de technique et d'application ne peuvent être apprises que par la pratique. Le meilleur moyen de remédier à ces inconvénients, c'est d'utiliser le temps des vacances, le seul souvent pendant lequel les praticiens puissent s'absenter, et d'organiser les conférences de telle sorte que pendant un laps d'une dizaine de jours, on mette les auditeurs au courant des progrès journaliers de la médecine. A cet enseignement s'ajouteraient les démonstrations et les exercices pratiques capables de le rendre véritablement utile.

— La création d'une troisième Université en Hongrie est toujours chaudement discutée. L'unanimité est loin de régner dans la Commission d'enquête formée pour l'étude de cette question ; elle renferme des avocats, des théologiens, des naturalistes, quelques médecins. Plusieurs membres sont absolument opposés au projet ; selon eux, des deux Universités actuelles, une au moins, celle de Kolosvart, végète et n'a

dans toutes les communes de ce département les attributions que lui a conférées l'arrêté du conseil du 12 messidor an VIII, c'est-à-dire notamment la salubrité de la ville, en prenant, dit l'article 23, « des mesures pour prévenir et arrêter les épidémies, les épizooties, les maladies contagieuses, etc. ». Mais un décret du 10 octobre 1859 a reporté au Préfet de la Seine certaines des attributions essentielles à la salubrité, telles que la petite voirie, le curage des égouts, les fosses d'aisances, etc., si bien que, pour n'en citer qu'un exemple, l'insalubrité dont un habitant a à se plaindre est de la compétence de la Préfecture de la Seine si elle est inhérente à l'habitation, et de celle de la Préfecture de police dans le cas où elle est le résultat de causes extérieures et permanentes. En droit, c'est au Préfet de police qu'il appartient de prendre toutes les mesures de salubrité, celle-ci étant essentiellement du ressort de la police administrative et municipale; mais en fait et dans la pratique, le Préfet de la Seine s'est emparé de quelques-unes de ces mesures.

L'élément exécutif de l'Administration sanitaire se trouve ainsi divisé ; recherchons maintenant s'il en est de même de l'élément délibérant. Le législateur de 1848 avait pensé doter la France, en créant les Conseils d'hygiène, d'institutions susceptibles de produire d'importants résultats au point de vue de la santé publique, et il avait certainement pris pour exemple les très grands services rendus par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, créé depuis 1802. Cependant les pouvoirs de ce Conseil ne cessent d'être diminués, surtout depuis quelques années. La loi de 1850, en décernant aux Conseils municipaux le droit de nommer des commissions de logements insalubres, lui a enlevé l'une des parties importantes des attributions que lui avait conférées l'article 9 du décret de 1848. Et voici qu'une commission dite d'assainissement des cimetières, en 1880, et la commission de statistique municipale, en 1881, ont encore rétréci son cercle d'action; il n'est pas jusqu'à la loi sur la protection de l'enfance qui n'ait soustrait à son influence l'hygiène des nouveau-nés; et ne voit-on pas en ce moment la commission technique dite d'assainissement de la Seine, s'occuper, tout à fait en dehors de lui, de la plus grave et de la plus intéressante des questions d'hygiène qui lui pourraient et lui devraient être soumises. Si bien qu'il en est de ce Conseil comme de ceux qui, en si petit nombre, donnent encore quelque apparence de vie dans nos départements : il ne s'assemble le plus souvent que pour discuter l'autorisation, la révocation ou la translation des établissements dangereux, insalubres ou incommodes.

Le Conseil d'hygiène du département de la Seine a-t-il mérité un tel dédain ? Ne forme-t-il donc pas sans contestation possible, parmi toutes les commissions techniques du service sanitaire en France, celle dont la constitution offre le plus de garanties ? Ses membres ne sont nommés que sur une liste de présentation qu'il dresse lui-même avec le plus grand soin et il comprend ainsi un très grand nombre d'autorités scientifiques ne devant le choix dont ils ont été honorés qu'aux libres suffrages de leurs futurs collègues ; de plus, ses séances se tiennent à intervalles réguliers et sont aussi fréquentes que ses membres peuvent le demander.

Le service d'inspection des établissements classés avec lequel il a des rapports fréquents, offre, d'autre part, depuis sa réorganisation à dater du 1er janvier 1882, un autre exemple de service sanitaire digne de tous éloges, car il se recrute à la suite d'un concours des plus sérieux, reçoit un traitement suffisamment rémunérateur, et est soumis à des obligations exigeant toutes garanties de compétence et de régularité de service. Il en sera probablement de même des inspecteurs de la salubrité des garnis qu'un vote récent du Conseil municipal oblige à créer dans un délai très court.

Par contre, la commission des logements insalubres présente des différences considérables avec l'organisation de ces divers services. Ses membres sont nommés directement par le Conseil municipal au scrutin secret ; par la force des choses, ils ont dû bientôt faire l'office d'inspecteurs, si bien que la compétence et le dévouement dont la plupart d'entre eux n'ont pas tardé à faire preuve plaident absolument en faveur de l'organisation rationnelle de leur service, c'est-à-dire qu'au lieu de leur donner un traitement dérisoire qui ne saurait s'élever à plus de 800 francs annuellement, il serait plus logique, et la bonne expédition des affaires y gagnerait, s'ils en exerçaient complètement les réelles fonctions. M. Théophile Roussel s'était d'ailleurs empressé de signaler, en 1849, à la tribune de l'Assemblée nationale législative, les inconvénients qu'il y avait à enlever aux Conseils d'hygiène, quoique nouvellement créés, une des plus importantes de leurs prérogatives, pour les confier à des Commissions nouvelles, dont l'existence devait être abandonnée au hasard des compétitions et des intérêts locaux. Là où il fallait agir et instituer des inspecteurs armés de moyens d'action rapide, il ne pouvait convenir de former de nouvelles commissions délibérantes. La proposition faite à la Chambre des députés par M. Martin Nadaud, et le rapport récent de M. Hippolyte Maze, ne permettent malheureusement pas d'espérer que les opinions aient changé à ce sujet dans le milieu législatif.

Il résulte de ces considérations que les affaires sanitaires les plus urgentes, celles que nous avons seulement en vue dans cette communication, c'est-à-dire la prophylaxie administrative des épidémies humaines, sont soumises à Paris à des juridictions diverses. Un cas de fièvre typhoïde, pour revenir à notre premier exemple, peut ne pas être notifié à

---

presque pas d'élèves ; en créer une nouvelle, ce serait s'exposer à augmenter le marasme ; mieux vaut améliorer celles qui existent, compléter leur enseignement, leur outillage scientifique. D'autres voudraient des Universités isolées, des espèces d'instituts destinés exclusivement à l'étude du droit, des sciences ou de la théologie ; presque tous s'opposent à la création d'une nouvelle Faculté de médecine. Le professeur Koranyi a soutenu avec beaucoup d'énergie, de logique et de patriotisme la thèse contraire ; il a étudié la question à plusieurs points de vue : selon lui, l'intérêt public exige la fondation d'une autre Ecole supérieure de médecine d'abord parce que le nombre des médecins est insuffisant ; des pays étendus très peuplés en sont absolument dépourvus à cause de leur pauvreté. Autrefois ils avaient des praticiens de second ordre, des chirurgiens venant de Budapest et de Klausenburg ; ceux-ci sont aujourd'hui dépréciés même parmi les paysans, c'est à l'Etat de combler les lacunes et de veiller à la santé du peuple dans ces régions.

Les Ecoles supérieures ont d'ailleurs un but plus élevé que l'instruction professionnelle ; elles servent au développement de la civilisation dans un pays, ce sont des institutions nationales et patriotiques au premier chef. Par suite de sa situation et de sa langue, la Hongrie est nécessairement isolée ; elle ne peut recevoir de professeurs de l'étranger ; ses savants perdent en quelque sorte leur nationalité dès qu'ils veulent publier leurs travaux. La plus grande partie des médecins formés à Vienne en rapportent des idées allemandes et un mépris profond pour leurs confrères ; c'est aussi de ce côté que se portent les malades et tout cela crée une infériorité marquée. Il faut, pour encourager les médecins aux recherches, leur ouvrir des voies nouvelles ; il faut d'autres Facultés afin que les travailleurs ne soient pas perdus pour le pays, qu'ils ne soient plus forcés de s'acheminer vers les Universités allemandes ; il faut favoriser la science hongroise et la relever aux yeux du public. Agir autrement, ce serait méconnaître l'intérêt

l'administration de la Préfecture de police et, s'il l'est, celle-ci n'est pas à même de s'occuper des causes d'insalubrité constatées au domicile où il s'est produit; c'est à la Préfecture de la Seine que cette besogne incombe. Or personne n'ignore quel temps un dossier peut mettre à parcourir la filière administrative par laquelle il lui faut nécessairement passer de part et d'autre. Mais ce qui est plus grave encore, à notre avis du moins, c'est que les responsabilités disparaissent en même temps, tant elle sont partagées.

L'Administration sanitaire d'une agglomération comme celle de Paris et du département de la Seine ne saurait sans de grands dangers être disséminée entre divers services, surtout lorsque chacun des services qui s'en occupent pour une partie n'est pas par lui-même unifié. Les épidémies succèdent aux épidémies; les avertissements des sciences météorologiques, tels que les donne l'importante institution de l'Observatoire de Montsouris, ont beau mettre en garde sur leur apparition; les relevés de notre service de statistique, si habilement fondé et dirigé, en indiquent en vain les mouvements les plus récents et permettent d'en consigner les lois; les indications transmises par les Sociétés savantes, par les efforts si persévérants de la Société médicale des hôpitaux à l'instigation de M. Besnier; tous ces renseignements n'empêchent pas que le paroxysme d'une manifestation épidémique nouvelle ne vienne montrer que tous les efforts tentés, et souvent réalisés, l'ont été en pure perte, faute d'avoir été soumis à une direction pour laquelle M. Proust réclamait, si justement dans son discours du mois de décembre dernier, l'autonomie, la compétence et la responsabilité.

III

Une administration sanitaire ne saurait être différente de tout autre service administratif, et elle doit comprendre: d'une part, des commissions spéciales, possédant des connaissances techniques variées, indiquant les solutions nécessaires ou contrôlant les mesures prises et, d'autre part, un pouvoir compétent chargé d'appliquer les solutions indiquées et ne pouvant s'y soustraire.

Or, à Paris, la première partie de cette organisation existe, avec plus de compétence et d'autorité que partout ailleurs: le Conseil départemental d'hygiène, les Conseils d'hygiène de Sceaux et de Saint-Denis et les commissions d'hygiène des arrondissements suffisent complètement à cette tâche. Les autres commissions, instituées pour exercer diverses parties des attributions qui leur étaient conférées par le décret de 1848, ne peuvent, et les preuves en sont nombreuses, que créer des complications inutiles.

Quant à l'Administration elle-même, il serait vraiment impossible et le plus souvent injuste de lui demander plus d'efforts que son organisation actuelle lui permet d'en consacrer aux services sanitaires. Lorsque la deuxième division de la Préfecture de police a, dans ses attributions, l'« approvisionnement de Paris, la navigation, les poids et mesures, la Bourse, la police de la voie publique, les chemins de fer, les voitures, les incendies » et, par surcroît, « les établissements classés et la police sanitaire, » il lui faut bien donner à tous ces services une égale attention et répartir sur chacun d'eux les éléments dont elle dispose. De même, il n'est pas possible à la première division de cette Préfecture de donner plus de soins à la protection de l'enfance qu'aux aliénés, au service des mœurs, à la recherche des crimes et délits, etc., qui forment pêle-mêle ses attributions.

Comment enfin la deuxième division de la Préfecture de police, qui doit, nous venons de le voir, s'occuper de la plus grande partie de la police sanitaire, entre autres de la prophylaxie administrative des épidémies, ne serait-elle pas chaque jour entravée dans ses recherches et ses efforts à ce sujet, lorsque les logements insalubres dépendent, avec les alignements, les permissions de voirie, etc., de l'un des bureaux de la deuxième division de la Direction des travaux à la Préfecture de la Seine? Et comment serait-elle assez promptement informée des mouvements épidémiques, lorsque le service sanitaire des décès et des médecins de l'état-civil ressortit au bureau des cimetières et pompes funèbres de la première division de l'Administration générale de la Préfecture de la Seine, et lorsque la statistique municipale, même dans sa partie sanitaire, est rattachée à la deuxième section du Secrétariat général de cette Préfecture?

Il convient donc de donner à l'Administration sanitaire une unité d'attributions qui la débarrasse de tous éléments hétérogènes et ne lui donne aucune autre préoccupation. Cette organisation nouvelle est-elle désirable en principe; paraît-elle indispensable?

Il appartient sans doute à chacun des habitants d'une cité de prendre de lui-même les précautions qu'il croit nécessaires contre l'invasion et la propagation des maladies contagieuses; il est loisible à chacun de nous de s'efforcer de trouver un abri contre les causes si nombreuses d'insalubrité des milieux où nous sommes appelés à vivre; ce sont là toutefois affaires particulières dont on ne peut attendre une généralisation suffisante que des progrès des mœurs et de l'instruction. Aussi personne n'a-t-il jamais prétendu qu'en un grand nombre de circonstances, les pouvoirs publics, comme la loi leur en confère d'ailleurs le droit, n'aient aussi le devoir de venir en aide aux efforts tentés par les citoyens eux-mêmes en ce sens? Il faut que de tels soucis soient le moins souvent possible confiés à la sollicitude et à l'action trop fréquemment débile de ces derniers. Que la puissance publique ne s'exerce ainsi qu'avec impartialité et compétence, que son autorité ait en pareille matière une responsabilité et

---

national, car aujourd'hui ni la science ni l'étude ne peuvent plus être cosmopolites.

— L'affaire de Tisza Eszlar, que l'on juge actuellement, mettra la sagacité des médecins légistes magyares à une rude épreuve. On se rappelle qu'il y a un an la fille d'une pauvre veuve disparaissait brusquement; au début, on n'attacha qu'une faible importance à ce fait. Quelques individus plus avisés firent remarquer que l'époque de la disparition coïncidait avec la Pâque israélite; dès lors, les haines mal assoupies se réveillèrent, les légendes relatives aux sacrifices humains furent exhumées; on arrêta à droite et à gauche, on mit au secret, on fit des interrogatoires; enfin on finit par obtenir d'un enfant de cinq ans, fils du gardien de la synagogue, des aveux détaillés, d'après lesquels la jeune fille aurait été tuée au moment de la fête; son frère, un peu plus âgé, les confirma. Pour le coup la fureur est montée à son comble; aux clameurs sauvages de la foule sont venus s'ajouter les hurlements de la meute antisémite: on arriverait probablement à une reproduction des massacres de Bâle et de Strasbourg au quatorzième siècle si l'autorité ne se montrait ferme.

Dans ces derniers temps, l'affaire s'est compliquée: on a retrouvé dans une rivière du pays un cadavre ayant séjourné longtemps dans l'eau et par conséquent difficile à reconnaître; tout fait supposer cependant que c'est celui de la jeune fille disparue. Là est le nœud de la cause; le rapport des médecins légistes, à propos de l'identité, aura dans l'espèce une importance de premier ordre. Cette affaire soulève un autre problème : quelle est la valeur réelle des renseignements fournis par les enfants. Il ne s'agit pas d'un crime vulgaire; une religion et une race comparaîtront à la barre, et la pierre angulaire de l'accusation ce sont les aveux d'un petit garçon de cinq ans. Avant d'utiliser des éléments semblables, on devrait s'assurer que les témoins n'obéissent ni à des incitations, ni à un entraînement que les formalités de l'instruction peuvent faire naître. Dans les affaires crimi-

un contrôle suffisants pour que l'intérêt général soit soigneusement et complètement sauvegardé; et l'on ne fera nulle difficulté de reconnaître que, si la prophylaxie peut et doit être personnelle à l'individu, il y a tout avantage à ce qu'elle appartienne aussi à l'universalité du corps social.

Notre service de police sanitaire maritime, si habilement et si logiquement organisé par M. Fauvel, nous montre assez ce qui peut être obtenu en France dans cette direction. La police sanitaire de la ville de Paris ne sera réalisée qu'autant que son Administration jouira d'une autonomie telle, qu'elle puisse être dégagée de tous services complètement étrangers à la mission qu'elle doit remplir. L'énumération de ceux que nous avons résumés tout à l'heure montre qu'il est aisé de concevoir et d'obtenir leur réunion; nous ne saurions imposer à l'Académie les détails du plan que nous avons cru devoir préparer dans ce but; mais nous en avons dit assez pour montrer qu'il ne peut reposer que sur un simple changement dans le cadre des bureaux. Les deux Préfectures, il est vrai, y sont intéressées et les embarras des revendications politiques peuvent compliquer momentanément le départ de tel ou tel service de l'une à l'autre. Il appartient toutefois à M. le ministre de l'intérieur, directement par voie de décret, comme il a été fait en 1859, de donner satisfaction immédiate à cet égard aux vœux si nombreux déjà des représentants de la population et des corps savants les plus autorisés; il n'y a là qu'une question de santé publique et de bonne administration.

Plus difficile paraît être la répartition plus autonome des nombreux fonctionnaires actuellement employés par les divers services sanitaires en ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses humaines: médecins de l'état-civil, inspecteurs du service de protection de l'enfance, médecins inspecteurs scolaires, membres de la commission des logements insalubres, membres des commissions d'hygiène, inspecteurs du travail des enfants dans les manufactures, service de l'assainissement des habitations, inspecteurs des établissements classés, etc., liste à laquelle il faudra prochainement adjoindre les inspecteurs du service de salubrité des garnis. Ces fonctionnaires ressortissent à divers bureaux; la réunion des attributions spéciales de ces bureaux remédierait assurément à la dissémination de leurs fonctions. Mais comme plusieurs de ces fonctionnaires sanitaires ont été institués en vertu de lois dont l'abrogation ou les modifications ne pourraient être obtenues qu'au prix de longs délais, il sera de longtemps encore impossible à la Ville de Paris de centraliser cette importante partie de son administration, en restreignant toutes ces fonctions à trois groupes au plus, comme en Angleterre, c'est-à-dire à des médecins sanitaires (*medical officers of health*), à des inspecteurs de la salubrité (*inspectors of nuisances*) et à des architectes-ingénieurs-voyers (*surveyors*). Mais ce qui peut être immédiatement réalisé, c'est la réunion dans les mêmes mains des fonctions les plus nécessaires à la prophylaxie des maladies contagieuses, c'est-à-dire la constatation des cas et des décès par ces affections, et l'inspection sanitaire sommaire des logements où ils se sont produits.

Est-il donc impossible à Paris, avec le luxe des fonctionnaires sanitaires que nous venons d'indiquer, d'obtenir que dans les vingt-quatre heures au plus, comme à Bruxelles, à Turin, à Rome, à Berlin, etc., ou même dans ces quarante-huit heures comme dans les villes de l'Angleterre, ces affections aient donné lieu à une inspection et à un assainissement suffisants, quitte à prendre ensuite des mesures d'intérêt plus général et d'une exécution plus longue? Nous ne le croyons pas. Il suffit de confier ce service, comme en tant de pays, à des personnes choisies dans des conditions de compétence spéciale, et auxquelles seront donnés des émoluments leur permettant de se livrer uniquement à leurs occupations.

Le corps médical, assuré désormais que ses efforts donneraient lieu à une action immédiate et réellement efficace, ne se refuserait plus sans doute à faire bénéficier ces services de la déclaration volontaire des maladies contagieuses; les médecins de l'Assistance publique, qui acceptent certains avantages en rémunération des charges auxquelles ils se soumettent avec tant de zèle, y apporteraient volontiers leur concours, sans qu'il soit besoin de recourir, comme en Angleterre, en Belgique, aux Etats-Unis, en Italie, en Danemark, etc., à des contraintes légales, soit pour eux, ou mieux pour les familles, les propriétaires et les logeurs.

On a prétendu que la législation française était insuffisante à l'égard des prescriptions concernant la santé publique; sans doute, les peines auxquelles elle expose n'ont aucun rapport avec les intérêts pécuniaires que cet intérêt supérieur commande souvent de léser. Mais comment la loi pourrait-elle jamais y suffire? Le plus souvent d'ailleurs, alors surtout qu'il s'agit d'appliquer des mesures de prophylaxie à un cas d'affection contagieuse, il est très rare qu'on s'y refuse. On peut en appeler à ce point de vue à la pratique de tous les médecins de la capitale. Et, du reste, les cas litigieux, en présence desquels se trouve la commission des logements insalubres, ne sont-ils pas exceptionnels? Il n'est pas douteux, pensons-nous, que lorsque la population parisienne saura et constatera elle-même que, pour assurer cette prophylaxie, il est inutile d'avoir à perdre son temps au milieu de bureaux éloignés les uns des autres, qui s'ignorent entre eux et se rejettent les responsabilités, lorsqu'elle saura et verra qu'on peut, ainsi que le prouvent tous les exemples des administrations sanitaires bien constituées, comme celles des villes du Havre, de Nancy et de Reims, pour ne citer que celles-là, lui épargner tous ennuis administratifs et la pré-

---

nelles, il y a tant de passions en jeu, qu'il est nécessaire d'écarter tout ce qui peut les exciter. La sympathie ou l'antipathie inspirées par l'accusé influant plus qu'une logique rigoureuse sur le verdict des jurys, l'intervention des enfants, leur exhibition dans le cours des débats, sont parfois de véritables coups de théâtre capables d'acquérir une importance capitale. La vérité, dit-on, sort de leur bouche; rien n'est moins exact : tous ceux qui ont vécu avec eux connaissent leurs écarts d'imagination, leur habileté à forger des histoires; il n'y a pas de simulateurs plus habiles. Les magistrats, avant de tenir compte des révélations de cette espèce, devraient procéder comme dans les questions de responsabilité : soumettre les petits témoins à l'examen des médecins. Ceux-ci ne sont point sous l'empire des mêmes préoccupations que le juge; ils s'inquièteraient peu d'éclaircir une affaire, de démasquer un coupable; ils ne s'occuperaient que d'une chose : savoir si l'enfant a inventé ou non, recherche analogue à celle de la simulation. Un tel procédé, favorable à l'accusé peut-être, serait conforme à la stricte équité. Il empêcherait parfois la justice de s'égarer dans de fausses voies, éviterait la prison préventive à des innocents. N'oublions pas que récemment chez nous deux cultivateurs du département de Seine-et-Oise furent détenus à Versailles pour avoir assassiné leur domestique. Ces braves gens avaient été accusés par leurs enfants et on ne les relâcha que quand leur victime présumée reparut dans le village. Si l'instruction eût été faite en partie par un médecin qui eût insisté sur les circonstances du meurtre, sur la manière dont les coups avaient été portés, sur la chute et les mouvements de la victime, il y a tout lieu de croire qu'il aurait relevé des impossibilités et des contradictions assez sérieuses pour ôter toute valeur à un pareil témoignage.

Dr D. Thomas.

munir en même temps autant que possible contre la contagion, il n'est pas douteux, disons-nous, que les résistances n'y auront pas plus d'importance que partout ailleurs où il en est ainsi.

Ainsi, Messieurs, la prophylaxie administrative des maladies contagieuses humaines possède à Paris, mais disséminés de côté et d'autre et sans liens suffisants, la plupart des éléments nécessaires à son exécution; les Conseils techniques, les plus autorisés, ne lui font pas défaut et des services administratifs nombreux en sont chargés. Pour les unir dès maintenant dans leurs sphères d'attributions respectives, il suffit légalement d'une décision ministérielle, sans avoir besoin de demander au Parlement des modifications législatives nouvelles, toujours longues à obtenir. Ajoutons que le budget n'est appelé à subir de ce fait aucune augmentation, puisque les services existent et qu'il n'y a qu'à les disposer suivant un cadre plus régulier et plus conforme à leur véritable mission.

C'est de cette façon qu'il a été procédé dans tous les pays où l'Administration sanitaire possède la puissance d'action qui a été maintes fois signalée à cette tribune, et qu'elle y tient de son autonomie, de sa compétence et de sa responsabilité, pour rappeler encore une fois les trois termes de la formule qui en exprime si bien la raison d'être et les bénéfices pour la protection de la vie humaine.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Chambre des Communes en Angleterre : Vaccination obligatoire.

Londres, 25 juin 1883.

Dans sa séance du jeudi 19 juin 1883, la Chambre des communes s'est occupée de la vaccination obligatoire.

Comme chaque année, M. Peter Taylor est venu attaquer le *Compulsory Act* (loi rendant la vaccination obligatoire pour tous avec sanction pénale). Il a eu comme lieutenant dans cette dernière campagne M. Hapwood.

Au scrutin, leur amendement a été repoussé par 270 voix. 16 députés seulement ont voté pour leur proposition.

Sir Lyon Playfair a été dans cette séance le défenseur du système obligatoire. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* trouveront peut-être un certain intérêt à avoir sous les yeux le résumé des discours des deux adversaires.

M. *P.-A. Taylor* appelle l'attention de la Chambre sur les lois régularisant le service de la vaccination. Il propose la motion suivante : « Qu'il est inopportun et injuste d'appliquer dans toute sa rigueur la loi sur la vaccination et d'en faire tomber la sanction pénale sur ceux qui la considèrent comme injuste et dangereuse. » Il dit que cette question examinée soit au point de vue de la liberté indiduelle, soit à celui de la santé publique, est une des plus importantes qui puisse être soumise aux délibérations de l'assemblée. Il reconnaît qu'il y a un grand courant d'opinion en faveur de la vaccination. Lui-même en a été partisan pendant un certain temps. Mais l'étude de la question l'a amené à conclure que la vaccination était une illusion, une erreur scientifique, et qu'elle ne comptait que des insuccès depuis son apparition.

Le système en lui-même, dit-il, est défendu peut-être par une douzaine de fanatiques. La vaccination obligatoire n'a été décidée qu'en petit comité. L'opinion publique n'a pas été consultée. Actuellement, avec l'expérience acquise, il serait impossible de faire passer cette loi. D'ailleurs, avant que la vaccination fût appliquée, la variole commençait déjà à décroître. Cette diminution fut attribuée par les vaccinateurs à leur système. Mais la réalité est que le nombre des personnes vaccinées vingt ans même après l'introduction de la vaccine était si restreint, qu'aucun effet ne pouvait encore être sérieusement constaté. Depuis Jenner jusqu'à l'époque actuelle, tous les rapports témoignent de l'insuccès de la vaccination. Ainsi dans les trois grandes épidémies de 1857-1859, 1863-1865, et de 1870-1872, les décès par variole ont été de 14000, 20000 et 44840.

Pour servir la cause de la vaccination on agissait dans certains hôpitaux de la manière suivante : quand les malades mouraient de la variole, on plaçait sur la pancarte de leurs lits cette suscription : « Non vaccinés » qu'ils l'aient été ou non.

En résumé la Suisse a rejeté le joug de la vaccination obligatoire; la France et l'Allemagne discutent encore la question et ne l'admettront pas; les colonies anglaises l'ont toutes rejetée, et aux Etats-Unis les idées les plus contradictoires règnent à ce sujet d'un bout à l'autre du pays. « Que l'Angleterre, termine M. Taylor, se décide à mettre enfin un terme à cette honteuse et infâme tyrannie ! »

— Sir *Lyon Playfair* demande que les personnes qui ne croient pas à la vaccine ne soient plus obligées, sous peine d'amende, de faire vacciner leurs enfants. Il part de là pour faire une charge à fond contre la vaccine et les vaccinateurs, et volontiers il leur attribuerait tous les maux dont souffre l'humanité.

M. Taylor ne veut plus de la vaccine parce que, selon lui, elle communique des maladies, parce qu'elle n'est qu'une illusion, une erreur scientifique et qu'elle ne met pas à l'abri de la variole. La commission de 1871, qui a examiné la question avec grand soin, a déjà répondu à toutes ces accusations. Si des maladies ont été communiquées par la vaccination, il a été prouvé que de tels accidents étaient excessivement rares. Mais, même en admettant que dans certains cas exceptionnels une maladie ait été inoculée en même temps que la vaccine, ce n'est pas une raison pour empêcher le monde de bénéficier de la découverte de Jenner dont l'utilité est incontestable. Parce que certains malades meurent à la suite d'une opération chirurgicale, est-ce une raison pour bannir de la pratique toutes les opérations de la chirurgie? Parce que certaines personnes ont été empoisonnées en buvant de l'eau, est-ce une raison pour exclure l'eau de nos tables?

La vaccination a commencé à être pratiquée au commencement du siècle, et après quarante ans de vaccination libre, en 1840, la mortalité avait déjà diminué dans la proportion de 3000 à 600 par million. L'Etat alors intervint et institua les vaccinations gratuites. Le résultat fut qu'en 1854 la mortalité était descendue à 305 par million. En 1853, l'Etat la rendait obligatoire, et en 1871 la mortalité passait de 305 à 223 par million. Enfin vint l'obligation avec sanction pénale (*compulsory vaccination*), et de 1871 à 1883, la mortalité n'est plus que de 156 par million.

Grâce à la vaccination, la mortalité a diminué en Irlande dans les mêmes proportions.

En Ecosse on peut dire que la maladie n'existe plus. Il est vrai que dans ce dernier pays on ne jouit pas des bienfaits des *sociétés anti-vaccinationistes*.

En Ecosse, quand la grande épidémie de 1871 éclata, il y avait 3 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans. Les uns étaient vaccinés, les autres ne l'étaient pas. Les vaccinés étaient 30 ou 40 fois plus nombreux que les non vaccinés. Les uns et les autres étaient dans les mêmes conditions, leur nourriture était la même et tous respiraient le même air épidémique. Quel fut le résultat? Pourquoi dans la classe la plus nombreuse, les vaccinés, n'y eut-il que 413 décès, tandis que dans la moins nombreuse, les non vaccinés, il y en eut 1780?

A Londres, en 1881, la mortalité était de 90 par million parmi les vaccinés, et de 3350 parmi les non vaccinés.

La variole n'est pas moins virulente maintenant qu'elle ne l'était au siècle dernier et dans les deux siècles précédents.

L'ennemi est encore à nos portes et toutes les précautions doivent être prises pour l'en éloigner. La malignité de la maladie est aussi grande que jamais et c'est seulement par la vaccination qu'elle a été maîtrisée, c'est par ce seul moyen qu'en Angleterre la mortalité est descendue de 3000 à 156 par million.

On demande la suppression de la vaccination obligatoire sous prétexte qu'elle est contraire à la liberté individuelle. Un homme ayant une prédilection pour la variole peut certainement avoir le droit de la gagner, mais à la condition qu'il se soumettra de lui-même à l'isolement le plus complet et qu'il ne deviendra pas un foyer de contagion pour le public. La liberté de répandre à volonté une maladie ne peut être tolérée. En demandant la vaccination obligatoire, nous travaillons dans l'intérêt des enfants, nous essayons de les protéger contre l'indifférence ou l'oubli des parents et souvent nous épargnons à ceux-ci un infanticide. Mettre l'enfance à l'abri d'une maladie fatale, c'est là notre devoir le plus strict.

La Chambre décidera si elle est disposée à laisser tomber en désuétude une mesure qui a eu tant de succès, une mesure dont le but est d'atténuer les effets désastreux d'une épouvantable maladie. Elle décidera si elle veut détruire les digues que la science et l'expérience ont élevées contre un fléau dont la dispersion est fatale à l'humanité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale. Note de M. *Brown-Séquard*. — Nous donnons simplement les conclusions de ce travail que nous publierons *in extenso* et même avec des développements nouveaux.

1° Toutes les parties de l'encéphale peuvent produire de l'anesthésie. Cela explique comment des localisateurs, commettant la faute de considérer qu'une fonction qui disparaît appartient nécessairement à l'organe qu'on trouve lésé, ont pu émettre l'opinion que le centre des perceptions des impressions sensitives se trouve dans le cervelet, dans la couche optique, dans le lobe postérieur, dans certaines circonvolutions, etc.

2° Chacune des parties d'une des moitiés de l'encéphale peut être détruite sans qu'il y ait d'anesthésie.

3° Des parties similaires des deux côtés de l'encéphale, y compris même celles que l'on suppose servir à la perception des impressions sensitives, peuvent être détruites sans qu'il y ait d'anesthésie évidente.

4° Au lieu de produire de l'anesthésie, des lésions destructives des parties qu'on croit servir à la sensibilité, comme voies conductrices ou comme centres, ont quelquefois donné lieu à de l'hyperesthésie.

5° Dans plus de cent cas, des lésions des parties les plus variées de l'encéphale ont donné lieu à de l'anesthésie du côté lésé, c'est-à-dire là où ce symptôme n'aurait pas dû paraître.

6° Une lésion destructive considérable de parties considérées comme centres ou comme voies conductrices des impressions sensitives, au lieu de produire de l'anesthésie dans les deux membres du côté opposé, n'en a assez souvent fait paraître que dans le bras ou dans la jambe.

7° Dans certains cas de lésion encéphalique, l'anesthésie, au lieu d'être totale, n'existait que pour l'une des diverses espèces d'impressions sensitives (tactiles, thermiques, douloureuses).

8° L'anesthésie peut ne survenir que dans un des côtés du corps, bien que la lésion occupe dans une même étendue des parties semblables à la base de l'encéphale, des deux côtés. En revanche, une lésion d'un seul côté du grand centre intra-crânien peut déterminer l'anesthésie dans les deux côtés du corps.

9° L'expérimentation sur les animaux (en harmonie du reste avec de très nombreux faits cliniques), montre que la section transversale d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, depuis le bulbe jusqu'à la capsule interne, inclusivement, donne des résultats très variés quant à la production de l'anesthésie. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *René Blache* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

M. le docteur *Carlet* (de Grenoble) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la quatrième division.

M. le docteur *Maurice Dupont* envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, sur un *nouvel appareil aérothérapique*.

M. *Sambuc*, pharmacien-professeur de la marine à Toulon, adresse un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, concernant un *nouveau procédé de dissolution du phosphate de chaux pour l'usage médical*.

L'Académie reçoit un grand nombre de travaux, mémoires et livres pour les concours des prix de 1883, dont les délais d'envoi expirent le 1er juillet.

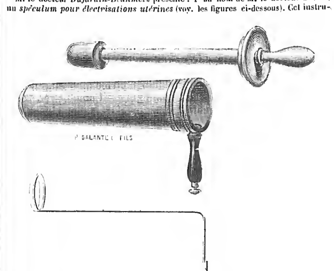
M. *le Secrétaire perpétuel* dépose une brochure de M. le docteur *G. Lemonnier* sur *la glossite exfoliatrice marginée*.

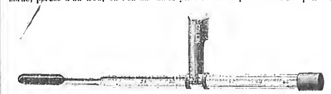
M. *Alphonse Guérin* présente un mémoire de M. le docteur *Chrysopathis* (de Calamas, Messénie), sur les avantages qu'il a obtenus avec le *pansement ouaté*.

M. *Dechambre* fait hommage d'un mémoire de M. le docteur *Bertin-Sans* (de Montpellier) sur un *nouveau procédé de dosage hygiénique de l'acide carbonique de l'air*.

M. *Daremberg* offre une brochure intitulée : *sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte* et présente un *respirateur pour inhalations médicamenteuses*.

M. le docteur *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° au nom de M. le docteur *Seiler*, un *spéculum pour électrisations utérines* (voy. les figures ci-dessous). Cet instrument, construit par Galante, est un spéculum ordinaire, plein, en buis (corps non conducteur de l'électricité), muni à son sommet d'un anneau métallique relié par une tige conductrice qui est logée dans une rainure, creusée sur la face intérieure du corps du spéculum, pour se terminer en passant à travers le manche par une borne, percée d'un trou, où l'on fixe au moyen d'une vis à pression un des poils de la source d'électricité; 2° de la part de M. *Bloch* (de Genève), un *thermomètre muni d'une loupe*.





M. *le Président* annonce le décès de M. le docteur Dubourg (de Marmande), correspondant national depuis 1840.

Administration sanitaire a Paris. — M. *A.-J. Martin* fait une communication, qui est renvoyée à la section d'hygiène, sur la prophylaxie administrative des maladies contagieuses humaines à Paris (voy. plus haut, page 000).

Hygiène de l'enfance. — M. le docteur *Lagneau* lit, au nom de M. *De Villiers*, absent, le rapport sur le concours du Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance pour 1882. — Les conclusions de ce rapport sont votées dans un comité secret, dans lequel est également entendu un rapport de M. *Guéniot* sur le concours du Prix Saint-Paul en 1882.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Ataxie syphilitique guérie (M. Desplats) : M. Rendu. — Phlegmon périnéphrétique chronique : M. Guyot. — Œdème de la glotte : M. Gouguenheim. — Tuberculose des organes lymphoïdes simulant la leucocythémie : M. Alb. Robin. — Isolement des varioleux : M. Vallin (Discussion).

M. *Rendu* communique, au nom de M. Desplats, l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, ayant eu la syphilis à l'âge de vingt ans et qui présenta, vingt ans plus tard, quelques phénomènes d'amblyopie passagère, de la diplopie, et des vertiges parfois accompagnés de chute. Ces accidents persistèrent pendant une dizaine d'années environ, et, il y a cinq ans, apparurent des douleurs fulgurantes et tous les symptômes d'une ataxie locomotrice à marche rapide : anesthésie des membres inférieurs, perte de la notion de position, incoordination motrice extrême, aggravée par l'occlusion des yeux, disparition du réflexe rotulien, etc. M. Desplats prescrivit deux cuillerées, chaque jour, de sirop de Gibert et des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain ; sous l'influence de ce traitement, il se produisit une légère amélioration de la sensibilité au bout de cinq jours ; dix jours plus tard, l'incoordination motrice diminuait d'une façon évidente et la guérison complète était obtenue en trois mois. Depuis deux mois elle s'est maintenue, et semble définitive.

M. *Rathery* a observé l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, un ataxique qui avait présenté une période de rémission de plus de six mois, pendant laquelle, se croyant guéri, il avait repris ses occupations ordinaires. Cette guérison apparente avait suivi le traitement d'un empirique consulté à une époque où la maladie était confirmée et accompagnée d'une incoordination motrice très marquée. Bien que l'on ne pût constater aucun antécédent syphilitique, M. Rathery, pensant que le traitement qui avait paru si bien réussir était peut-être la médication spécifique, prescrivit l'iodure de potassium ; il n'obtint aucune amélioration. Aussi croit-il qu'il faut se défier des guérisons apparentes et prendre garde d'attribuer au traitement antisyphilitique une rémission spontanée dans la marche de la maladie.

M. *Rendu* ne peut qu'approuver une semblable réserve, mais il est en tout cas remarquable de voir une guérison, au moins momentanée, succéder rapidement à l'emploi du traitement spécifique. En outre, chez un autre ataxique, dont M. Desplats a publié l'observation antérieurement, la guérison ne s'est pas démentie depuis plusieurs mois.

M. *Alb. Robin* a vu la guérison persister chez un malade ataxique et syphilitique soumis, quatre ans auparavant, par Gubler à un traitement spécifique énergique.

M. *Debove* croit bien difficile d'expliquer la guérison de l'ataxie par l'iodure de potassium ; en effet, de nombreuses autopsies d'ataxiques lui ont démontré que, même à la période des douleurs fulgurantes, avant tout symptôme d'incoordination motrice, il existe des lésions scléreuses irréparables dans les cordons postérieurs de la moelle. Il a essayé le traitement antisyphilitique chez quarante ataxiques, à Bicêtre, et n'a obtenu aucun résultat. Il serait porté à admettre que cette prétendue ataxie syphilitique n'est qu'un syndrôme analogue à l'ataxie locomotrice véritable, pouvant induire en erreur au point de vue clinique, mais ne relevant pas de lésions médullaires identiques. Si l'on admet la nature syphilitique de l'ataxie locomotrice, on peut à la rigueur comprendre l'arrêt des lésions et de la marche de l'affection sous l'influence du traitement spécifique, mais non le retour à l'état normal : la sclérose médullaire est constamment parvenue à un degré tel, chez les ataxiques observés, qu'elle ne peut rétrocéder.

M. *Rendu* pense qu'il peut exister, au moins au début de l'ataxie, des lésions médullaires moins avancées que la sclérose et justiciables du traitement antisyphilitique.

M. *Desnos* a observé un ataxique confirmé, avec incoordination motrice, qui mourut de la variole ; la moelle, examinée par M. Cadiat, ne présentait que des lésions congestives, mais pas de sclérose.

M. *Debove* ne peut admettre, jusqu'à preuve contraire, l'existence de l'ataxie sans sclérose confirmée des cordons postérieurs. Chez une malade atteinte de lésion cardiaque, et qui ne présentait que de rares douleurs fulgurantes, il diagnostiqua à ce seul signe un début d'ataxie locomotrice. La malade étant morte subitement le lendemain, il examina la moelle avec grand soin et constata une sclérose déjà avancée des cordons postérieurs. Pour lui l'ataxie, même au début, ne relève jamais de simples lésions congestives.

— M. *Guyot* présente un malade qui fut pris, il y a plusieurs mois, d'une vive douleur dans le côté gauche pendant qu'il frottait un parquet. Depuis lors il a offert un ensemble de symptômes permettant de diagnostiquer un phlegmon périnéphrétique ; mais cette affection a évolué avec les allures de la chronicité, on n'a constaté aucune évacuation de pus, et aujourd'hui le malade semblerait guéri s'il ne présentait encore une induration très marquée de la région lombaire gauche et d'une partie de la paroi abdominale du même côté. Si le diagnostic est exact, il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique chronique, ce qui n'a pas été observé jusqu'ici.

— M. *Gouguenheim* lit une note sur l'œdème de la glotte au point de vue du mécanisme de la dyspnée dans cette affection. Il formule les conclusions suivantes : 1° L'œdème isolé des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx n'est pas toujours accompagné de dyspnée ; 2° quand la dysphagie manque, ce qui est rare, cet œdème peut être latent et n'être dévoilé que par l'examen laryngoscopique ; 3° au laryngoscope les replis œdématiés ou hypertrophiés ne se rabattent ni ne se rejoignent au moment de l'inspiration, comme l'avait dit Sestier ; au contraire, ils s'écartent à ce moment, suivant en cela, comme à l'état physiologique, les mouvements des cordes vocales au moment de la respiration ; 4° quand on invite le malade à émettre un son, les replis tuméfiés se rapprochent, mais sans provoquer de dyspnée et ce n'est qu'au cas où ce mouvement se prolonge que le spasme se produit et par suite la dyspnée ; 5° quand ces replis sont énormes et tout à fait au contact, ils gardent une immobilité à peu près complète et l'inspiration ne développe point de dyspnée, mais l'émission du son et un examen trop prolongé produisent rapidement le spasme et la dyspnée, toutefois sans changer visiblement ni déplacer ces replis ; 6° dans le cours d'un cas très prononcé d'œdème des replis, l'examen laryngoscopique pratiqué pendant une période d'accès de suffocation, permit de constater que, loin de se rapprocher au moment de l'inspiration, ces replis s'écartaient au contraire très légèrement : la suffocation et la dyspnée n'étaient donc pas le résultat du rapprochement des replis tuméfiés. Le spasme seul des cordes provoquait ces signes, qui étaient du reste exaspérés par un examen pro-

longé et l'émission du son; 7° la théorie de Sestier pour expliquer les cas de suffocation n'est pas exacte; 8° les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire ne sont dus, dans ces cas, qu'à un spasme intercurrent soit d'origine réflexe, soit par compression des nerfs récurrents; 9° la découverte des masses aryténo-épiglottiques, sans dyspnée concomitante, n'est donc pas une indication thérapeutique de la trachéotomie. Il faut, dans un but thérapeutique, ne toucher les replis tuméfiés qu'avec la plus grande circonspection, à cause de la complication redoutable du spasme qui est si aisément provoqué par l'examen; 11° le spasme n'est pas toujours dans ces cas une indication absolue de trachéotomie, car on l'a vu disparaître quelquefois assez rapidement sous l'influence de médications variables externes et internes; 12° quand on est en présence des signes de la suffocation laryngienne, que presque tous les médecins attribuent toujours à l'existence d'un œdème des replis, il faut, et cela est presque toujours possible, pratiquer l'examen laryngoscopique, car cet examen peut dévoiler l'existence de lésions sous-glottiques qui peuvent influer sur le mode opératoire. — M. Gouguenheim présente ensuite une pièce anatomique relative à un cas de carie des aryténoïdes chez un sujet mort de phthisie aiguë avec œdème des replis sans dyspnée; il existait une aphonie précoce avec paralysie des cordes qui serait le signe d'une aryténoïdite.

— M. *Alb. Robin* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme de vingt-quatre ans qui avait présenté tous les symptômes de la leucocythémie la mieux caractérisée : l'hypertrophie du foie, de la rate, des ganglions lymphatiques, les hémorrhagies multiples, l'analyse du sang et des urines s'accordaient pour imposer le diagnostic de leucémie. A l'autopsie on constatait des lésions tuberculeuses à divers degrés d'évolution, depuis la granulation jusqu'à la caverne, dans la rate, les ganglions lymphatiques, les amygdales; quelques tubercules dans les reins et un nodule caséeux au sommet du poumon droit. Le foie, pesant 2800 grammes, ne renfermait pas de tubercules, mais présentait une dégénérescence graisseuse très prononcée; les capsules surrénales étaient infiltrées de tubercules volumineux: il n'y avait d'ailleurs aucune pigmentation de la peau, pas de mycosis fongoïde. — M. Alb. Robin conclut de ce fait qu'il existe une forme spéciale de tuberculose, localisée dans les organes lymphoïdes, qui donne tous les caractères cliniques de la leucémie sans qu'on puisse jusqu'ici les distinguer pendant la vie.

— M. *Vallin* revient sur la question de l'isolement des varioleux soulevée par M. Rathery dans la précédente séance. Pour lui, il regarde comme nécessaire la création d'un hôpital spécial; il ne méconnaît pas les difficultés inhérentes à ce projet, mais il pense qu'il est indispensable d'avoir un personnel et un matériel *spéciaux*, ce qui n'est possible qu'avec un hôpital *spécial*. Les élèves qui y seraient admis pourraient y étudier pratiquement la variole en un temps relativement court, vu le grand nombre de cas soumis à leur observation; ils seraient obligés de subir la revaccination préalable et de prendre à l'hôpital des précautions hygiéniques indispensables. Enfin les visites des parents aux malades seraient réglementées avec sévérité, et l'on n'aurait plus à craindre les allées et venues des infirmiers affectés au service des varioleux dans les salles contenant d'autres malades, comme cela a lieu dans les hôpitaux où existent des pavillons d'isolement. Il désire d'ailleurs, comme M. Rathery, voir installer des salles d'attente pour les cas dans lesquels le diagnostic est incertain. Il est d'avis qu'il est inutile, au moins pour le moment, de créer un hôpital spécial pour les varioleux convalescents, et qu'il suffit d'installer des pavillons spéciaux dans les asiles de convalescence existants. Il se range également au vœu de la création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée; ces chambres seraient annexées à l'hôpital spécial. Il rappelle enfin qu'en Angleterre il existe des amendes sévères contre les individus atteints de maladies contagieuses et qui violent les règlements destinés à empêcher la contagion, contre les personnes qui vendent les vêtements ou les hardes de ces malades sans les avoir désinfectés, ou qui louent la chambre qu'ils ont occupée sans l'avoir également soumise à la désinfection indispensable. Ne pourrait-on en France suivre un aussi sage exemple? Il demande à M. Rathery, en terminant, si l'on désinfecte à Tenon les vêtements des varioleux, et si l'on prend la précaution pour balayer les salles et éviter la dispersion des détritus susceptibles d'être contagieux, de répandre de la sciure humide sur les parquets et de brûler chaque matin toutes les ordures provenant de ce nettoyage?

M. *Rathery* fait observer que s'il ne considère pas la création d'un hôpital spécial comme absolument indispensable, il est bien loin de la combattre : il pense qu'en effet ce projet soulève de nombreuses difficultés. Il n'est pas, par exemple, bien convaincu qu'on obtienne des élèves de se soumettre aux précautions hygiéniques nécessaires, quand on constate chaque jour qu'ils négligent, pour la plupart, de se faire revacciner. — On ne prend, à Tenon, aucune précaution pour le balayage du service des varioleux; quant à l'étuve destinée à désinfecter les vêtements, elle existe, mais ne fonctionne plus.

M. *Tenneson* signale deux cas de mort dus à la variole contractée, dans le service d'isolement, par des femmes qui y avaient été envoyées par suite d'une erreur de diagnostic et n'y avaient séjourné que quelques heures. — Il rappelle que certains étudiants en médecine n'ont même jamais été vaccinés; l'un d'eux, ayant contracté la variole dans de semblables conditions, a succombé.

M. *Vallin* se demande si les chefs de service ne sont pas, dans tout cela, un peu coupables; ne pourraient-ils surveiller par eux-mêmes l'exécution des prescriptions d'hygiène indispensables, et ne devraient-ils pas refuser d'admettre tout élève non revacciné?

MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Debove* proposent d'agir près de l'Assistance publique au sujet de la revaccination obligatoire de tous les élèves et du personnel hospitalier.

M. *Dumontpallier* croit que le seul procédé capable de remédier à l'état de choses existant serait la revaccination obligatoire de tous les Français.

M. *Duguet* veille avec soin à ce que tous les malades nouveaux entrés dans son service soient régulièrement revaccinés; il n'a pas observé un seul cas intérieur de variole depuis 1879.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Sur la trépanation; syphilis cérébrale. — Gangrène des deux pieds chez un cachectique paludéen; glycosurie concomitante; amputation des deux pieds; guérison. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.

M. *Maurice Perrin* rapporte une observation de trépanation chez un syphilitique. En mars 1878, on amena au Val-de-Grâce un officier ayant la démarche incertaine, un peu de paralysie du côté droit; impossibilité presque absolue d'articuler un mot. Du côté gauche de la tête existait une saillie volumineuse et diffuse du frontal; au centre de ce plateau il y avait une dépression et une fistule. Un stylet introduit dans la fistule conduisait vers l'apophyse orbitaire externe. Ecoulement purulent par la narine gauche.

Le 5 novembre 1854, le malade avait reçu une balle morte sur le côté droit du front; depuis, céphalalgie. A partir de ce moment, l'écoulement purulent exista par la narine. En 1865, l'officier prit la syphilis au Mexique. Traitement antisyphilitique; mais la céphalalgie persista.

En 1869, les douleurs de tête devinrent très violentes; M. Nélaton fit une incision sur le plateau osseux et enleva quelques séquestres. Quelques jours après, il réséqua quelques saillies osseuses autour du foyer; pendant quelques jours, il y eut paralysie à droite, mais en résumé le malade fut soulagé; la céphalalgie diminua.

En 1870, céphalalgie vive, facultés intactes. En 1878, le caractère changea; le malade devint irritable; puis il perdit la mémoire de l'orthographe. Dans le courant de février 1878, professant son cours, il fut pris brusquement de l'impossibilité de continuer la leçon. A cette époque, il y avait une exostose à l'avant-bras. L'exostose disparut par le traitement à l'iodure de potassium, mais les troubles cérébraux ne firent que s'accroître. La situation s'aggravait, le malade entra au Val-de-Grâce.

Ce qu'il y avait de plus saillant, c'était le traumatisme ancien compliqué de syphilis. M. Perrin ordonna les frictions mercurielles, et l'iodure de potassium. Mais le mal s'aggravait; le traitement antisyphilitique était inefficace. Le plateau osseux n'était pas en rapport avec un centre de mouvement; malgré cela, M. Perrin prit le parti d'appliquer quatre couronnes de trépan sur ce plateau; la dure-mère fut mise à découvert. Les os étaient éburnés et épaissis; on laissa la plaie en cet état. Au bout d'un mois, toute trace de paralysie avait disparu, mais l'embarras pour l'articulation des mots persistait. Le malade quitta l'hôpital.

Au bout d'un certain temps, l'état redevint grave; M. Le Dentu consulté redonna un traitement antisyphilitique. Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration marcha rapidement et le malade retrouva absolument la santé. M. Perrin a revu cet officier il y a deux ans, il était vigoureux de corps et d'esprit. Il y avait, par le fait de l'existence de l'exostose, quelque chose qui empêchait le traitement antisyphilitique d'agir; après l'application du trépan, le traitement amena la guérison.

M. *Desprès*. Certaines manifestations syphilitiques du cerveau guérissent avec le temps; c'est le dernier traitement qui a l'honneur de la guérison.

M. *Lucas-Championnière*. Les lésions syphilitiques du cerveau progressent toujours si l'on ne suit pas le traitement antisyphilitique. M. Lucas-Championnière n'a jamais observé l'arrêt spontané des lésions syphilitiques cérébrales en dehors du traitement par le mercure et l'iodure de potassium.

M. *Horteloup*. Il faut distinguer les lésions cérébrales syphilitiques, et les lésions secondaires qui en sont la conséquence, comme le ramollissement et les embolies. Pour ces dernières, le traitement antisyphilitique est impuissant; il s'agit d'arriver à temps.

M. *Marc Sée*. L'opération de M. Perrin a provoqué une certaine inflammation qui a rendu la résorption plus active; c'est alors que le traitement a agi.

M. *Trélat* cite des cas de mort par syphilis cérébrale. Un médecin des hôpitaux avait pris la syphilis par le doigt; il succomba à une exostose syphilitique crânienne. — Une jeune femme rendue syphilitique par son mari fut guérie des accidents secondaires par le mercure. Mais le traitement conseillé ne fut plus suivi. La malade eut plus tard des maux de tête et devint tout à coup aphasique et hémiplégique; aussitôt frictions mercurielles et iodure de potassium. Seconde attaque au bout de quarante-huit heures. Mort au bout de quatre jours.

M. *Maurice Perrin* dit que son malade allait mourir; que la syphilis remontait à 1854. Le temps n'y faisait donc rien; c'est le traitement antisyphilitique qui a sauvé le malade.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Demler : *Gangrène des deux pieds chez un cachectique paludéen; glycosurie concomitante; amputation des deux pieds: guérison.*

Dans cette observation la glycosurie paraît être un épiphénomène dépendant de la gangrène; elle disparut quand le malade guérit. Le sucre se rencontre rarement chez les paludiques; Sorel (*Gazette hebdomadaire*) a aussi constaté que c'était l'exception.

— M. *Bazy* lit une communication sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme (M. Charles Monod, rapporteur).

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Appareil pour obtenir de basses températures réglées : M. d'Arsonval. — Appareil calorimétrique à éther : M. d'Arsonval.— Convulsions locales par injections hypodermiques de chloroforme : M. Daremberg.— Alcaloïdes de quebracho : MM. Huchard et Eloy.— Acide chlorhydrique contre la fermentation ammoniacale de l'urine : M. Ch Richet. — Guérison d'hystérie par l'aluminium : MM. Burq et Moricourt.— Anesthésie par le chloroforme et l'alcool : M Quinquaud. — Perfectionnement du microtome de Ch. Roy : M. Malassez. — Critique expérimentale des théories relatives au mécanisme de l'anesthésie dans les lésions nerveuses centrales : M. Brown-Séquard.

1° M. *d'Arsonval* appelle d'abord l'attention sur un moyen simple d'obtenir des températures basses (inférieures à zéro), sans avoir recours à un dispositif compliqué comme celui qu'a indiqué M. P. Gibier dans la dernière séance : il suffit d'un appareil ordinaire de Carré et d'un régulateur de température quelconque, celui de Bunsen par exemple. On règle, pour une température donnée, le chauffage de l'ammoniaque liquide, et le dégagement de vapeur ainsi que la condensation restent constants.

2° Il propose ensuite un autre moyen plus pratique encore et qui consiste dans le réglage, à l'aide d'une soupape de sûreté, du chlorure de méthyle contenu dans un siphon.

3° Dans le but de rendre plus facile à manier ses appareils calorimétriques, M. d'Arsonval a rempli d'éther l'enveloppe à double paroi dans laquelle est déposé l'animal. La quantité d'éther nécessaire pour remplacer celle qui s'est volatilisée sous l'influence du dégagement de chaleur, permet d'apprécier le nombre de calories dégagées (voy. les détails aux *Comptes rendus hebdomadaires* de la Société).

— M. *Daremberg* rend compte de curieux phénomènes qu'il a eu l'occasion d'observer chez une malade atteinte de méningite tuberculeuse et dont il cherchait par différents moyens à supprimer les cris répétés : à la suite d'une injection de chloroforme sous la peau de l'avant-bras, les cris cessèrent, mais la malade présenta des secousses rythmiques, régulières du membre correspondant, qui durèrent la première fois un jour et demi.

— MM. *Huchard* et *Eloy* présentent l'ensemble des résultats de leurs expériences sur les alcaloïdes du *quebracho*. Ils concluent que l'*Aspidospermatine* est celui de ces alcaloïdes qui présente les propriétés antithermiques les plus actives : il abaisse la température des animaux de 6 à 7 degrés dans un court espace de temps. L'*Aspidospermatine*, moins active peut-être, est plus fidèle dans ses effets que l'*Hypoquebrachine* et la *Quebrachine*. « L'abaissement de la température est en rapport avec les modifications des sécrétions, c'est-à-dire avec la rapidité de l'élimination de la substance injectée sous la peau. »

— M. *Ch. Richet* dépose une note détaillée dans laquelle il développe les résultats des expériences dont il a déjà parlé sur l'action antifermentescible de l'acide chlorhydrique.

— MM. *Burq* et *Moricourt* communiquent l'observation d'un cas d'hystérie rebelle avec aboiement hystérique, hémianesthésie absolue, troubles trophiques, rapidement guéri par l'*aluminium* (plaque métallique sur la peau; injection sous-cutanée d'alun).

— M. *Quinquaud* a obtenu chez le chien l'anesthésie chloroformique prolongée, sans accidents, pendant quatre ou cinq heures, en faisant respirer d'abord à l'animal un mélange de chloroforme et d'alcool à parties égales (15 centimètres cubes de chaque substance) pendant quelques minutes jusqu'à l'anesthésie complète; quand celle-ci est obtenue, on la maintient longtemps en faisant inhaler une solution faible de chloroforme (14 centimètres cubes pour 111 centimètres cubes d'alcool), en ayant soin d'entretenir le mélange au même titre par l'addition de 1 centimètre cube de chloroforme de temps en temps.

— M. *Malassez* a fait subir au microtome de Ch. Roy plusieurs modifications avantageuses : une pièce oscillante, s'articulant dans la pince à pression, permet de changer à volonté l'orientation des coupes; l'épaisseur des coupes a été réglée par centième de millimètre au lieu d'être abandonnée à l'habileté de l'opérateur : on peut manœuvrer avec le talon du porte-rasoir la vis micrométrique qui déplace celui-ci dans la verticale, et obtenir avec 1, 2, 3, 4, 5 mouvements, des coupes de 1, 2, 3, 4, 5 centièmes de millimètre; — pour pouvoir faire des coupes dans l'alcool, l'appareil a été disposé de façon à pouvoir basculer. La partie qui porte la pièce vient baigner dans une petite cuve où se trouve le liquide; — enfin on peut facilement obtenir une congélation rapide en substituant à la pulvérisation d'éther un petit jet de chlorure de méthyle qui vient agir à la face inférieure de la plaque à congélation.

— M. *Brown-Séquard* commence l'exposé méthodique d'une critique générale des opinions qui ont cours au sujet du mécanisme des pertes de fonctions consécutives aux lésions des diverses parties de l'encéphale. Il s'occupe d'abord de l'anesthésie provoquée par les lésions de la capsule interne, du pédoncule cérébral, du bulbe d'un côté : il cherche à montrer que dans ces cas le phénomène anesthésique n'est pas, comme on le croit, un effet de la destruction de conducteurs ou de centres servant aux transmissions ou aux perceptions des impressions sensitives. Le principal argument qu'il invoque est relatif au fait de la disparition soudaine de l'anesthésie dans un membre, quand, après avoir produit cette anesthésie par la destruction de la partie postérieure de la capsule interne par exemple, on vient à pratiquer l'hémisection de la moelle dorsale du côté anesthésié. Dans le même sens parlent les faits de disparition de l'anesthésie de cause organique ou encéphalique observés chez l'homme par un grand nombre de médecins.

M. Brown-Séquard mentionne ensuite une série d'autres arguments tirés de l'étude de plusieurs milliers d'observations cliniques, et qu'on trouvera groupés dans le développement du mémoire original lu à l'Académie des sciences dans la séance du 18 juin 1883. (La *Gazette hebdomadaire* publiera prochainement ce travail.)

REVUE DES JOURNAUX

Du développement spontané de gaz dans la vessie (pneumaturie diabétique), par M. le docteur F. P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux.

L'émission de gaz par l'urèthre, accompagnant celle de l'urine, est un phénomène relativement rare, qui peut être observé dans deux cas différents : les gaz expulsés proviennent d'une communication anormale de la vessie ou de l'urèthre avec le tube intestinal, et révèlent l'existence d'une fistule; ou bien, en l'absence de toute communication avec l'intestin, ces gaz sont formés dans les voies urinaires, et en particulier dans la vessie. C'est ce dernier cas dont M. Guiard a entrepris d'élucider la pathogénie et de fixer la valeur séméiologique. Se basant sur plusieurs observations très complètes, il considère la *pneumaturie* comme un symptôme du diabète sucré. La glycose contenue dans l'urine des diabétiques serait soumise à la fermentation alcoolique, alors qu'elle est encore renfermée dans la vessie, lorsqu'un cathétérisme ou une manœuvre de lithotritie a déterminé la pénétration dans les voies urinaires de globules de levure; sous l'influence de ce ferment organisé, le sucre se dédouble en alcool et acide carbonique : l'alcool reste mélangé à l'urine et le gaz carbonique est expulsé par l'urèthre au moment de la miction. Chez tous les malades observés, l'auteur a constaté l'existence d'un diabète sucré d'intensité variable, et tous avaient été soumis à l'introduction de sondes ou de cathéters plus ou moins répétée. Pour établir d'une façon indiscutable les conclusions de cet intéressant travail, il serait nécessaire de démontrer la présence de l'alcool dans l'urine et la composition presque exclusive des gaz expulsés, par l'acide carbonique : les difficultés matérielles inhérentes à une expérimentation de ce genre n'ont pas permis jusqu'alors à M. Guiard de procéder aux analyses chimiques indispensables. Quoi qu'il en soit, chez tout individu présentant des symptômes de pneumaturie, il faudra tout d'abord rechercher l'existence de quelque fistule recto-vésicale, et, en l'absence de cette lésion, procéder à l'analyse des urines; c'est ainsi que M. Guiard a pu reconnaître l'existence du diabète sucré, méconnu jusque-là, chez un malade soumis à son observation. — Le traitement de la pneumaturie diabétique consiste dans les injections intra-vésicales de nitrate d'argent au 1/500e, ou d'acide borique au 1/20e, qui auront pour effet de détruire le ferment de la levure. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*)

Des troubles oculaires dans les suppressions menstruelles, par M. M. KAY.

Dans trente cas d'aménorrhée, l'auteur a constaté des troubles visuels. En l'absence de lésions oculaires, l'amblyopie devrait, chez les jeunes sujets, être le plus souvent attribuée à cette cause. L'asthénopie des écolières se rencontre souvent dans les cas de dysménorrhée, d'aménorrhée temporaires. Alors aussi on observe des congestions de la papille, des hyperhémies rétiniennes, ou bien même des modifications de l'accommodation sans lésions apparentes et qui ont pour origine des troubles des muscles accommodateurs. (*American Journ. of med. Sciences*, octobre 1882.)

Des altérations des plexus solaire et hypogastrique dans la péritonite et la fièvre typhoïde, par M. KALANTARIANZ.

Dans la dothiénentérie, l'auteur a constaté l'existence de modifications histologiques des ganglions mésentériques par le développement d'une prolifération interstitielle ayant pour conséquence la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses, leur pigmentation et leur atrophie. Les altérations de la péritonite chronique consistent dans l'atrophie des cellules ganglionnaires, leur transformation en amas de matière pigmentaire et dans une sclérose du tissu conjonctif ganglionnaire. (*The London med. Record.*, 15 janvier 1883.)

De l'influence des irritations cutanées sur le pouls, par MM. Sarah et E. Post.

Dans ces recherches, on électrisait la peau et on constatait que l'irritation galvanique retardait les pulsations et augmentait la tension. L'application de sinapismes sur la région vertébrale produisait temporairement une augmentation de la pression et l'ulcération du pouls; consécutivement sa diminution de fréquence et l'abaissement de la tension. Des ventouses sèches dans le dos avaient pour effet d'élever la tension sanguine et d'accélérer faiblement la circulation. Appliquées sur les cuisses, elles ne produisaient aucune modification de celle-ci. (*New-York med. Record.*, n° 621, 1882.)

De la situation du choc précordial, par MM. Marianini et Nomiaz.

Pour les nombreux individus (cinquante-cinq) qui ont été examinés dans la station verticale et la station horizontale, les conclusions sont les suivantes : 1° dans 67 cas sur 100 le choc précordial est perçu dans le quatrième espace et 33 fois sur 100 dans le cinquième ; 2° le premier rapport se rencontre 86 fois sur 100 chez la femme et 62 fois chez l'homme, de sorte que le premier choc précordial est, chez la première, perçu dans le quatrième espace intercostal, plus souvent que dans le cinquième; 3° il est situé moins haut dans un âge avancé; 4° la position verticale l'abaisse; 5° toutes les affections aiguës et chroniques qui troublent la circulation pulmonaire (pneumonie étendue, bronchite capillaire, pleurésie avec épanchement) ont pour effet de déplacer en bas la pointe du cœur. (*Gazziogli ospitali*, novembre 1882.)

De la roséole, par M. le docteur Cheadlé.

Maladie exanthématique contagieuse et spécifique, cette affection a une période d'incubation de onze à treize jours et une période d'invasion de deux à trois jours, ou même seulement de trente-six heures dans les formes moyennes. Elle diffère de la rougeole par l'absence de coryza ; par la persistance de la toux, qui est laryngée; par la constipation et l'aspect populeux de l'éruption souvent confluente, l'hyperthermie et les vomissements de la période d'éruption. Dans le déclin de cette affection, on observe souvent des otites et des otalgies. (*Archives of Méd.*, juillet 1882.)

Du traitement de l'épilepsie, par M. le docteur Sundby.

Cette question a été discutée devant la *Midland Medical Society* (25 octobre 1882), et les conclusions qui ont été adoptées sont les suivantes: 1° le mélange des bromures de potassium, de sodium et d'ammonium a été recommandé avec raison par M. le professeur Brown-Séquard; toutefois il peut être avantageux, pour modérer l'action dépressive des bromures, de leur associer la teinture de digitale; 2° le zinc est un adjuvant du traitement; 3° dans quelques cas, le borax a donné de bons résultats; 4° la théine, la caféine et la nitro-glycérine ont été utiles pour combattre le vertige épileptique. (*The Lancet*, 11 novembre 1882, p. 809.)

Traitement de l'ulcère phagédénique, par M. le docteur Thiersch (de Leipzig).

Les chancres phagédéniques non syphilitiques résistent parfois à tous les traitements classiques (excision des bords, cautérisation, fer rouge). Dans ces cas rebelles, le docteur Thiersch a obtenu la guérison, en pratiquant des injections sous-cutanées d'une solution de nitrate d'argent à une petite distance des bords de la plaie. Ce traitement est impuissant à modifier les ulcérations de nature syphilitique. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1882, n° 8.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies du foie, avec et sans ictère, par le docteur G. Harley. — J. et A. Churchill. Londres, 1883.

Dans l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre, M. George Harley expose de la façon la plus complète le résultat des enseignements qu'il a pu recueillir pendant plus de vingt années d'une pratique médicale presque exclusivement consacrée aux maladies du foie. La haute valeur de l'écrivain déjà connu par de nombreux travaux, sa longue expérience, ses études approfondies sur plusieurs points de la pathologie hépatique donnent à ce traité une importance considérable. Certaines parties sont remarquables, d'autres sont malheureusement incomplètes; et en se rapportant à la division que l'auteur indique en tête de son livre, on pourrait dire que tout ce qui est relatif à l'ictère est traité de main de maître, mais que les chapitres consacrés aux maladies du foie sans jaunisse sont passibles de plus d'un reproche.

Des notions anatomiques et physiologiques précises sont indispensables au clinicien ; aussi l'auteur, qui a exclusivement en vue le diagnostic et le traitement, commence-t-il par étudier succinctement les diverses fonctions du foie et surtout les rapports de cet organe. Les dimensions et le poids de la glande sont notés aux divers âges de la vie, les limites de la matité de la région hépatique sont fixées d'après des repères précis; leurs variations sont indiquées suivant la taille des individus; enfin les causes qui peuvent modifier l'étendue de cette matité sans que le volume du foie ait subi de changement sont soigneusement recherchées. L'étude de ces divers points est complète et précise.

Il en est de même de l'étude des divers symptômes des lésions hépatiques, considérées au point de vue séméiologique. L'ictère, auquel l'auteur attache à juste titre tant d'importance, est décrit avec soin; cependant les souffles cardiaques qui l'accompagnent souvent ne sont pas signalés. L'auteur reconnaît deux sortes d'ictère : l'une par obstruction, l'autre par suppression. Le premier est dû à la résorption de la bile, le second à l'absence de sa fonction; aussi dans ce dernier cas, le sang et les excrétions ne contiendront-ils pas les acides biliaires qui sont des produits de fabrication du foie. Mais en revanche ils les contiendront dans l'ictère par obstruction.

L'étude des excrétions, et en particulier de l'urine, a par suite un intérêt de premier ordre ; et dans un cas douteux la recherche dans ce liquide des acides biliaires permettra de décider de la nature d'un ictère. Dans les cas d'obstruction prolongée, la sécrétion biliaire finit par être suspendue: l'ictère par suppression succède alors à l'ictère par obstruction. Mais si dans ce cas les acides biliaires disparaissent de l'urine, on y voit apparaître la leucine et la tyrosine dont la présence indique le début de l'atrophie du foie. Toute cette partie qui a trait à l'examen chimique, est traitée avec le plus grand soin et la plus grande compétence ; à chaque page on rencontre une vue nouvelle, un fait intéressant: l'augmentation de l'acide urique dans le cancer du foie, et dans certains cas la présence de la mélanine, l'hémoglobinurie d'origine paludéenne, la valeur pronostique de la glycosurie survenant au cours d'un ictère, la densité précise de l'urine dans les cas d'albuminurie de cause hépatique, ces différents points sont successivement étudiés avec soin. Il est regrettable que pour le chiffre de l'urée, M. Harley ne se prononce pas; mais la question ne lui paraît pas suffisamment mûre.

La thérapeutique générale des affections hépatiques est considérée à un double point de vue : d'abord les indications diverses du traitement sont exposées avec beaucoup de clarté, puis l'action de chacun des médicaments que l'on a l'habitude de prescrire est étudiée et jugée. Un pareil chapitre, qui fait trop souvent défaut dans nos ouvrages, est plein d'enseignements utiles pour le praticien.

Si des généralités, nous passons aux maladies en particulier, nous rencontrons d'abord celles dont l'ictère est un symptôme habituel, et en particulier la lithiase biliaire. L'étiologie de cette affection, la colique hépatique, ses variétés suivant le siège occupé par le calcul, les terminaisons si diverses qui lui succèdent forment le sujet de développements excellents; il en est de même de l'étude des calculs, dont la recherche et l'examen microscopique et chimique ne sont pas de simples objets de curiosité, mais donnent au médecin les indications les plus précieuses. Si l'auteur n'ajoute presque rien au traitement médical de la lithiase biliaire, en revanche il préconise l'importance de l'extraction chirurgicale des calculs, il admet même d'après, l'exemple d'un chirurgien américain (le docteur Whittaker), que l'on puisse aller à leur recherche dans les cas douteux à l'aide de longues aiguilles exploratrices, et se demande si l'on ne pourrait pas, lorsqu'on trouve une oblitération définitive du cholédoque, établir une communication artificielle entre ce canal et le duodénum de manière à tourner l'obstacle.

Les autres maladies avec ictère sont étudiées avec beaucoup moins de détails. L'ictère catarrhal, auquel M. Harley ne semble guère ajouter foi, les ictères toxiques n'occupent que de très courts chapitres. L'ictère grave (atrophie jaune aiguë) a plus longtemps retenu l'auteur, qui veut absolument les assimiler à la fièvre jaune. La conception paraît un peu hardie ; et quelque valeur qu'elle puisse avoir en réalité, les arguments présentés pour la défendre ne paraissent pas assez convaincants pour faire oublier au lecteur les différences cliniques, anatomiques et surtout étiologiques qui distinguent ces deux maladies.

Quant aux maladies du foie sans ictère, elles sont un peu sacrifiées. Si, pour le cancer par exemple, on trouve d'excellents préceptes pour le diagnostic, l'étude dans un même chapitre du cancer primitif et du cancer secondaire du foie ainsi que du cancer des voies biliaires laisse dans l'esprit une certaine confusion. Les kystes hydatiques du foie, les abcès sont sans doute bien décrits ; mais on ne trouve dans leur étude rien qui n'ait été dit déjà dans les autres ouvrages sur la matière. Il en est de même des dégénérations graisseuse et amyloïde. Quant à la syphilis du foie, elle est plutôt mentionnée qu'étudiée.

Nous n'avons rien dit des cirrhoses; mais, si nous les avons oubliées, c'est que l'auteur semble presque avoir fait comme nous. 20 pages dans un volume qui en compte plus de 1100! et encore 20 pages égarées dans un chapitre sur les ictères zymotiques, voilà tout ce que l'auteur a bien voulu consacrer à l'une des branches les plus importantes de la pathologie du foie. Il faut avouer que la disproportion est un peu trop forte, aussi nous nous abstiendrons de commentaires sur cette partie de l'ouvrage. Disons seulement que la cirrhose hypertrophique est nommée une seule fois, incidemment !

En résumé, le livre de M. Harley, que nous venons d'analyser rapidement sans nous être astreint à suivre pas à pas ses divisions, comprend plusieurs parties. Pour les cirrhoses, il est absolument insuffisant ; pour les tumeurs et les abcès du foie, il reste au niveau des ouvrages classiques ; mais pour la lithiase biliaire, pour la pathologie générale du foie, pour l'étude clinique des urines, c'est réellement un traité de premier ordre.

Dr Arnozan.

Précis de thérapeutique chirurgicale, par M. Paul Decaye. J.-B. Baillière.

M. Paul Decaye a voulu nous donner, en chirurgie, le pendant de ces nombreux traités de thérapeutique qui existent depuis longtemps en médecine. Nous doutons que l'assimilation soit aussi naturelle que le pense l'auteur. En chirurgie, le traitement est médical ou opératoire. Lorsqu'il est médical, nous avons recours et nous aurons recours aux grands traités de matière médicale ; lorsqu'il est opératoire, c'est aux ouvrages spéciaux sur la matière que nous devons nous adresser, et ils ne sont, heureusement, ni rares, ni mauvais.

Quoi qu'il en soit, l'idée de trouver condensé en un volume de 600 pages tout ce qui a trait à la thérapeutique chirurgicale peut séduire plus d'un praticien, ennuyé d'avoir à lire les longs articles *étiologie*, *anatomie pathologique*, *symptômes* et *diagnostic*, avant d'en arriver au *traitement*, seul point qui, pour l'heure, l'intéresse. Nous ne chicanerons donc pas M. Decaye sur l'utilité de son livre, et nous ne serions pas étonné qu'il obtînt quelque faveur auprès du public.

Nos reproches sont autres. Nous trouvons le livre un peu incomplet. Certainement un « Précis » peut être rapide, il doit être avare de développements inutiles, mais toutes les méthodes, tous les procédés d'une application usuelle ont droit au moins à une citation. Or nous prenons au hasard la pustule maligne. Nous trouvons indiquées, en douze lignes, la cautérisation et les scarifications ; l'indication du fer rouge, des acide azotique et sulfurique, la potasse, la pâte de Vienne, le sublimé. Mais pas un mot de tous les traitements mis en usage depuis les découvertes de Pasteur, et qui ont donné de magnifiques résultats : la réfrigération par la pulvérisation d'éther, et surtout les injections de teinture d'iode et d'acide phénique sur le pourtour de la pustule. N'y a-t-il pas là une lacune regrettable?

Cela n'est pas une mauvaise querelle, et ce « Précis » se rapproche trop d'un manuel. Aussi croyons-nous que l'auteur s'avance un peu trop lorsqu'il nous dit que le praticien y trouvera, « sous une forme condensée, tous les procédés thérapeutiques s'appliquant à l'affection qu'ils auront reconnue, en les débarrassant de recherches toujours longues, souvent difficiles, quelquefois matériellement impossibles, que nécessite l'exercice de la chirurgie, lorsqu'elle n'est pas pratiquée d'une façon spéciale et exclusive ». Nous n'en souhaitons pas moins heureux succès à ce livre, qui, tel qu'il est, peut certainement rendre de grands services.

Index bibliographique.

Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, par M. le docteur J. Brongniart, médecin consultant à Contrexéville. — Brochure de 870 pages. Chez Doin, 1883.

Nous n'avons pas coutume de rendre compte des brochures si nombreuses qui sont annuellement publiées sur les eaux minérales et sont si fréquemment inspirées par des nécessités de situation. Nous dirons pourtant un mot de celle-ci parce qu'elle tend à rectifier une opinion très répandue chez les médecins et qui exerce une grande influence sur le choix des stations auxquelles ils envoient les calculeux. On croit généralement que les eaux de Contrexéville (plus encore celles de Wittel) sont propres à déceler la présence d'un calcul non reconnu et que, de toute manière, l'usage de ces eaux ne peut qu'améliorer l'état des calculeux.

Or, chez vingt-deux calculeux dont les reins étaient sains, aucun incident n'a révélé pendant tout ce traitement l'existence du calcul. Chez huit malades, la cure a été mal supportée. Il survint de la néphrite et de la cystite. Les malades succombèrent

plus tard aux opérations qu'ils durent subir dans ces conditions. De là la double indication: 1° d'explorer *préalablement* la vessie des malades chez lesquels on soupçonne la présence d'un calcul (en neuf années de pratique, M. Brongniart a pu constater la présence de pierres chez plus de soixante malades qui n'en soupçonnaient pas l'existence); 2° le calcul reconnu, de s'abstenir d'un traitement par l'eau de Contrexéville. Par contre, après l'opération, cette eau convient parfaitement pour faire disparaître l'état d'excitation dû à la forme du corps étranger et des manœuvres expulsives.

VARIÉTÉS

CHOLÉRA. — Il n'y a plus à douter que le choléra ne soit en Egypte et même au port le plus fréquenté par les Européens, à Port-Saïd. Il a éclaté d'ailleurs en même temps à Damiette (28 décès le 26 juin), à Mansourah (2) et à Port-Saïd (3).

Nos lecteurs peuvent se rappeler que dans l'un des derniers numéros nous avons reproduit une correspondance de Constantinople montrant les entraves apportées par les délégués anglais siégeant à la Commission internationale d'Égypte à l'exécution des règlements de police sanitaire maritime. Les Anglais ont laissé passer, pour ne pas gêner les intérêts de leur commerce, les navires venant de l'Inde sans exiger les précautions prises depuis un certain nombre d'années; maîtres de l'Egypte, il n'était plus possible de leur résister au nom des intérêts sanitaires On en voit le résultat. (Voy. *Gaz. heb.*, n° 24, p. 411.)

Tous les pays méditerranéens prennent les mesures de précaution nécessaires. Nos autorités sanitaires de Marseille ont reçu toutes les instructions habituelles, réglées par les conventions.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — A la suite de la troisième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, les candidats dont les noms suivent classés par ordre alphabétique, ont été admis à subir les épreuves définitives : MM. Barrié, Brissaud, Chauffard, Dreyfous, Edgar Hirtz, Letulle, Lucas-Championnière et Renault. Depuis lors, ces deux derniers se sont retirés du concours. La question donnée pour la composition écrite (quatrième épreuve) a été : « De l'érysipèle, anatomie pathologique et formes cliniques. »

CONCOURS DE BERCK-SUR-MER. — Le concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de MM. Laucry et Ménéault.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire les médecins et le pharmacien militaire dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — (Choix.) M. Dujardin-Beaumetz (Arnaud-Napoléon-Thadée).

Au grade de médecin principal de 2e classe. — (Choix.) M. Perrin (François-Antoine-Edouard).

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Collin (Henri-Eugène). (Ancienneté.) M. Lachappelle (Jean-Marie-Raphaël-Alban). (Choix.) M. Mouton (Marie-Luglien-Charles).

Au grade de médecin-major de 2e classe. — (1er tour de l'ancienneté.) M. Moreaud (Jean-Baptiste-Angel). (2e tour de l'ancienneté.) M. Louis (Napoléon-Nicolas). (Choix.) M. Achintre (Auguste-Charles).

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — (2e tour de l'ancienneté.) M. Roussolet (Raymond-Etienne-André-Dominique).

— Les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés, par décision ministérielle du 24 juin 1883, à l'emploi de professeur agrégé à ladite école, savoir : pour la médecine, M. Vaillard, médecin-major de 2e classe, et M. Richard, médecin-major de 1re classe; pour la chirurgie, M. Chavasse, médecin-major de 2e classe.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants: M. Brière de Boismont, legs 1000 francs; M. Lunier, 200 francs; M. Gallard, 100 francs; M. Cordès, 68 francs; M. Bergeron (Jules), 20 francs de rente; M. Constantin Paul, 20 francs de rente; Pidoux (la famille du docteur), 20 francs de rente; Burguières, 500 francs.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Chancerel, adjoint au maire de Caen, professeur à l'École de médecine de cette ville, est nommé chevalier.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le docteur Bazille Féris, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Rio-de Janeiro.

MORTALITÉ A PARIS (25e semaine, du vendredi 15 juin au jeudi 21 juin 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1074, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 14. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 58.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 62. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 41; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; de l'appareil circulatoire, 67 ; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 25e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1104 naissances et 1074 décès. Le nombre des décès constatés par les précédents bulletins était 1081, 1180, 1158, 1247. La mortalité continue donc à être faible à Paris; elle n'a pas cessé de décroître depuis plusieurs semaines. On constate une atténuation pour la fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 45 et de 52, chiffres de la 24e et de la 23e semaine), une aggravation insignifiante pour la scarlatine (5 décès au lieu de 3) et pour la variole (14 décès au lieu de 8), un état à peu près stationnaire pour la coqueluche (19 décès au lieu de 21 et de 18) dont le taux mortuaire continue à rester assez élevé. La diphthérie, au contraire, continue à faire assez peu de victimes (33 décès au lieu de 34, de 39 et de 49). Cette maladie a causé 28 admissions dans les hôpitaux au lieu de 25. La rougeole n'augmente pas, mais continue à rester fréquente (29 décès au lieu de 31).

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Réforme médicale sous le double rapport scientifique et pratique, par M. le docteur A. Bastings. 1 vol. in-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées. Thèse de doctorat, par M. Kéuhadjian Mihran. Paris, A. Parent, imprimeur. » »

Encyclopédie internationale de chirurgie, publiée sous la direction du docteur John Ashhurst et illustrée de figures intercalées dans le texte. Ouvrage précédé d'une introduction par L. Gosselin. 6 vol. grand in-8 de chacun 800 pages à deux colonnes avec environ 2000 figures. Chaque volume se composera de 5 fascicules de 160 pages chacun. — Premier fascicule. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

De l'accouchement naturel chez les primipares, par M. le docteur Dieterlen. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Étude sur les taches bleues (historique et recherches nouvelles), par M. le docteur Mallet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis, par M. le docteur Martineau; recueillies par M. Hamoine. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Arsénicisme professionnel et arsénicisme domestique, par M. le docteur Ferré. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Imprimeries réunies. A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 5 juillet 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LATHYRISME ET BÉRIBÉRI. RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES GRANDES RÉSECTIONS ARTICULAIRES.

Académie de médecine : Lathyrisme et béribéri.

Il ne paraît pas difficile, à première vue, de classer dans le cadre nosologique la maladie dont M. Proust est venu entretenir l'Académie dans son intéressante et remarquable communication. Les preuves abondent qu'il s'agit d'une maladie alimentaire, non contagieuse, et qui disparait dans la région où elle sévit avec la cause qui l'a engendrée. On verra en effet plus loin, et l'on pourra lire, avec fruit, tout ce travail au *Bulletin de l'Académie*, que les populations misérables des montagnes de la Kabylie chez lesquelles M. Proust a étudié cette affection il y a quelques mois, n'en sont atteintes que lorsque l'insuffisance de la récolte de froment a été telle, qu'elles se voient obligées de se nourrir en assez forte proportion avec la gesse chiche, dite *Lathyrus cicera* (L.). Il n'est pas douteux non plus qu'une cause nouvelle, telle que le froid humide, n'ait paru le plus souvent nécessaire pour déterminer chez ces organismes débilités l'apparition, brusque ordinairement, de la maladie plus ou moins latente, plus ou moins préparée et adaptée par le ralentissement général et l'insuffisance alimentaire de la nutrition.

Cette maladie, caractérisée principalement par les symptômes constants de la myélite transverse hémorrhagique, a-t-elle avec le béribéri des ressemblances telles, qu'elle pourrait être confondue avec celui-ci? Il nous semble difficile de l'admettre et sur ce point nous avons le regret de nous trouver en désaccord avec M. Le Roy de Méricourt, tout en ayant la satisfaction de partager l'avis de M. Rochard. La discussion entre ces deux autorités scientifiques, quelque écourtée qu'elle ait été, a paru vivement intéresser l'Académie, d'autant que l'un et l'autre ont publié de remarquables travaux sur le béribéri. Il sera donc fort intéressant et instructif de les entendre développer plus complètement leurs arguments au cours de la discussion annoncée pour la prochaine séance. Il est assurément impossible, comme l'a écrit M. Le Roy de Méricourt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de méconnaître le rôle capital que joue l'alimentation dans la production du béribéri; et cela est si vrai, que dans certaines circonstances les maladies dues à une alimentation défectueuse peuvent en revêtir les caractères, si bien que M. Dechambre a pu, en 1871, comme on l'a rappelé à l'Académie, signaler les « analogies » de l'anémie régnante à Paris pendant le siège avec cette affection (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 167). Toutefois on reconnaîtra bien qu'à moins d'étendre démesurément le sens nosographique du terme béribéri, ce sont les formes hydropiques qui caractérisent le mieux cette maladie complexe, non encore suffisamment déterminée. Les formes paralytiques y sont moins communes, et, en tout cas, le plus souvent consécutives, comme l'a fait justement observer M. Rochard.

Le lathyrisme médullaire spasmodique, observé par M. Proust en Kabylie, étudié avec soin depuis plusieurs années par M. Prengueber, médecin de colonisation à Palestro, et par d'autres praticiens, offre, par contre, un ensemble symptomatique bien délimité et que sa dénomination fait nettement connaître. Des accidents de ce genre, rapportés à l'usage des gesses, ont été signalés depuis longtemps par les vétérinaires et les médecins, ainsi que le rappelle M. Hamelin dans l'article GESSE du *Dictionnaire encyclopédique;* mais ils n'avaient jamais été aussi nettement spécifiés. A ces divers titres, et sans insister davantage aujourd'hui, la communication de M. Proust et la discussion qui va la suivre, présenteront un grand intérêt, tant au point de vue de la pathologie comparée que de l'hygiène générale.

Résultats éloignés des grandes résections articulaires.

Les résections articulaires datent de plus d'un siècle. Depuis trente ans leur pratique est courante, et si, en France, la plupart des chirurgiens n'y ont recours qu'avec une extrême réserve, les Allemands, les Américains et les Anglais se sont pris, pour cette méthode, d'un véritable engouement. Aussi les matériaux se sont accumulés; on a dressé déjà de longues statistiques, et ce n'est plus sur des préférences ou des sentiments individuels, mais sur des faits précis, qu'on essaye aujourd'hui d'asseoir son jugement.

La question de gravité opératoire, qui autrefois dominait le débat, passe au second rang, depuis que les antiseptiques ont supprimé la plupart des accidents des plaies. Le chirurgien ne songe plus seulement à la vie de son malade, presque également sauvegardée quelle que soit la méthode choisie; il se demande ce qu'il en adviendra du membre et qui, de l'amputation, de la conservation ou de la résection articulaires, donnera le plus grand bénéfice et assurera, au patient, le plus possible de la fonction.

L'étude de ces résultats éloignés commence à peine, et malgré les relevés si consciencieux de Lefort, de Kratz, des Bœckel, d'Ollier, de Spillmann, de Gurlt et d'Otis, bien des points sont encore obscurs. Il faudrait une statistique où l'on verrait la conservation d'une part et la résection de l'autre tentées par des chirurgiens également habiles, également soigneux, avec des procédés semblables, chez des individus de même âge et pour des lésions de même gravité. Les conclusions s'imposeraient alors et l'on saurait dans quelles conditions on doit avoir recours à l'une ou à l'autre de ces méthodes.

Malheureusement les uns résèquent lorsque la conservation suivie avec persévérance éviterait une opération inutile et donnerait un excellent résultat; d'autres conservent lorsque les lésions sont telles, que l'extirpation est depuis longtemps nécessaire. Si enfin ils se décident, les résultats de leur intervention tardive pourront-ils être comparés à ceux que procure la résection précoce? Voilà la grande difficulté de la rapide étude que nous allons faire en nous appuyant sur la thèse présentée au dernier concours d'agrégation par le docteur Baraban (de Nancy).

I

Au siècle dernier déjà, depuis les opérations de Moreau (de Bar-sur-Ornain) et de Park, on savait que les extrémités osseuses extirpées peuvent se régénérer. Mais lorsque les expérimentateurs eurent bien démontré la puissance ostéogénique du périoste, les espérances les plus ambitieuses se donnèrent libre carrière et l'on prophétisa le temps où une gaine épiphysaire, exactement respectée, reproduirait selon sa forme primitive une surface articulaire avec sa synoviale, son cartilage, ses saillies et ses insertions musculaires.

Cette prédiction s'est presque réalisée, et l'on trouve çà et là, dans la science, quelques cas des plus remarquables de régénération articulaire. Certainement jamais on n'a vu une jointure se reproduire absolument sur son type anatomique primitif, mais la néarthrose peut beaucoup se rapprocher de l'ancienne articulation. Nous pourrions citer le coude disséqué par Doutrelepont, celui que présenta Ollier à la Société de chirurgie, une série de pièces déposées dans les musées et où l'on voit que, sauf une synoviale incomplète et un appareil ligamenteux peu régulier, il n'y a guère de différence entre la jointure ancienne et la néarthrose.

Au point de vue fonctionnel les résultats ne sont pas inférieurs et parfois l'on a vu des réséqués montrer, quelques mois après l'intervention, un membre opéré presque aussi habile et presque aussi vigoureux que le congénère. Nous avons, dans notre clientèle, un négociant dont le coude fut enlevé pour tumeur blanche par le professeur Richet, il y a plus de vingt ans. Or il a récupéré la flexion, l'extension, la pronation et la supination totales. Non seulement il peut exécuter les mouvements les plus délicats, mais il soulève encore des poids presque aussi lourds que ceux que supporte le membre opposé.

Ces faits sont trop connus pour qu'il soit besoin d'insister; mais de tels résultats sont rares et les résections articulaires réservent souvent de cruels mécomptes. Au lieu d'obtenir une néarthrose utile, l'opération peut déterminer une ankylose, ou, au contraire, laisser un membre flottant; la maladie peut aussi se continuer ou se reproduire; il y a récidive et l'intervention a été sans effet. D'ailleurs entre les plus mauvais et les meilleurs résultats on rencontre tous les intermédiaires; ce sont même les termes moyens que l'on observe le plus souvent, ce sont ceux auxquels l'opérateur doit s'attendre.

Ces diverses terminaisons sont sous la dépendance de certaines conditions qui commencent à se dégager, et, si l'on ne peut toujours les prévoir, on sait du moins ce qui les favorise. L'âge du malade, le mode de pansement, la méthode opératoire à laquelle on a eu recours, l'étendue des lésions et leur siège, l'intervention précoce ou retardée et la nature des altérations exercent, comme nous allons le voir, une grande influence sur le résultat définitif.

II

Le mal qui a nécessité l'opération peut reparaître : il y a parfois récidive, avons-nous dit. C'est en effet pour des tumeurs blanches que l'intervention est le plus souvent indiquée. Or au bout d'un temps plus ou moins long de nouvelles fongosités se développent, des abcès se forment, des fistules s'organisent, les os se ramollissent, et le patient se retrouve dans une situation analogue à celle qui le tourmentait avant la résection.

Il est certain qu'avec l'ankylose une pareille terminaison ne serait pas à craindre, et ici le parallèle entre la conservation suivie d'immobilité articulaire et la résection serait fort à l'avantage de la première. Recréer une jointure, rendre au malade la fonction d'un membre, c'est chose fort tentante, mais la néarthrose n'a pas que des avantages, et les mouvements, chez un strumeux prédisposé aux tumeurs blanches, peuvent provoquer l'apparition d'une arthrite nouvelle.

Le mot *récidive* que l'on emploie souvent en pareil cas n'est pas toujours juste. Ce n'est pas une récidive au sens propre du mot et M. Baraban insiste avec raison sur une distinction nécessaire. Il se peut que, dans une néarthrose, une tumeur blanche se développe, au même titre que dans une autre jointure; il se peut même que le manque de solidité, la maladresse de l'articulation nouvelle, sa moindre résistance l'expose aux chocs, aux entorses, causes si fréquentes d'arthrite chronique chez les strumeux; mais d'ordinaire le chirurgien aura laissé dans les os, les gaines synoviales ou les parties molles quelques fongosités, point de départ de la repullulation.

On aura donc une continuation de la maladie primitive. Parfois, en effet, rien n'est plus difficile que de dépasser les limites de la lésion, surtout dans certains massifs articulaires, au tarse par exemple et au carpe. Il peut exister des traînées peu visibles; une travée de tissu sain voile souvent des tissus suspects. D'ailleurs on ne détruit pas toutes les fongosités sous peine d'enlever parfois le manchon capsulo-périosté. M. Ollier ne nous conseille-t-il pas de préférer, aux vastes destructions, les cautérisations progressives au cours du traitement? Cette pratique est bonne, mais n'entraîne-t-elle pas quelque chance nouvelle d'envahissement articulaire?

Et ces continuations s'observent surtout sous le pansement de Lister. La réunion par première intention sera obtenue parfois, mais sous la peau pourront subsister quelques fongosités qui peu à peu ulcéreront les téguments et de nouvelles fistules apparaissent. C'est une des raisons pour lesquelles, tout en employant les substances antiseptiques, il faudra se garder, à l'exemple d'Ollier et de la plupart des chirurgiens actuels, de rapprocher trop tôt les lèvres de la plaie.

III

L'*ankylose* est une terminaison fréquente des résections. Les extrémités osseuses ont été avivées et rapprochées; on a respecté le périoste; des masses osseuses nouvelles se déposent; elles se rencontrent, se fusionnent et l'on assiste à un processus analogue à celui qu'on observe dans les fractures compliquées.

Lorsque la méthode sous-capsulo-périostée a pu être employée rigoureusement, lorsqu'il existe encore une membrane synoviale à peu près continue qui oblitère, à son extrémité, le manchon périostique, il y a là une sorte de matrice, un moule qui maintient la substance plastique et dirige l'ossification : l'ankylose est alors moins imminente. Mais souvent la séreuse manque; elle a été détruite par la suppuration, par les fongosités ou par l'agent traumatique, et l'on comprend combien l'absence de toute barrière est favorable à la coalescence des masses osseuses.

D'autres fois des lambeaux de synoviale existent encore, mais ils sont irrités; peu à peu des bourgeons charnus s'organisent et forment des brides fibreuses qui vont d'une surface à l'autre; bientôt leur propriété inodulaire s'exerce et les deux extrémités osseuses se rapprochent; une pseudarthrose rigide s'établit, qui, au point de vue fonctionnel, équivaut souvent à une véritable ankylose. La rétraction s'exerce parfois lentement et telle jointure qui, dans les premiers temps, paraissait mobile, devient serrée et s'oppose à tout mouvement.

L'âge des opérés est encore un important facteur et, chez les jeunes où l'activité du périoste est considérable, l'ankylose survient souvent. Aussi, pour éviter la fusion des masses osseuses exubérantes qui se déposent dans le manchon sous-capsulo-périosté, est-il nécessaire de recourir à certaines manœuvres sur lesquelles M. Ollier insiste à juste titre; il faudra faire de larges extirpations; il faudra, de bonne heure, imprimer des mouvements progressifs aux deux fragments que l'on fera jouer l'un sur l'autre; enfin, dans certains cas, on devra enlever une zone de périoste de 5 à 10 centimètres suivant l'âge du sujet et l'étendue de la résection, au niveau du point où l'on veut établir le nouvel interligne.

Dans les résections traumatiques l'ankylose est moins à craindre; l'étendue des lésions, la destruction fréquente du périoste, les difficultés de séparer la membrane de l'os sous-jacent, le sphacèle ou la moindre vitalité des tissus ambiants soit loin de favoriser la coalescence des deux extrémités avivées. Ici le résultat contraire est à redouter, et il n'est pas rare d'observer une absence de production osseuse; il n'y a pas néarthrose, mais articulation flottante, membre de polichinelle.

Une trop longue immobilité de la jointure reséquée peut rapidement conduire à l'ankylose. Certains chirurgiens abandonnent trop tôt leurs opérés, qui craignent la douleur ou redoutent une disjonction de la nouvelle jointure à laquelle ils n'osent imprimer aucun mouvement. Aussi, peu à peu, les fibres se rétractent, les surfaces se rapprochent et la coalescence se produit. « M. Ollier, nous dit M. Baraban, ayant fait, pendant la guerre, six résections du coude, perdit un moment de vue ses opérés, puis en retrouva trois d'entre eux assez à temps pour mobiliser leur articulation. Ceux-ci récupérèrent complètement les fonctions du bras; les autres, qui furent immobilisés trop longtemps, eurent une ankylose. »

IV

La conservation d'un long manchon périostique, le peu d'étendue de la résection, la longue immobilité des fragments, le jeune âge du malade, la grande vascularité du périoste provoquée par une inflammation chronique sont les causes principales de l'ankylose ou de la pseudarthrose trop serrée : les conditions contraires provoquent l'absence de néarthrose et ce que l'on a appelé l'articulation « flottante ».

Avec les anciens procédés de résection, rien n'était plus fréquent que ce résultat déplorable, « l'opprobre de la résection ». On ne se préoccupait pas alors, selon le précepte de Larghi (de Verceil) et d'Ollier, d'extraire seulement l'os malade, comme « on retire la main d'un gant ou un busc de baleine d'un corset », on taillait en plein tissu, on enlevait os, périoste, insertions musculaires et tendons et l'on aboutissait « au membre de polichinelle ».

C'est que les résections sous-capsulo-périostées ne constituent pas, comme l'avouait leur adversaire Sédillot, « le meilleur procédé de résection » seulement parce qu'elle conserve la membrane génératrice de l'os, mais surtout parce qu'elle régularise l'extraction des parties malades, crée une sorte de moule où s'accumulera la substance osseuse, oppose une barrière aux suppurations qui pourraient fuser dans les interstices musculaires et conserve les insertions tendineuses dans leurs rapports primitifs.

Ce point est d'une importance capitale et les muscles jouent un grand rôle dans les résultats éloignés des résections articulaires. Si les tendons ont été sectionnés, si une insertion nouvelle se fait en position vicieuse sur l'os même qui reçoit déjà son autre insertion, ou sur un point opposé à celui qu'elle occupe normalement, tout l'équilibre fonctionnel de l'articulation sera troublé; les mouvements seront abolis; la contraction musculaire se fera en pure perte ou amènera un résultat différent de celui qu'il devrait produire. L'articulation sera immobile ou « ataxique ».

Aussi, avant d'entreprendre une résection, faut-il interroger avec le plus grand soin la vitalité des muscles; s'ils sont atrophiés on devra peu compter sur l'opération et des indications nouvelles surgiraient. S'ils sont au contraire en état satisfaisant, on peut espérer un bon résultat, même lorsque l'articulation ne s'est que médiocrement reformée et ne présente que des masses osseuses insuffisantes pour s'offrir un solide appui mutuel. Une contraction musculaire éner-

gique applique d'abord les os l'un contre l'autre, les maintient au contact, puis dirige le mouvement.

D'autre part, si l'action musculaire n'est pas suffisante pour bien maintenir les surfaces articulaires, une néarthrose d'abord utile peut devenir flottante. Des tractions s'exercent sur les trousseaux fibreux qui unissent les os, les ligaments s'allongent comme cela s'observe sur le cal rotulien, et la jointure qui donnait, au début, des résultats passables aboutit au membre de polichinelle. Au bras des appareils prothétiques peuvent encore parer, jusqu'à un certain point, à cet inconvénient, mais au membre inférieur l'amputation est parfois nécessaire.

L'articulation flottante a été surtout observée dans la chirurgie d'armée; les statistiques de Gurlt et d'Otis sont telles que les médecins militaires ont une grande tendance à proscrire maintenant cette opération. On comprend sans peine les motifs de tant d'échecs. D'abord les projectiles de guerre produisent, dans l'article, des dégâts considérables et la résection enlève des étendues d'os considérables; puis les opérations sont souvent primitives; le périoste est alors difficile à détacher, peu vasculaire, par conséquent, très adhérent, peu actif, le manchon périostique est rarement complet et ne pourra régénérer la jointure.

Enfin le chirurgien qui aurait besoin de tout son temps pour mener à bien cette opération délicate, est le plus souvent pressé par le nombre considérable des blessés; il se hâte, et, comme l'a vu M. Ollier pendant la guerre de 1870, certains croient avoir pratiqué une résection-sous-capsulo-périostée qui ont sacrifié la plus grande partie du périoste et de la synoviale. D'ailleurs, eussent-ils bien opéré, les soins consécutifs, indispensables pour atteindre la guérison, manquent la plupart du temps; le malade est abandonné à lui-même, et lorsque la plaie est cicatrisée, les résultats fonctionnels sont déjà compromis.

Ce qui prouve l'influence néfaste de cette intervention hâtive et la nécessité des soins consécutifs, ce sont les bons résultats que les résections traumatiques donnent souvent dans la pratique civile. Les mêmes difficultés opératoires existent cependant, mais le chirurgien se donne le temps de les surmonter; il surveille le malade et suit, jour par jour, la régénération articulaire. Il est juste de dire, cependant, que d'habitude le traumatisme est moins étendu, par conséquent, la résection enlève moins d'os que dans les plaies de guerre. Et puis le soldat en campagne est souvent un surmené, chez qui toute intervention devient dangereuse.

V

Ces diverses terminaisons ne s'observent pas avec la même fréquence dans toutes les articulations: elles sont loin, d'ailleurs, d'y présenter la même gravité, et les qualités que l'on réclame d'une néarthrose ne sont pas identiques pour les deux membres. Certainement pour l'un et pour l'autre, l'idéal serait de reconstituer, par la résection, une jointure semblable à celle que l'on a enlevée, mais ce vœu stérile écarté, on demande d'abord la mobilité pour la main et la solidité pour le pied. L'ankylose, assez mauvaise au membre supérieur, est plutôt recherchée au membre inférieur; la néarthrose trop mobile, redoutable pour le membre inférieur, pourra rendre quelques services au membre supérieur.

Autre particularité: une résection supprime un segment osseux plus ou moins considérables, que, malgré sa puissance régénératrice, le périoste ne reconstituera pas complètement; « la néoformation longitudinale » est d'habitude peu abondante. Ce n'est pas tout: la résection supprime souvent le cartilage conjugal, et l'os ne peut plus s'accroître que par l'autre de ses extrémités. Les deux cartilages ne sont pas également fertiles, et, si l'on supprime le plus actif, il y aura, chez les très jeunes opérés, à redouter un énorme raccourcissement, auquel s'ajoutera l'atrophie si fréquente sur des membres atteints de tumeur blanche.

Au membre supérieur le raccourcissement consécutif aux résections nous importe peu. Si l'articulation est à la fois solide et mobile, la fonction ne souffrira guère. Mais au membre inférieur, il n'en est plus de même. Pour marcher il faut deux membres sensiblement égaux. Par certains artifices de chaussures on peut gagner quelques centimètres; mais si la différence est trop grande, la progression devient impossible. Raison nouvelle pour ne pas étudier en bloc les résultats éloignés des résections articulaires. Chaque jointure a droit à son histoire. Encore doit-on séparer les résections pathologiques de celles que nécessitent les blessures de guerre, car nous verrons que souvent les unes réussissent où les autres ont échoué jusqu'à présent.

VI

Il n'existe, dans la science, qu'un très petit nombre de résections pathologiques de l'*épaule*. Les résultats en seraient bons. M. Ollier l'a pratiquée avec succès. « Sept fois le type anatomique s'est reproduit sensiblement; on a eu une tête nouvelle, réduite de volume, il est vrai, mais s'articulant avec la cavité glénoïde. Aussi, avec Duplay, avec les Bœckel, avec Cras pense-t-il que, surtout chez les jeunes, si l'on opère lorsque les muscles ne sont pas encore atrophiés, la résection est une bonne opération, qui rendra la presque totalité des mouvements, sauf peut-être l'abduction, d'ordinaire fort limitée.

La résection traumatique de l'épaule a été pratiquée très souvent et l'on arrive à un total de plus de 1600 observations. Ici les résultats sont déplorables: les statistiques de Hanover et de Lœffler, celle de Kratz rapportée par Spillmann, les relevés d'Otis et de Gurlt sont tous concordants. Gurlt, sur 213 résections, trouve 2 pour 100 de succès complets; 42 fois sur 100, le bras, qu'il y ait ou non ankylose, permet le fonctionnement du coude et des doigts; 56 fois sur 100 les résultats sont mauvais; le membre est, la plupart du temps, inutile. Otis est moins encourageant encore: « Sur 360 résections épiphyso-diaphysaires on compte 11 succès complets, 208 résultats déplorables et 71 non spécifiés. »

Est-ce à dire qu'il faille proscrire toute résection traumatique? Il est certain que, dans la chirurgie d'armée, les conditions d'exécution opératoire et de pansements consécutifs sont telles, qu'il vaut peut-être mieux avoir recours à d'autres méthodes, mais quelques faits de la pratique civile montrent que la résection de l'épaule, attentive, bien menée, bien surveillée, chez de jeunes sujets, surtout lorsque l'intervention n'a pas été primitive, ont donné parfois des résultats excellents. Pourquoi ne pas espérer qu'un jour la chirurgie de guerre pourra réaliser quelques-unes de ces conditions?

Les résections pathologiques du *coude* sont parmi les plus pratiquées, et l'on sait les résultats remarquables qu'elles ont donné. Même après des ablations considérables, on a vu les surfaces articulaires se reproduire et les fonctions se rétablir. La reproduction osseuse est d'ordinaire fort abon-

dante et, au contraire de ce que l'on présumait, l'ankylose est observée plus fréquemment que la néarthrose flottante. M. Ollier, pour sa part, n'en a observé que deux cas. Le succès est, pour lui, la règle presque invariable, et ses malades peuvent porter, à bras tendu, de 2 à 17 kilogrammes.

La résection traumatique pratiquée avec un véritable enthousiasme depuis la guerre du Sleswig, n'a pas tenu ce qu'elle avait promis, et maintenant une réaction se produit, aussi vive que celle que nous signalions pour l'épaule. Le relevé de Gurlt, basé sur 355 résections, ne donnerait que 30 pour 100 de résultats à peu près favorables. Aussi conclut-il à la conservation et à l'amputation. Ollier ne partage pas cet avis, et, pour lui, les insuccès « s'expliquent par l'imperfection des procédés opératoires, la négligence du traitement consécutif et l'application intempestive de l'opération. Il pense que si l'on cherchait à conserver le membre sans opération, on se ménagerait les meilleures chances pour une reproduction osseuse dans le cas où, plus tard, l'intervention deviendrait nécessaire ».

La résection pathologique du *poignet* est encore à l'étude. Malgaigne voulait qu'on la rayât absolument de la pratique, à cause de ses dangers, des récidives fréquentes et de l'impotence fonctionnelle consécutive. Cette sentence est généralement acceptée. Maintenant M. Ollier en rapelle : il nous fournit quelques exemples de succès remarquables. Reverdin, Follet, Polaillon ont aussi obtenu de beaux résultats. Il ne faut donc plus rejeter cette opération sans examen, et l'on doit se rappeler qu'il est bon d'intervenir avant que les désordres ne soient trop étendus et trop anciens. Les résections traumatiques dans la chirurgie d'armée, jusqu'à ce jour, sont détestables. Mais nous pensons avec Ollier qu'après avoir tenté la conservation par le pansement antiseptique, la résection, si elle devient nécessaire, sera facilitée par la vascularisation du périoste.

VII

La dissection de quelques pièces, l'expérimentation sur les animaux et surtout l'examen attentif de certains opérés, prouvent qu'après la résection de la *hanche*, une nouvelle articulation mobile et solide peut se reconstituer. Mais, malgré l'opinion contraire de Good, ces cas sont exceptionnels, et le plus souvent on obtient l'ankylose, résultat heureux lorsque le membre est en bonne position et le raccourcissement peu considérable. En effet, si le malade est privé d'un grand nombre de mouvements, la progression, du moins, reste facile et l'on n'a pas à redouter les récidives et les déplacements secondaires par allongement et distension des brides fibreuses qui unissent le fémur au bassin.

Cependant les opinions sont loin d'être concordantes : tandis qu'Ollier ne redoute pas l'ankylose, Bœckel, Volkmann et Sayre préconisent les opérations précoces qui donnent, comme résultat, une articulation mobile. Mais il ne faut pas oublier que, chez les jeunes, l'ablation du cartilage conjugal entraîne un raccourcissement fort préjudiciable à la progression; la différence des deux fémurs peut atteindre 10 centimètres. De statistiques fort incomplètes d'ailleurs, il semble ressortir pourtant que le raccourcissement est léger et qu'il n'apporte pas un trouble aussi grand qu'on le supposait, au fonctionnement du membre inférieur. La résection pathologique de la hanche n'obtient que peu de vogue parmi nous. L'immobilisation a donné de tels succès, qu'on la préfèrera à une opération qui, quelle que soit sa sécurité actuelle, a pour conséquence du moins un raccourcissement plus considérable.

Les résections traumatiques sont fort rares. Gurlt n'a pu en recueillir que 15 observations. Ici, nous dit M. Baraban, il ne faut pas se montrer très sévère puisque, lorsqu'on la pratique, on fait plus souvent une opération de nécessité qu'une opération de choix. Les cas de Wagner, de Leel, de Mursik, de Dubreuil sont loin d'être mauvais, et l'on peut conclure avec Gurlt, autant que le permet le petit nombre de faits publiés : les résultats fonctionnels des résections coxo-fémorales en chirurgie d'armée sont satisfaisants.

Au *genou* la solidité est si nécessaire, qu'on y recherche l'ankylose. « On accumule le plus possible les tissus ossifiables et les tissus fibreux autour des extrémités osseuses; on suture les surfaces, et si la fusion ne s'opère pas, du moins il se forme de puissants ligaments qui, avec le concours des muscles, maintiennent les os au contact. Mais plusieurs écueils doivent être évités : d'abord les os seront sciés perpendiculairement, car si leur affrontement permet une légère déviation angulaire, celle-ci pourra s'accentuer, même après ankylose, peut-être par accroissement inégal des cartilages conjugaux. Paschen rapporte trois observations où la flexion s'exagéra au point d'en arriver à l'angle droit. Il faut craindre ensuite, même avec des pseudarthroses serrées, la mobilité consécutive par allongement progressif et distension des ligaments; enfin le raccourcissement qui ici peut être considérable parce que le cartilage inférieur du fémur est celui dont la fertilité est la plus grande. « Sur 28 centimètres d'accroissement moyen, 21 se font par l'extrémité inférieure. » Il faut donc autant que possible, lorsque l'opération est indiquée, faire une résection intra-épiphysaire pour respecter le cartilage.

Les résections traumatiques en chirurgie d'armée sont mauvaises. D'abord la mortalité est fort grande. Elle est de 81 pour 100 dans les relevés de Gurlt. Il est vrai que, dans la pratique civile, elle ne s'élève qu'à 25 pour 100. Les résultats fonctionnels ne sauraient consoler d'une telle léthalité et les statistiques nous permettent de conclure avec Spillmann : « Si nous avions le malheur, dans une campagne, d'avoir l'articulation du genou brisée par une balle, nous opposerions un refus énergique au chirurgien qui nous proposerait la résection. » Il n'en est pas de même pour les traumatismes ordinaires, et les deux résections mentionnées par M. Verneuil en 1862 et en 1864 à la Société de chirurgie, montrent les bienfaits qu'on peut retirer de cette opération.

La résection *tibio-tarsienne* présente avec celle du poignet de grandes analogies : il faut craindre les subluxations consécutives; elles ont été assez souvent observées pour que M. Verneuil conseille, après Lisfranc, la suppression des tendons abducteurs et adducteurs du pied. L'ankylose en bonne position doit être considérée comme un résultat favorable. Les récidives sont fréquentes grâce à la multiplicité des articulations tarsiennes et aux nombreuses gaines synoviales péri-articulaires. Sur 30 résections pathologiques relatées par Spillmann, il y a eu huit fois continuation de la maladie première. Cependant, lorsque les lésions sont bien limitées, l'opération peut donner de bons résultats, mais on a plus souvent recours à l'amputation.

Les auteurs ne s'entendent pas sur la valeur des résections traumatiques. Nous ne parlons pas de celles qui ont pour but de parer aux déviations des fractures et des luxations anciennes; nous avons vu de bien remarquables succès entre les mains de M. Verneuil; mais dans les plaies par

armes à feu, tandis que nous voyons Neurdofer la déclarer bonne, Gurlt, sur 55 observations, n'en trouve pas 8 suivies de bons résultats, et Spillmann estime que la plus mauvaise jambe de bois est préférable. Il y a ici sans doute quelque exagération et nous devons faire les mêmes réserves qu'à propos des autres ostracismes prononcés contre les résections traumatiques.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale, par M. Brown-Séquard. (Mémoire lu à l'Académie des sciences le 18 juin 1883.)

Les grandes doctrines relatives aux actions normales ou morbides de l'encéphale, telles qu'on les admet de nos jours, sont en contradiction flagrante avec un nombre considérable de faits cliniques ou expérimentaux. Acceptant ces doctrines comme tout le monde, j'ai pendant longtemps contribué à les soutenir; mais, depuis dix ans, l'évidence des faits qui leur sont contraires m'a contraint à les abandonner et à leur en substituer d'autres. Dans une série de communications que je me propose de faire à l'Académie des sciences, j'essaierai de montrer que les anesthésies, les paralysies, les amauroses, dans les cas d'affection organique des diverses parties de l'encéphale, dépendent, le plus souvent, sinon toujours, de tout autre chose que de la cause qu'on leur attribue, c'est-à-dire une perte de fonction de la partie qui est détruite. Dans ce premier travail, je ne m'occuperai que de l'anesthésie et seulement pour faire voir qu'il est nécessaire de rejeter l'opinion que ce symptôme, dans les cas de lésion encéphalique, est un effet de la destruction de conducteurs ou de centres servant aux transmissions ou aux perceptions des impressions sensitives.

Je vais tout d'abord faire voir que l'anesthésie liée à la destruction de tous les conducteurs des impressions sensitives se rendant à l'une des moitiés de l'encéphale peut disparaître soudainement. L'exactitude de cette assertion est positivement démontrée par des faits expérimentaux et des faits cliniques. Voici en quoi a consisté l'expérimentation, que j'ai pratiquée un grand nombre de fois chez des chiens, des lapins et des cobayes. Ainsi qu'on le sait par les recherches de M. Veyssière, de M. Carville, et d'autres, la section de la partie postérieure de la capsule interne, chez le chien, produit une hémianesthésie complète du côté opposé du corps. Ils croient que ce résultat est constant. Je puis affirmer qu'il ne l'est pas. Chez le lapin et le cobaye, il manque plus fréquemment que chez le chien. Supposons qu'il se soit montré après cette opération ou après la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, soit sur le pédoncule, le pont de Varole ou le bulbe rachidien. Supposons aussi que cette lésion ait été faite à *droite* et que l'anesthésie conséquemment existe à *gauche* avec plus ou moins d'hyperesthésie à *droite* (ce qui est assez fréquent quand la section a été faite sur le pont ou le bulbe). Si maintenant, sur un animal dans ces conditions, nous coupons transversalement la moitié latérale *gauche* de la moelle épinière au niveau de l'une des dernières vertèbres dorsales, nous trouvons immédiatement que le membre postérieur anesthésié, c'est-à-dire le *gauche*, non seulement recouvre la sensibilité, mais encore devient hyperesthésique, tandis que le membre postérieur *droit*, qui était atteint d'hyperesthésie, devient anesthésique. Laissons de côté l'hyperesthésie et le transfert, que j'ai étudiés ailleurs, et ne retenons que le fait de la disparition soudaine de l'anesthésie dans le membre postérieur *gauche*. N'est-il pas évident que si la partie coupée à *droite* à la base de l'encéphale ou à la capsule interne était la seule voie de transmission des impressions sensitives venues de cette patte postérieure *gauche* et que si l'anesthésie de ce membre après la première lésion dépendait de la perte de fonction de la partie lésée, — n'est-il pas évident, je le répète, que cette anesthésie ne pourrait pas disparaître comme elle le fait cependant sous l'influence de la seconde lésion? La théorie d'après laquelle la perte d'une fonction dans le cas d'une lésion encéphalique dépend nécessairement de ce que cette fonction appartenait à la partie altérée ou détruite est donc fausse à l'égard de l'anesthésie, au moins lorsqu'il s'agit de la section d'une capsule interne ou d'une moitié latérale de la base de l'encéphale chez les mammifères.

La disparition soudaine ou très rapide d'une anesthésie de cause organique encéphalique a été observée chez l'homme aussi. Remak, MM. Clément Bonnefin, Vulpian, Gayet, Grasset, Dumontpallier et nombre d'autres médecins ont obtenu ce résultat à l'aide de chocs galvaniques ou d'autres irritations cutanées. Dans de telles circonstances on a encore une preuve décisive que l'anesthésie produite par une lésion encéphalique ne dépendait pas de la perte de fonction de la partie altérée ou détruite.

Je vais maintenant mentionner très brièvement une série d'autres arguments presque tous tirés de l'étude de plusieurs milliers d'observations cliniques, étude à laquelle j'ai consacré une grande partie de mon temps durant les trente dernières années.

1° Toutes les parties de l'encéphale peuvent donner lieu à de l'anesthésie. En effet, nous voyons que le cervelet (l'un de ses lobes comme son centre) peut produire ce symptôme et qu'il en est ainsi des quatre lobes cérébraux, de la couche optique, des corps striés, de la capsule interne dans sa portion dite motrice comme dans celle dite sensitive et enfin des parties antérieure, postérieure, interne ou externe des pédoncules cérébraux, du mésocéphale et du bulbe rachidien. On comprend par cette énumération comment il a été possible à des localisateurs commettant la faute de considérer qu'une fonction qui disparaît appartient nécessairement à l'organe qu'on trouve lésé, d'émettre l'opinion que le centre percepteur des impressions sensitives se trouve dans le cervelet, dans le bulbe, dans le pont, dans la couche optique, dans les lobes postérieurs, dans certaines circonvolutions, etc. On aurait pu pousser plus loin la fantaisie puisque, je le répète, toutes les parties de l'encéphale peuvent produire l'anesthésie. Comme il n'est pas possible d'admettre que chez un individu le centre de perception ou la masse des conducteurs des impressions sensitives existe dans un point et chez d'autres dans des points différents, il est clair que l'anesthésie, dans les affections organiques des diverses parties de l'encéphale, n'est pas nécessairement due à la destruction de conducteurs ou d'un centre percepteur de ces impressions.

2° Chacune des parties d'une des moitiés latérales de l'encéphale peut être détruite sans qu'il y ait d'anesthésie. Une portion extrêmement considérable d'un hémisphère cérébral peut aussi être détruite sans que ce symptôme apparaisse. Dans un cas très remarquable de M. Richet, il n'y a eu ni anesthésie ni paralysie, malgré la destruction de la presque totalité d'un lobe moyen et d'une grande partie du lobe postérieur, par un énorme abcès contenant de 2 à 300 grammes de pus. Il y a plus : dans des cas d'Abercrombie, de Rostan, de Porta et d'autres auteurs la presque totalité d'un hémisphère était détruite sans qu'il y eût d'anesthésie.

3° Des parties semblables des deux côtés de l'encéphale, y compris même celles que l'on suppose servir à la perception des impressions sensitives (par exemple les couches

optiques et les lobes postérieurs), peuvent être détruites sans qu'il y ait d'anesthésie évidente.

4° Des lésions destructives dans les parties que l'on suppose servir à la sensibilité aussi bien que dans celles qui ne servent pas à cette fonction, au lieu de causer de l'anesthésie, ont souvent produit de l'hyperesthésie.

5° Toutes les parties de l'encéphale, au lieu de donner origine à de l'anesthésie croisée, peuvent faire apparaître la perte de sensibilité du côté de la lésion. Je connais maintenant plus d'une centaine de faits d'anesthésie *directe* par suite de lésion du cervelet, de l'un ou de l'autre des quatre lobes cérébraux, des corps opto-striés ou des diverses parties de la base de l'encéphale.

6° Une lésion destructive de parties considérées comme les seuls centres percepteurs ou les seules voies de transmission des impressions sensitives provenant des deux membres du côté opposé, produit assez souvent de l'anesthésie dans un seul de ces membres, tantôt le bras, tantôt la jambe.

7° Dans des cas où l'anesthésie de cause organique encéphalique devrait être totale, c'est-à-dire se montrer à la fois pour les impressions tactiles, thermiques et douloureuses, elle n'a quelquefois existé que pour l'une ou l'autre de ces diverses espèces d'impressions.

8° L'anesthésie peut ne survenir que dans une moitié du corps alors que la lésion qui la produit s'étend également et dans des parties semblables à la base de l'encéphale des deux côtés. En revanche, l'anesthésie peut se montrer dans les deux moitiés du corps bien qu'il n'y ait de lésion que dans un des côtés de l'encéphale.

9° L'expérimentation sur les animaux (en harmonie, du reste, avec de très nombreux faits cliniques) donne très souvent des résultats tout à fait contraires à l'opinion qui a cours à l'égard du mode de production de l'anesthésie, après une section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale. Si l'on fait cette section tantôt dans un point, tantôt dans un autre chez des chiens, des lapins ou des cobayes, depuis le bulbe rachidien jusqu'à la capsule interne, inclusivement, on obtient des résultats extrêmement variés. D'une part, il peut n'y avoir aucune anesthésie ou une diminution très faible de sensibilité. D'une autre part, bien que dans tous ces cas on coupe la masse entière des fibres qu'on croit constituer les voies de transmission des impressions sensitives venues du côté opposé, on trouve que l'anesthésie est bien plus fréquente lorsque la section a porté sur la capsule interne, moins fréquente lorsqu'elle a été faite sur le pédoncule ou le pont, et bien moins encore quand c'est le bulbe qui a été lésé. Or il n'en serait pas ainsi si vraiment la masse entière de ces conducteurs était coupée dans tous les cas.

Si, en présence des faits sur lesquels sont fondés plusieurs des arguments que nous avons mentionnés, on voulait persister à considérer l'anesthésie de cause organique encéphalique comme démontrant que la partie lésée est la voie de transmission ou le centre percepteur des impressions sensitives venues d'une moitié du corps, on serait nécessairement conduit à cette conclusion absurde, à savoir que chacune des parties de l'encéphale est la seule voie de transmission ou le seul centre de perception des impressions sensitives. D'un autre côté, si l'on persistait à croire que l'absence d'anesthésie dans les cas de lésion destructive d'une partie de l'encéphale montre que la partie détruite ne sert pas à la sensibilité, on serait forcément conduit également à la conclusion absurde qu'aucune des parties du grand centre nerveux intra-crânien ne sert à la sensibilité.

Dans un prochain travail j'examinerai par quel mécanisme se produit l'anesthésie dans les cas de lésion de l'encéphale. Je me bornerai aujourd'hui à conclure des faits mentionnés ci-dessus que *c'est une erreur de considérer l'anesthésie de cause encéphalique comme dépendant nécessairement d'une perte de fonction de la partie lésée.*

CORRESPONDANCE

AU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Le « tout à l'égout » et les épidémies.

La discussion ouverte à l'Académie sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde et sur les conclusions à envoyer aux ministres compétents s'est terminée par l'abstention à l'égard de la conclusion la plus importante : celle ayant trait à ce qu'on a appelé le « tout à l'égout ».

Ce qui a déterminé, je crois, l'Académie à s'abstenir, c'est qu'on lui a représenté cette question comme étant encore à l'étude, comme étant par conséquent réservée, et qu'on a semblé lui donner l'espoir qu'elle serait bientôt officiellement consultée sur ce point. Il y a là un malentendu qu'il importe de ne pas laisser subsister. Obligé de me rendre au concours de l'agrégation, je ne pouvais demander la parole pour défendre la conclusion que j'avais proposée, et d'ailleurs, l'Académie paraissait peu disposée à poursuivre plus longtemps une discussion déjà longue. Mais, comme j'ai pris part à ce débat, je tiens à dégager ma responsabilité morale des conséquences graves que peut avoir, pour Paris, la mise à l'égout des matières liquides et solides.

Loin d'être, comme on l'a laissé croire à l'Académie, une question réservée, la question du « tout à l'égout » est une question résolue et je le prouve. La ville de Paris oblige les propriétaires à établir, *à leurs frais*, des branchements d'égout partant de la façade de leurs maisons pour aboutir à l'égout qui passe sous la rue. Les eaux pluviales et ménagères de chaque maison ne vont plus aboutir au ruisseau qui longe le trottoir, mais vont directement au branchement d'égout correspondant, et de là à l'égout municipal qui passe sous la chaussée. Or chaque propriétaire a le droit de faire aboutir à son branchement les tuyaux de chute des cabinets d'aisance, de supprimer la fosse et de s'affranchir de la nécessité des vidanges.

L'établissement du branchement d'égout étant obligatoire, et la mise à l'égout facultative des matières étant une économie puisqu'elle supprime les frais de vidange, le tout à l'égout existe aujourd'hui pour beaucoup de maisons de Paris. C'est à ce parti que se sont arrêtés la plupart de mes voisins ; je n'ai pas cru devoir suivre leur exemple.

Un grand nombre de rues de Paris sont aujourd'hui en possession de ce système et il est facile de s'en assurer. Dans toutes les rues où l'ancienne gargouille allant de la façade au ruisseau, en traversant le trottoir, a disparu, partout où le tuyau des eaux pluviales placé le long de la façade s'enfonce dans le trottoir, vous pouvez affirmer que les branchements d'égout existent et que beaucoup de maisons envoient directement les matières fécales à l'égout. Par conséquent, à l'heure qu'il est, nos égouts ne sont plus qu'une vaste fosse d'aisance sur laquelle nous nous promenons et à laquelle aboutissent, sous forme de conduites d'eau pluviale, des milliers de cheminées d'appel qui, par un mécanisme que j'ai signalé à l'Académie, répandent dans l'air, au niveau des étages supérieurs, l'odeur infecte des égouts.

Cet apport direct des matières à l'égout peut ne présenter que des inconvénients moins grands que ceux des fosses fixes lorsque les égouts présentent les trois conditions indispensables que j'énumérais dans la conclusion que j'ai proposée : l'imperméabilité absolue qui s'impose aux infiltrations ; la pente qui amène l'écoulement rapide des matières ; enfin la plus importante de toutes : une abondante irrigation.

Il est possible que cette dernière condition existe à Londres, à Bruxelles, etc. ; mais ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elle n'existe pas à Paris, puisqu'on nous menaçait l'année dernière de souffrir de la soif si nous continuions ce que l'on

appelait « le gaspillage de l'eau ». Cette année on force les propriétaires à substituer les compteurs au robinet libre, afin d'obliger encore à l'économie, vu le prix élevé de l'eau qui nous est fournie.

Les particuliers, consommant le moins d'eau possible pour les usages domestiques, n'envoient que le moins d'eau possible à l'égout. L'irrigation des égouts est donc forcément insuffisante. Si pendant l'hiver l'eau y circule à l'état de ruisseau et parfois de torrents, l'été, et surtout pendant les mois d'août et de septembre, ce ne sont plus que des marais stagnants, infects, où fermentent les boues, les eaux ménagères et les matières fécales.

Or il est deux maladies contagieuses et par conséquent épidémiques dont le principe a pour véhicule les matières fécales : la fièvre typhoïde, le choléra. Le retour probable dans deux mois de l'épidémie annuelle de fièvre typhoïde rappellera forcément l'attention sur nos égouts et décidera peut-être l'Académie à se prononcer.

Depuis la clôture de la discussion académique, le choléra nous menace. Je montrai en 1867 (*Gaz. hebdom.*, p. 513), par des exemples empruntés aux enquêtes officielles faites en Angleterre au sujet des faits concernant la pompe de *Broad street*, et la propagation du choléra aux abonnés d'une Compagnie des eaux (*East London Waterworks*) puisant son eau dans une rivière contaminée par les déjections cholériques, et aussi par la dissémination de la maladie sur les rives de la Seine, au-dessous de l'égout collecteur, la part importante que peut avoir la contamination de l'eau dans la propagation du choléra. Si aujourd'hui l'eau de la Vanne et de la Dhuis, circulant dans des tuyaux qui la mettent à l'abri des infiltrations, nous donne pleine garantie, en sera-t-il de même de l'eau de la Seine? Si l'on admet la propagation non plus seulement par ingestion, mais par infection atmosphérique, quelle sera la situation faite à Paris par l'état actuel de nos égouts? Puissent les inquiétudes actuelles se dissiper! Il n'en subsiste pas moins ce fait, qui est loin de ressortir de la discussion académique, c'est qu'actuellement le « tout à l'égout », loin d'être une question à l'étude, est une question résolue, et cela, dans les plus détestables conditions, en raison de l'irrigation insuffisante de notre réseau d'égouts.

Léon Le Fort.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Chambre des Communes en Angleterre : Vaccination obligatoire (1).

M. *Hopwood* appuie la motion de M. P. Taylor. Cette loi si cruelle de la vaccination obligatoire, dit-il, cette loi qui repose si peu sur des données scientifiques, est déjà tellement discréditée aux yeux des personnes compétentes, qu'elle chancelle sur sa base.

Il espère que la Chambre se prononcera contre cette tyrannie, qu'elle déclarera enfin : que le père de famille ne sera plus forcé à l'avenir d'exposer ses enfants aux dangers que comporte la pratique actuelle.

Sir *Joseph Pease* propose l'amendement suivant :

« La Chambre nommera une commission spéciale dont le but sera de s'assurer si l'on ne pourrait pas limiter l'accumulation des peines pour non-vaccination, sans toutefois compromettre la loi sur la vaccination. »

La loi actuelle, dit-il, pèse trop lourdement sur le pauvre qui ne peut pas, comme le riche, payer des amendes continuelles et successives.

(1) Erratum. — Dans le numéro précédent, p. 436, 2e col., au lieu de « Sir Lyon Payfair demande... », lire : « M. P. Taylor, dit *Sir Lyon Payfair*, demande... »

Un nombre considérable de personnes ont déjà été poursuivies et condamnées pour n'avoir pas fait vacciner leurs enfants. L'effet produit a été de créer un sentiment de répulsion contre cette loi et de la rendre de plus en plus difficile à appliquer.

Malheureusement aussi des cas de vaccination faite sans soins, ayant occasionné des maladies et la mort, ont été fréquemment relatés et ont justement effrayé la population.

Ce système de l'accumulation des peines est de la plus grande injustice. C'est un système qui a deux poids et deux mesures d'abord, et qui de plus ne répand pas sur la population tout le bien que son application avait fait espérer.

La parole est ensuite donnée à Sir *Charles Dilke*.

On prétend, et MM. Taylor et Hopwood sont de cet avis, que la diminution de la mortalité par variole est due uniquement aux progrès accomplis dans l'hygiène publique.

Mais que l'on compare ensemble la période de 1847 à 1853, quand la vaccination était facultative, celle de 1854 à 1871 quand elle était obligatoire, et enfin l'époque actuelle de 1872 à 1880 où la vaccination est obligatoire avec sanction pénale, on constatera un fait des plus remarquables, non mentionné par Sir L. Playfair, c'est que la diminution dans la mortalité qui a été immense, l'a été surtout parmi les enfants au-dessous de dix ans.

Cette observation, il me semble, est un peu en désaccord avec l'idée que ce résultat serait exclusivement dû aux améliorations apportées dans l'hygiène publique.

On a en outre constaté qu'entre la première et la troisième période, la mortalité par variole chez les personnes de tout âge était descendue de 100 à 51 et chez les enfants au-dessous de cinq ans de 100 à 20.

Quelle a été par opposition la diminution de la mortalité, pour cette même période de temps dans les autres maladies prises en bloc?

La mortalité y est tombée de 100 à... 93, parmi les gens de tout âge et de 100 à... 94 chez les enfants au-dessous de cinq ans.

Si la vaccination n'est qu'illusoire, si les heureux résultats obtenus depuis son application ne sont qu'une simple coïncidence, si nous en sommes redevables en totalité aux progrès faits dans l'hygiène publique, comment se fait-il alors que cette extraordinaire diminution de la mortalité chez les enfants se soit confinée exclusivement sur les cas de variole et ne se soit pas étendue un peu aux autres maladies?

Il y a cent cinquante ans, dit M. Taylor, l'inoculation de la variole était pratiquée largement et vous en connaissez les tristes résultats.

Il est vrai qu'en 1721 on avait déjà fait des expériences sur des criminels condamnés à mort, mais ce ne fut pas avant 1745 que l'inoculation devint une pratique générale.

A Londres, de 1660 à 1680 on n'a pas eu recours à l'inoculation et les décès par variole se comptaient dans la proportion de 4000 par million.

Soixante ou soixante-dix ans plus tard, quand commença le règne de l'inoculation, la mortalité augmenta légèrement.

Ainsi de 1728 à 1757 la mortalité était de 4260 par million. Puis, de 1770 à 1780, alors que l'inoculation devint générale, elle s'est élevée à 5020 par million.

Mais, quand au commencement de ce siècle on a commencé à pratiquer la vaccination, la mortalité, ainsi que Sir L. Playfair l'a démontré, a diminué avec une rapidité étonnante.

Y a-t-il là motif pour arguer que la mortalité du dernier siècle était entièrement due à l'inoculation?

Donnons maintenant des exemples plus modernes.

En 1870, 10504 facteurs de la poste ont été revaccinés (on revaccinait tous ceux qui ne l'avaient pas été sept ans auparavant) et pendant dix ans, de 1870 à 1880, il n'y a pas eu un seul décès par variole parmi ces employés.

Le même fait s'est produit dans l'administration des télégraphes.

Certaines personnes, sans être exclusivement *antivaccinationistes*, sont cependant opposées à la vaccination obligatoire avec sanction pénale, à la *compulsory vaccination*.

Je leur rappellerai qu'en 1871 une commission spécialement nommée pour étudier cette question s'est, dans son rapport, unanimement prononcée contre cette loi de l'accumulation des peines.

Au *Local government Board* (ministère de l'intérieur) on était aussi d'avis que ce système de l'accumulation des peines était nuisible à la cause de la vaccination et ne remplissait pas le but que l'on se proposait d'atteindre.

De plus, en juillet 1880, le *Local government Board*, par la voix de son président, présentait aux délibérations de la Chambre un projet de loi demandant l'abolition de ce système. La Chambre le repoussa.

Aujourd'hui, si la même question était de nouveau posée à la Chambre, je crois bien qu'elle aurait encore un sort semblable.

Cependant je désire que la Chambre soit consultée et fasse connaître son sentiment à ce sujet. Cela vaudrait mieux, à mon sens, que de se rallier à la proposition de Sir J. Pease, parce que cette question doit être tranchée par la Chambre entière et non par une Commission spéciale.

En tout cas, je voterai pour l'amendement que Sir L. Playfair soumettra tout à l'heure à la décision de l'Assemblée.

M. *Sclater Booth* vondrait voir abolir le système des poursuites répétées mais sous certaines réserves.

Après quelques observations de MM. *T. Collins*, Sir *Trewor Lawrence* et *P. Taylor*, l'amendement de Sir J. Pease est rejeté.

Sir *Lyon Playfair* propose ensuite l'amendement suivant:

« Considérant que, la mortalité dans les cas de variole ayant beaucoup diminué depuis la pratique de la vaccination, il est absolument nécessaire, pour assurer le service de cette vaccination et par conséquent empêcher la dispersion de la variole, ainsi que ses désastreuses conséquences, de posséder une loi formelle, mais susceptible de subir les modifications que peut suggérer l'expérience. »

L'amendement de M. P. Taylor est d'abord mis aux voix.

Le scrutin donne : pour, 16 voix ; contre, 286.

Celui de Sir Lyon Playfair est admis à l'unanimité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

EMPLOI DES PHOTOGRAPHIES PARTIELLES POUR ÉTUDIER LA LOCOMOTION DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. Note de M. *Marey*. — « Lorsqu'on prend sur la même plaque une série de photographies représentant les attitudes successives d'un animal, on cherche naturellement à multiplier ces images pour connaître le plus grand nombre possible de phases du mouvement. Mais, quand la translation de l'animal n'est pas rapide, la fréquence des images est bientôt limitée par leur superposition et par la confusion qui en résulte.

» C'est pour remédier à cet inconvénient que l'auteur a eu recours à la *photographie partielle*, c'est-à-dire qu'il a supprimé certaines parties de l'image pour que le reste fût plus facile à comprendre. Par deux dispositions particulières, il a pu décupler aisément le nombre des images recueillies en un temps donné sur une même plaque : ainsi, au lieu de dix photographies par seconde, on peut en prendre cent. Une figure, représentant les membres inférieurs dans la course de l'homme, exprime clairement les alternatives de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, les trajectoires onduleuses du pied, du genou et de la hanche, et pourtant le nombre des images n'excède pas soixante par seconde. Dans ces cas, il est plus que suffisant d'avoir soixante fois par seconde l'indication des déplacements du marcheur. On pourrait obtenir davantage.

» Au commencement de ce siècle, les frères Weber ont aussi eu recours au même mode de représentation pour exprimer les actes successifs qui se produisent dans la marche de l'homme. C'est en réduisant le marcheur à la figure d'un squelette que ces éminents observateurs ont réussi à juxtaposer, sans les confondre, un grand nombre d'images exprimant des attitudes différentes. »

SUR L'ACTION DES MÉLANGES D'AIR ET DE VAPEUR DE CHLOROFORME, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE. Note de M. *Paul Bert*.

Si l'on fait respirer à un chien un mélange de 4 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air, l'animal reste sensible pendant toute la durée de l'expérience, que j'ai prolongée, dans un cas, jusqu'à neuf heures et demie. Sa température rectale s'était alors abaissée à 35 degrés. Avec 6 grammes pour 100 litres d'air (ce que j'appelle abréviativement 6 pour 100), la mort est survenue après sept heures environ, avec une température de 31 degrés. La sensibilité a persisté tout le temps, bien qu'affaiblie, surtout dans les dernières heures, quand l'animal était très refroidi. Avec 8 pour 100, on finit par obtenir l'insensibilité de la peau et même de la cornée; mais elle ne survient que très lentement, après une phase d'agitation. La mort a lieu au bout de six heures, la température s'étant abaissée jusqu'à 30 degrés. Avec 10 pour 100, la scène change; l'insensibilité apparaît en quelques minutes. Le sommeil est absolument calme, et la mort arrive au bout de deux heures à deux heures et demie, sans aucune convulsion. La température est alors de 35 à 33 degrés. Avec 12 pour 100, insensibilité encore plus rapide, sans réaction aucune. Mort en une heure un quart en moyenne; température, 35 degrés. Avec 14 et 16 pour 100, mort en trois quarts d'heure; température, 38 degrés. Avec 18 et 20 pour 100, mort en une demi-heure. Avec 30 pour 100, mort en quelques minutes.

Dans toutes ces expériences, l'animal avait été trachéotomisé. Le chloroforme était parfaitement pur.

J'appelle particulièrement l'attention sur les faits suivants :

a. Que la mort soit survenue lentement ou rapidement, toujours le cœur a continué à battre après la cessation des mouvements respiratoires : il n'y a jamais eu de syncope cardiaque. *b*. Même après une anesthésie de plusieurs heures, il ne passe pas de chloroforme dans l'urine. *c*. Avec des doses très faibles, on peut faire circuler dans les poumons une quantité énorme de chloroforme sans obtenir d'autre phénomène objectif que l'abaissement de la température. *d*. Avec des doses un peu plus fortes, on amène une mort lente avec un grand abaissement de température; mais la sensibilité persiste. Ainsi, à ces doses, le chloroforme n'agit que sur les actes nutritifs, probablement en engourdissant tous les éléments anatomiques, comme il endort la cellule de bière, d'après les expériences de Claude Bernard. *e*. Avec des doses plus fortes, alors que l'insensibilité se manifeste nettement, la mort est toujours la conséquence de la respiration *continue* des mélanges chloroformés. Plus ces mélanges sont riches en chloroforme, plus la mort est rapide, et moins la température de l'animal baisse.

L'emploi des mélanges tirés de vapeurs de chloroforme et d'air va permettre de résoudre quantité de problèmes importants relatifs à l'action de cet anesthésique.....

Je fais respirer à un chien le mélange à 12 pour 100. Au bout de quelques minutes, quand il est bien endormi, je lui donne le mélange à 8 pour 100. Or ce mélange, qui, s'il avait employé d'emblée, n'aurait anesthésié l'animal que très lentement et après une grande agitation, suffit pour continuer l'action de celui-ci à 12 pour 100. Et comme il n'est mortel par lui-même qu'au bout d'un long temps, j'ai pu conserver ainsi des animaux parfaitement anesthésiés pendant plus de trois heures, sans aucun péril pour leur vie, sans aucun trouble notable de la respiration et de la circulation : la température seule avait baissé.

Voilà donc un procédé bien simple, qui ne nécessite que l'emploi de deux sacs de caoutchouc ou de deux gazomètres, et dont je me permets de recommander l'emploi aux chirurgiens.

Il faudrait d'abord, bien entendu, déterminer par des tâtonnements le titre des mélanges dont l'action correspondrait sur l'homme à ce que font 8 et 12 sur le chien.

SUR UN CAS D'HYSTÉRIE GRAVE DE DATE ANCIENNE DONT LES SYMPTÔMES ONT DISPARU SOUS L'INFLUENCE DE L'ALUMINIUM. Note de M. *Burcq*, présentée par M. Bouley. — (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

EAUX MINÉRALES. — M. *Renard* soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. Bouley, un Mémoire portant pour titre : *Étude sur le mode d'action des eaux minérales d'après la doctrine de M. Pasteur.* (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Académie de médecine.

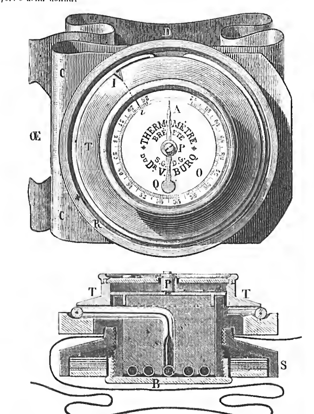
SÉANCE DU 3 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Dupré* (de Montpellier), correspondant national, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre associé national.

M. le docteur *Mahent* (de Caen) se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

M. le docteur *Catrin* envoie un *Rapport* manuscrit *sur les vaccinations et les revaccinations qu'il a pratiquées à Medjez-el-Bab en* 1882. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Pennetier*, un *Rapport sur la nouvelle organisation du service des épidémies dans la Seine-Inférieure;* 2° de la part de M. le docteur *Grellet* (de Ménat), la *Relation* imprimée *d'une épidémie de fièvre typhoïde, suivie de quelques considérations étiologiques;* 3° au nom de M. *Patrouillard* (de Gisors), une brochure intitulée : *Étude sur la pharmacopée belge, sa comparaison avec le Codex français;* 4° de la part de M. le docteur *Ercolani* (de Bologne), deux mémoires imprimés, ayant pour titres : *Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana* et *Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sulla placenta dei mammiferi e della donna.*



M. *Vulpian* présente plusieurs brochures de M. le docteur *Alison* (de Baccarat) et un mémoire manuscrit du même auteur, intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë.*

M. *Larrey* fait don d'un grand nombre de manuscrits que lui a laissés M. *le baron Jules Cloquet.*

M. *Dechambre* dépose, au nom de M. *Carlet* (de Grenoble) et à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national, un certain nombre de mémoires imprimés, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Bergeron* fait hommage, de la part de M. le docteur *Fredet*, d'une brochure reproduisant une *Conférence* qu'il a faite au *Dispensaire municipal de Clermont-Ferrand.*

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur *Burq*, un nouveau *thermomètre circulaire à index maxima et minima avec cartons thermographiques.* Cet instrument a pour but : 1° la thermométrie plane sur toutes les régions du corps indistinctement ; 2° la thermographie ou l'enregistrement des observations thermométriques avec le temps de leur durée ; la thermo-métalloscopie, détermination des sensibilité métalliques individuelles par les variations thermiques. Il a pour organes essentiels : A, un thermomètre circulaire à cadran O, pourvu de deux index A, *i* (voy. fig.) dont la tige et la cuvette en contre-bas *x*, *x*, sont encastrées en vue de les sauvegarder contre leur fragilité, dans une sorte d'écrin rigide fermé en haut par une plaque tournante T qui ne laisse voir qu'une faible section de la tige par une échancrure *i*, au milieu de laquelle est une encoche dont l'angle correspond à l'index *i*. — B. Des rondelles des différents métaux malléables à l'usage de la métalloscopie, assez minces pour pouvoir être contenues toutes dans le vide du socle S. — C. Une longue bande de caoutchouc C avec des œils *œ*, pour permettre de fixer l'instrument sur n'importe quelle région, à la façon d'un bouton de manchette dont il affecte la forme. — D. Des cartons dits *thermographiques* sur lesquels sont reproduits tous les chiffres et divisions de O, et tracés des cercles I, II, III, IV, V et X pour marquer en minutes la durée de chaque observation (voir la figure ci-contre).

DÉCÈS DE M. FILHOL. — M. *le Président* annonce la mort de M. *Filhol*, associé national depuis 1865, ancien pharmacien de l'hôpital Beaujon à Paris et directeur de l'École de médecine de Toulouse.

LATHYRISME MÉDULLAIRE SPASMODIQUE. — Dans un récent voyage dans les montagnes de la Kabylie, M. *Proust* a eu l'occasion d'examiner un certain nombre de malades atteints d'une sorte d'affection épidémique qui lui avait été signalée par un distingué médecin de colonisation à Palestro, M. Prengrueber. Chez presque tous ces malades, les premières manifestations du mal se sont produites brusquement après une nuit froide et humide ; elles ont débuté par un accès de fièvre et ont consisté d'abord en douleurs de reins et phénomènes paralytiques portant toujours sur le mouvement, quelquefois sur la sensibilité, affectant rarement le membre supérieur, toujours les membres inférieurs et la vessie, et intéressant quelquefois les organes génitaux. Voici maintenant les symptômes de la maladie confirmée : la marche est difficile, elle se fait sur la pointe du pied, les talons ne touchant pas le sol ; les membres inférieurs sont raides, les orteils recourbés, les ongles usés. Les pieds sont dans l'extension et l'adduction. Le gros orteil est le siège de cicatrices qui sont le résultat d'écorchures. Le réflexe tendineux, les mouvements épileptoïdes obtenus par le redressement du pied sont exagérés. Les mouvements réflexes des membres inférieurs, le gauche principalement, sont quelquefois tellement exagérés, que, sous l'influence de la moindre cause, les jambes s'agitent comme les feuilles d'un arbre secoué par le vent. Le tremblement se propage ensuite au corps tout entier. La chaleur paraît diminuer l'intensité de ces réflexes ; ils sont beaucoup plus évidents avec le froid. La plupart des malades ne présentaient pas d'anesthésie bien évidente, et le chatouillement du pied était parfaitement perçu ; l'action des courants faradiques était moins nette qu'aux membres supérieurs. En promenant enfin une éponge mouillée le long de la colonne vertébrale, les jambes étaient prises de tremblements. Quant à l'incontinence d'urine, aux troubles des organes génitaux, si marqués au début, ils avaient disparu chez la plupart. Sur aucun d'eux M. Proust n'a observé de phénomène ataxique : douleurs fulgurantes, troubles oculaires, incoordination motrice, etc. De ces différents malades, quelques-uns d'ailleurs sont aujourd'hui complètement guéris, les uns sans avoir subi aucun traitement, les autres, après avoir été soumis à divers moyens, parmi lesquels les pointes de feu faites avec le thermocautère le long de la colonne vertébrale et le bromure de potassium à la dose de 2 à 5 grammes à l'intérieur ont surtout réussi.

M. Proust, bien qu'il n'ait pu faire aucun examen anatomique, croit pouvoir rapprocher ces symptômes de ceux d'une

myélite transverse ou d'une hémorrhagie de la moelle, à laquelle aurait succédé une dégénérescence secondaire des cordons latéraux, dégénérescence qui peut n'être pas persistante, puisque quelques malades ont guéri et qu'un certain nombre se sont améliorés.

En ce qui concerne l'étiologie, M. Prengrueber a remarqué que tous les Arabes ou Kabyles (appartenant à des populations misérables, presque réduites à la famine) qui ont ressenti ces accidents avaient mangé des *gesses* et qu'on n'a pas constaté un seul accident dans les tribus où ce mode d'alimentation n'existait pas. Du reste, la maladie des gesses ou djilbes affecte toujours une forme épidémique, et ne procède point par cas isolés ; un grand nombre d'individus sont atteints brusquement dans la même période, pendant les mêmes mois (mars et avril), et jamais les autres Européens, qui sont placés près des tribus, n'ont offert un seul cas de cette affection. C'est qu'en effet les Européens ne mangent jamais de djilbes. La syphilis, le saturnisme, l'alcoolisme successivement invoqués ne sauraient être mis en cause; quant à l'action du froid, elle doit être plus sérieusement discutée. C'est, en effet, dans les mois de janvier, de février et mars que les torrents débordent, que les rivières coulent à pleins bords, et pour rejoindre leur tribu, les indigènes sont obligés de les traverser, ayant souvent de l'eau jusqu'aux aisselles. Toutefois on ne saurait voir dans cette action du froid autre chose qu'une cause déterminante; la véritable cause efficiente réside dans l'absorption de la légumineuse dite djilbes.

Cette affection est connue depuis longtemps et Catani l'a désignée le premier sous le nom de lathyrisme, d'après la dénomination botanique de la gesse chiche (*Lathyrus cicera*, L.); elle a été depuis quelques années observée en Algérie avec un grand soin. Faut-il l'attribuer à une altération des graines de gesse, au développement d'une moisissure ou d'un parasite quelconque ?

M. Proust déclare que l'examen des graines ne permet pas de l'admettre. Mais, pour être absolument certain de la nocuité de l'absorption des gesses, il faudrait recourir à l'expérimentation, d'autant plus que des accidents analogues ont déjà été observés autrefois sur les animaux, notamment par Teilleux, Brunelle, Bourlier, etc., et ils ont observé comme phénomène prédominant, à la suite d'injections d'extrait éthéré et alcoolique de ces légumineuses, la paralysie du train postérieur. Récemment, il est vrai, ni M. Vulpian, ni M. Marie n'ont pu, dans ces conditions, observer aucun des symptômes caractéristiques du lathyrisme.

Quoi qu'il en soit, cette affection offre un intérêt au point de vue de l'hygiène publique; car, de même que toutes les maladies d'alimentation, le lathyrisme est appelé à disparaître devant les progrès de l'hygiène sociale.

M. *Bouley* ayant demandé à présenter à la séance prochaine quelques observations au sujet des accidents signalés à diverses époques chez les animaux nourris avec des gesses, la discussion de la communication de M. Proust est renvoyée à mardi prochain. Toutefois un court débat s'engage immédiatement sur les rapports de similitude que cette maladie pourrait avoir avec le béribéri.

Comment se fait-il, demande tout d'abord M. *Le Roy de Méricourt*, que l'alimentation d'une plante aussi nocive que la gesse chiche ne produise des accidents qu'à des périodes éloignées? — La maladie, réplique M. *Proust*, ne se montre qu'après les mauvaises récoltes, dans les moments de disette; car la gesse n'est consommée d'habitude qu'à petite dose (1 pour 6 de froment), tandis que dans ces dernières circonstances, comme cet hiver, elle entre dans l'alimentation pour une proportion beaucoup plus grande. — Mais alors, reprend M. *Le Roy de Méricourt*, cette maladie a les plus grandes analogies avec le béribéri, que l'on considère généralement comme causé par l'action du froid sur les organismes débilités par une alimentation insuffisante ; on sait, du reste, que cette maladie de misère n'est pas exclusive, comme on l'avait pensé, à l'Inde, mais qu'on l'observe aussi au Brésil, et même M. Dechambre en a constaté des cas pendant le siège de Paris.

Cependant, objecte M. *Proust*, le lathyrisme a été observé en Italie, en France, etc., avec des caractères identiques, et l'action de la plante paraît, d'après les phénomènes accusés, être nettement localisée dans le bulbe, au voisinage du noyau d'origine du pneumogastrique. — N'y a-t-il pas, répond M. *Le Roy de Méricourt*, des cas de béribéri paralytique dans lesquels la mort se produit par asphyxie dans les vingt-quatre heures? — Pourquoi mettre en cause le béribéri? fait remarquer M. *Bouley*. En se basant sur des observations très bien prises, M. Proust fait remonter aux aliments les symptômes et les lésions d'une maladie qui a quelque analogie avec le béribéri. C'est là une vue nouvelle dont l'importance n'échappera à personne, et il serait à souhaiter que tous les auteurs qui s'occupent du béribéri, s'en inspirent à l'avenir au lieu d'aller chercher l'étiologie de la maladie dans le froid ou dans toute autre étiologie banale.

M. *Rochard* ne croit pas, quant à lui, que la maladie décrite par M. Proust ressemble au béribéri. Celui-ci est en effet surtout caractérisé par des œdèmes et des hydropisies; il s'y montre aussi, il est vrai, des phénomènes paralytiques, comme dans la maladie décrite par M. Proust, mais ces phénomènes ne sont pas primitifs, ils sont consécutifs; tandis que la maladie dont il vient d'être question se rapproche bien plutôt de la myélite transversale symptomatique avec les symptômes que déterminent successivement l'hyperhémie, l'inflammation de la moelle et les dépôts scléreux. — M. *Le Roy de Méricourt* objecte que s'il est, en effet, certains béribéris caractérisés par des œdèmes, d'autres se manifestent d'emblée avec des phénomènes paralytiques; d'autres, enfin, présentent successivement ces diverses phases. Les malades de M. Proust seraient donc comparables aux malades atteints du béribéri paralytique d'emblée. — Je crois, réplique M. *Proust*, qu'il s'est agi là d'une intoxication générale, portant surtout sur la moelle; quant à l'interprétation pathogénique des phénomènes nerveux, je suis tout disposé à admettre l'opinion exprimée par M. Bouchard, qui, ayant vu ces mêmes malades avant moi, les considérait comme atteints d'une myélite transverse hémorrhagique.

M. *Lunier* fait remarquer que le désaccord qui se produit à ce sujet entre divers membres de l'Académie n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire au premier abord. Tous admettent qu'il s'agit de maladies épidémiques survenant au moment de grande misère générale, ou de famine, que cette famine résulte de l'incurie des populations, comme dans l'Inde, ou d'un siège comme à Paris en 1870. Or que se passe-t-il à ce moment, en quelque lieu où l'on se trouve ? C'est que les individus se nourrissent avec des légumineuses bien différentes de celles que l'on emploie d'ordinaire et qui peuvent jouer un rôle toxique. Il y aurait donc une cause commune à toutes ces affections, béribéri ou autres, et peut-être le travail de M. Proust va-t-il devenir le point de départ de recherches étiologiques à leur égard.

Vaccine. — M. *Blot* donne lecture du rapport sur le service de la vaccine en France pendant l'année 1881.

— L'Académie se forme en comité secret : 1° pour voter les conclusions du rapport de M. *Blot;* 2° entendre la lecture d'un rapport de M. *Constantin Paul* sur le prix Desportes en 1882 ; 3° entendre la lecture d'un rapport de M. *Chatin* sur les candidatures au titre de correspondant national dans la quatrième division ; la liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, *ex æquo*, MM. Andouard (Nantes) et Cazeneuve (Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Lotard (Lille) et Perrier (Bordeaux).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Statistique d'opérations et traumatismes graves. — Pustule maligne guérie spontanément. — Emploi du jequiriti.

M. *Desprès* communique à la Société de chirurgie la statistique intégrale des opérations et traumatismes graves de son service à l'hôpital de la Charité, pendant l'année 1882. On a employé les anciennes méthodes de pansement : cataplasmes, cérat, diachylum et eau alcoolisée.

Sur 542 malades il y a eu 37 morts. 5 malades ont succombé moins de vingt-quatre heures après leur entrée à l'hôpital (fractures du crâne, lésions graves, etc.). 7 malades ont succombé à des affections médicales (fièvre typhoïde, ramollissement du cerveau, etc.). Total, 12 morts sans opérations.

Il y a eu 7 décès des malades opérés par M. Desprès.

— M. *Reclus* a observé, à Bicêtre, un cas de pustule maligne guérie spontanément; il existe des exemples de ces guérisons spontanées.

Un garçon de dix-sept ans, employé à la cuisine de l'hospice, s'aperçut le 31 décembre d'une petite tumeur sur le côté du cou; il portait habituellement des quartiers de viande sur l'épaule. Cinq jours après le début de la pustule, on voyait une petite tumeur caractérisée par une eschare sèche avec auréole inflammatoire et vésicules autour. Dans la région sterno-cléido-mastoïdienne, on constatait des ganglions engorgés. Le sang pris au doigt et à la jambe fut inoculé à des cobayes et le résultat de l'inoculation fut négatif. Le liquide des vésicules fut examiné au microscope; il ne contenait pas de bactéridies. Le huitième jour à partir du début de la pustule, deux jours après les inoculations négatives, le sang fut inoculé à un cobaye, et le résultat de cette inoculation fut positif. Le sang de ce dernier animal fut inoculé avec succès à un autre cobaye. La guérison spontanée de la pustule maligne est admise; mais l'observation de M. Reclus est intéressante parce que l'examen histologique et l'inoculation aux animaux ont été pratiqués.

M. *Desprès* a vu deux cas de guérison spontanée de la pustule maligne; mais il n'a jamais vu l'engorgement ganglionnaire avec la pustule maligne. Quand la pustule doit guérir spontanément, l'eschare tombe du septième au neuvième jour.

Malgré la possibilité de la guérison spontanée, il est dangereux de temporiser et il faut recourir à la cautérisation.

M. *Lucas-Championnière* dit que les feuilles de noyer renferment un principe actif qui exerce une action efficace sur la marche de la pustule maligne. La guérison spontanée est assez fréquente en Russie. Czernowski a publié une relation de 63 cas de pustule maligne; les pustules des membres sont moins graves que celles du tronc, et elles donnent plus de guérisons spontanées. L'eschare ne tombe pas forcément du septième au neuvième jour; cela dépend de l'étendue et de l'épaisseur de cette eschare. M. Desprès dit que la pustule maligne est moins grave à Paris qu'ailleurs; les auteurs qui ont étudié la question, sont d'un avis contraire.

M. *Pozzi*, étant à l'hôpital Necker, a traité une pustule maligne de la face par la décoction de feuilles de noyer; le malade guérit. Chez un second malade, observé à Cochin, il y avait un œdème dur autour de l'eschare; incision et cautérisation. Pas de bactéridies dans le sang. Il y a donc des pustules malignes qu'on pourrait appeler bénignes. Dans certains cas, on n'a pas trouvé de bactéridies dans le sang; on peut se demander si la bactéridie ne serait pas le signe de la pustule réellement grave, devant se généraliser rapidement.

M. *Terrier*. Il est classique que la pustule maligne peut guérir spontanément. Ce qui est intéressant, c'est le côté expérimental. Il faut faire des inoculations aux animaux, en voir le résultat et rechercher la présence des bactéridies.

M. *Marc Sée* croit que les animaux morts dans les expérimentations de M. Reclus, ont succombé à la septicémie; c'est l'histoire de M. Pasteur avec les vétérinaires de Turin. Un cobaye mort depuis quarante-huit heures donnera un liquide septicémique.

M. *Reclus*, comme M. Terrier, pense que c'est la partie expérimentale qui est la plus intéressante. M. Pasteur a parfaitement déterminé les conditions dans lesquelles les animaux inoculés meurent du charbon ou de la septicémie. Il y a des conditions expérimentales qui font que tantôt c'est le microbe de la septicémie, et dans d'autres conditions c'est la bactéridie qui tue. MM. Capitan et Charrier affirment que le cobaye a succombé au charbon, et non à la septicémie.

— M. *Terrier* fait une communication sur l'emploi du jequiriti dans la conjonctivite granuleuse. En 1882, il a fait un rapport sur ce médicament. Depuis, il a continué ses expériences; chez un malade il a eu un succès presque complet. Dans un second cas, insuccès absolu. Il a fait usage de la solution au cinquantième.

Il y aurait donc des sujets réfractaires au jequiriti. Chez le malade non guéri, les granulations dataient de deux ans; chez le premier sujet, elles dataient de quatre mois. Voilà peut-être l'explication du succès dans ce cas, et de l'insuccès dans l'autre.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Décussation du faisceau sensitif pyramidal postérieur : M. Laborde. — Courbures des méridiens de l'œil en rapport avec l'astigmatisme : M. Javal. — Mémoires distincts pour les différents sens : M. Judée. — Mélanges d'alcool et de chloroforme : M. Dubois. — Thermométrie plane et thermométalloscopie : M. Burq. — Dosage du chloroforme en inhalation : MM. Gréhant et Quinquaud.

M. *Laborde* étudie les effets physiologiques des lésions localisées au faisceau sensitif pyramidal postérieur, lequel fait suite aux cordons postérieurs de la moelle et subit dans le bulbe une décussation démontrée anatomiquement et expérimentalement. Ce faisceau est complètement distinct du faisceau sensitif qui, au lieu d'aboutir au corps strié, se réfléchit en arrière, forme en passant la partie postérieure de la capsule interne et va aboutir au lobe sphénoïdal : les fibres de ce dernier faisceau ne subissent qu'un entre-croisement partiel, comme le prouvent les phénomènes d'anesthésie en partie croisée, en partie directe, qui surviennent à la suite d'une lésion faite sur son trajet. M. Laborde montre à la Société un chien sur lequel une lésion circonscrite du faisceau sensitif pyramidal postérieur a été pratiquée depuis quelques semaines.

Il présente ensuite un jeune chat, chez lequel il a fait, dans les premiers jours de la naissance, la section du cordon postérieur de la moelle, et qui représente des phénomènes manifestes d'exagération de la sensibilité dans le train postérieur.

— M. *Javal* indique les rapports de l'astigmatisme avec le degré de courbure des deux méridiens vertical et horizontal du globe oculaire (voy. *Compte rendu hebdomadaire* de la Société).

— M. *Judée* lit une note ayant pour objet de revendiquer la priorité des distinctions aujourd'hui admises par les pathologistes entre les diverses espèces de mémoire. M. Judée avait établi par le raisonnement, en 1868 et 1869, qu'il existe autant de mémoires spéciales que de sens principaux et que

chacune de ces mémoires se subdivise en mémoires secondaires. Les recherches sur l'aphasie ayant montré depuis une dissociation des différentes mémoires, M. Judée trouve dans ce fait une confirmation des idées qu'il a émises.

— M. *Dubois* revient sur la question des mélanges de chloroforme et d'alcool qui a fait l'objet d'une note de M. Quinquaud dans la séance précédente. Il avait déjà fait des essais de ce genre dans le laboratoire de M. Bert, pour diminuer la tension considérable de la vapeur de chloroforme; mais il y avait renoncé à cause des variations de l'évaporation produite par les moindres changements de température. Il ne croit donc pas que le procédé proposé par M. Quinquaud satisfasse aux conditions d'un titrage déterminé.

— M. *Burq* présente un thermomètre de surface d'un nouveau modèle formé d'une petite caisse en ivoire, dans la partie inférieure de laquelle est solidement encadré le tube thermométrique. Un cadran divisé, muni d'une aiguille, permet d'indiquer la position du maxima dans une série d'examens successifs. M. Burq destine ce thermomètre à indiquer les effets thermiques des applications métalliques; l'instrument, très bien adapté à ce genre de recherches, pourra rendre de réels services dans l'étude des variations locales de la température périphérique.

— MM. *Gréhant* et *Quinquaud* indiquent le procédé dont ils se servent pour le dosage du chloroforme en inhalations. L'animal inspire et expire à travers des soupapes à eau; il inspire des vapeurs de chloroforme et d'air par l'une des soupapes, laquelle est en communication avec une grande cuve contenant 600 litres d'air et des proportions déterminées de chloroforme pur. De plus, cette cuve communique avec l'air extérieur à l'aide d'un tube qui se rend à un compteur indiquant la quantité d'air inspiré; on fait en même temps entraîner une certaine proportion de vapeurs de chloroforme, qui maintiennent l'air de la cuve au même titre pendant toute l'expérience.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Du traitement de la syphilis à toutes ses périodes par l'iodure de potassium : M. Gouguenheim. — (Discussion.)

M. *Gouguenheim* donne lecture d'un travail, en collaboration avec M. Morin, sur le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium. Il rappelle tout d'abord que, pendant de longues années, le mercure a été considéré comme le spécifique des accidents syphilitiques secondaires, et l'iodure de potassium réservé pour combattre les seuls accidents tertiaires; il a lui-même suivi pendant longtemps cette règle de thérapeutique, mais, ayant éprouvé quelques insuccès avec le mercure, il eut recours, pendant la période secondaire, à l'iodure de potassium et en a retiré, dans un certain nombre de cas, d'excellents résultats. Il apporte aujourd'hui les preuves à l'appui des deux propositions suivantes qui servent de base à son travail: 1° Il est inexact que le mercure soit un spécifique des accidents secondaires seuls et l'iodure de potassium uniquement des accidents tertiaires; tous deux sont spécifiques de la syphilis à toutes les périodes de son évolution. 2° Les indications et contre-indications sont différentes pour chacun de ces médicaments; elles résultent de l'âge de la maladie, du tempérament des sujets, du siège et de la nature des lésions. — La première proposition peut être appuyée sur l'efficacité incontestable du traitement mercuriel à la période tertiaire, en particulier dans la syphilis cérébrale; à cette époque l'iodure agit d'une façon remarquable, il est vrai, mais il est des circonstances dans lesquelles on devra recourir de préférence au mercure. ainsi, chez les individus plongés dans le coma, les frictions mercurielles, toujours possibles, constituent une précieuse ressource thérapeutique. Par contre, l'iodure de potassium est un excellent antisyphilitique à la période secondaire. M. Gouguenheim l'a administré à la dose de 1 gramme, 2 grammes et jusqu'à 6 et 8 grammes. Sur 220 malades soumises à ce traitement pour des accidents secondaires, 144 ont été rapidement guéries, ou très améliorées; 44 ont quitté l'hôpital avant la guérison complète: on sait en effet combien il est difficile de retenir à Lourcine les malades qui ne présentent plus que quelques lésions, à leur avis insignifiantes. Il faut bien s'entendre, d'ailleurs, sur la valeur du mot *guérison :* il signifie seulement que toute manifestation syphilitique a disparu, qu'il n'existe plus ni fièvre, ni céphalée, ni lésions apparentes. Souvent les malades ainsi déclarées guéries rentrent de nouveau à l'hôpital au bout d'un temps plus ou moins long avec de nouvelles manifestations de la vérole. Ainsi, sur les 144 malades guéries par l'iodure, 12 avaient été déjà traitées par le mercure, et 2 par l'iodure de potassium. M. Gouguenheim a comparativement expérimenté le traitement par le sublimé, à la dose de 15 milligrammes et de 20 milligrammes; il a pratiqué des injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, et s'est, dans un certain nombre de cas, borné à l'expectation simple, masquée pour le malade, par l'administration d'une petite dose de chlorure de sodium. Il résulte de cette étude comparative que l'iodure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes, agit sur les accidents secondaires avec la même efficacité et la même rapidité que le sublimé à la dose de 15 milligrammes; il s'est montré légèrement inférieur au sublimé à la dose de 30 milligrammes, administré sous forme de liqueur de Van Swieten ou d'injections hypodermiques de peptone mercurique. Ces dernières ont l'inconvénient d'être très souvent douloureuses, ce qui les fait refuser par les malades; elles ont déterminé dans quelques cas des accidents d'hydrargyrisme, malgré l'emploi de gargarismes au chlorate de potasse. L'expectation simple semblerait, au premier abord, donner de fort beaux résultats, et abréger la durée moyenne du séjour à l'hôpital; mais il faut remarquer qu'elle n'a été expérimentée que dans les cas les plus bénins. M. Gouguenheim a également comparé l'action du mercure et de l'iodure suivant la nature et le siège des accidents syphilitiques. Sur le chancre ils n'ont aucune influence, mais administrés dès ce moment, ils paraissent avoir la même puissance pour atténuer la poussée des accidents secondaires. Contre les syphilides papuleuses, papulo-érosives et hypertrophiques de la vulve et de l'anus, soumises aux cautérisations par le nitrate d'argent, l'iodure et le mercure ont la même efficacité; ce dernier semble même supérieur dans les cas de syphilides vulvaires avec roséole, ou de syphilides cutanées simples. L'avantage reste, par contre, à l'iodure dans le traitement des syphilides buccales et pharyngées; en effet, sous l'influence du mercure, ces lésions prennent assez souvent, surtout lorsqu'elles sont hypertrophiques, un aspect jaunâtre, blafard, et exhalent une odeur fétide. Il serait, à la rigueur, préférable d'employer les topiques seuls, mais en les unissant à l'iodure on obtient d'excellents résultats. Dans les lésions du larynx simplement papuleuses, les deux médicaments ont la même efficacité, mais lorsqu'il s'agit de lésions diffuses et hypertrophiques, à caractère grave, constituant la laryngite syphilitique hypertrophique diffuse, le mercure est inefficace ou même dangereux, tandis que l'iodure à 4, 6 et même 10 grammes agit d'une façon remarquable. Il en est encore de même dans les cas de syphilides ulcéreuses; tandis que le mercure reprend ses droits, sans cependant détrôner l'iodure, contre la céphalée, les arthralgies et les myosalgies. L'iodure de potassium a encore fort bien réussi dans trois cas d'iritis et deux cas de syphilis viscérale précoce.

Le mercure et l'iodure de potassium paraissent être tolérés à peu près également, mais les accidents d'intolérance sont plus sérieux dans l'hydrargyrisme que dans l'iodisme; le plus souvent l'iodure ne détermine qu'un peu de coryza, d'acné discrète et de perte de l'appétit: encore les phénomènes gastriques sont-ils bien rares lorsqu'on a soin d'administrer l'iodure avant le repas et de le diluer dans une suffisante quantité de liquide. Le coryza est ordinairement léger et se montre surtout avec les faibles doses du médicament, il en est de même de la pharyngite; quant à la conjonctivite ou aux éruptions cutanées confluentes, elles sont très rares et disparaissent rapidement si l'on cesse le traitement. Il est évident que les affections chroniques de l'estomac contre-indiquent les deux médicaments; on s'abstiendra de prescrire l'iodure aux malades présentant une susceptibilité spéciale de la peau, mais non pas à tous ceux qui offriront des lésions cutanées chroniques : ainsi les scrofuleux atteints de syphilides sécrétantes se trouveront fort bien de l'iodure, tandis que le mercure réussirait assez mal dans le même cas. On peut tirer les mêmes indications de l'intensité et de l'abondance des lésions syphilitiques buccales et pharyngées. — Le traitement de la vérole doit être institué dès le début, à doses minimes (1 gramme d'iodure de potassium; ou 15 milligrammes de sublimé; ou 25 milligrammes de protoiodure de mercure); si les accidents secondaires sont discrets, les douleurs peu intenses, on continuera les mêmes doses; dans le cas contraire, on les augmentera progressivement et l'on donnera 2 et 3 grammes d'iodure potassique : on obtiendra ainsi des effets aussi satisfaisants et aussi rapides qu'avec le mercure. On diminuera ensuite peu à peu pour redescendre à la dose minima. Ce traitement devra être repris à nouveau un certain nombre de fois, mais il n'existe pas de limite fixe pour sa durée ; tout dépend de la gravité et de la persistance des accidents syphilitiques. Lorsqu'on aura à combattre la laryngite hypertrophique diffuse, la glossite hypertrophique, les syphilides ulcéreuses ou la méningo-myélite syphilitique, il faudra recourir aux fortes doses d'iodure et donner jusqu'à 4, 5 et 6 grammes par jour. — Il est également à remarquer que l'iodure de potassium donne d'excellents résultats chez les enfants de trois à quinze ans.

M. *C. Paul* est d'avis que la communication de M. Gouguenheim doit servir de point de départ à une discussion nouvelle du traitement de la syphilis, et qu'il sera utile de prendre successivement les divers accidents, depuis le chancre jusqu'aux gourmes, et de fixer la thérapeutique qui leur convient le mieux. Il serait également intéressant de savoir comment évolue la syphilis contractée par des individus soumis depuis longtemps au mercurialisme professionnel. — Cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. *N. Gueneau de Mussy* pense qu'il serait peut-être préférable d'employer l'iodure de *sodium;* en effet les sels de soude semblent mieux convenir à l'économie animale et être assimilés plus facilement. Il a pu, grâce à ce petit artifice, faire tolérer le traitement à plusieurs malades chez lesquels l'iodure déterminait des accidents. Il croit d'ailleurs que l'on qualifie souvent d'intolérance une sensibilité extrême à l'action d'un médicament; il suffit alors de donner de très faibles doses, qui sont en général tolérées et produisent de bons résultats. — Quant aux gargarismes avec le chlorate de potasse, M. N. Gueneau de Mussy les croit insuffisants à prévenir la stomatite mercurielle ou à la traiter; pour lui, il imite la pratique du professeur Gosselin et place dans le sillon gingivo-labial de petits morceaux de *lint* imbibés d'une solution assez concentrée de chlorate : il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

Élections. — MM. *Rougnon* et *Dupont* sont nommés membres de la Société de thérapeutique.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de l'iodoforme dans les affections pulmonaires chroniques, par le docteur Semmola.

On sait que l'iodoforme employé à l'intérieur est éliminé par les voies respiratoires; de là l'espérance, de lui voir exercer une action topique dans les affections pulmonaires et spécialement contre la pneumonie caséeuse, les catarrhes bronchiques et la bronchiectasie. Sous son influence, l'expectoration diminuerait rapidement, la toux s'apaiserait et les produits des sécrétions bronchiques ou les détritus pulmonaires seraient désinfectés.

La chute de la fièvre paraît due en grande partie à l'action antiseptique locale de ce médicament sur les produits putrides absorbés. Les doses qui sont administrées chaque jour doivent être déterminées par la tolérance individuelle, ne pas être successives et se réfracte d'heure en heure ou de deux en deux heures. Dans les cas d'intolérance stomacale, on peut leur substituer plusieurs fois chaque jour les inhalations d'une solution d'iodoforme dans l'essence de térébenthine. (*Gazetta Internaz. delle Scienze Med.*, an. VI, fasc. 7 et 8.)

Dysidrose, par le docteur Corley.

Cette maladie à laquelle Tilbury a donné ce nom est celle que J. Hutchinson désignait sous celui de cheiro-pompholyx. Ce mémoire a pour sujet deux cas de cette affection, dans lesquels l'éruption cutanée s'était montrée après une blessure du nerf médian. Chez un malade, la disparition de la dermatose sur l'un des bras avait été suivie de sa manifestation sur le bras du côté opposé. Ce phénomène témoignait en faveur de la propagation d'une irritation initiale à la moelle, s'étendant aux racines nerveuses de droite et de gauche. Pendant la discussion de cette communication à l'Académie de médecine d'Irlande, le docteur Corley a comparé cette maladie à l'herpès zoster qui accompagne les troubles irritatifs des troncs nerveux et a proposé de confondre ces lésions sous cette unique dénomination en abandonnant le nom et l'espèce pathologique, admis par Tilbury Fox. (*The Medical Press and Circular*, p. 381, 2 mai 1883.)

Du distoma Ringeri et des hémoptysies parasitaires, par le docteur Patrick Manson.

Cette maladie est commune dans les régions orientales de l'Asie et caractérisée par des hémoptysies intermittentes et de la toux. Les symptômes stéthoscopiques seraient nuls.

Dans les matières expectorées, on constate par l'examen histologique, la présence des œufs du distome. Ces œufs se rencontrent dans les eaux stagnantes. Après quelques semaines, les embryons ciliés perforent la paroi enveloppante, sont mis en liberté, et sont absorbés avec le liquide dans le corps de l'homme. Le traitement de ces hémoptysies consiste dans des inhalations de vapeurs parasiticides. (*British. Med. Journ.*, juin 1882, p. 110.)

De la balano-posthite des diabétiques, par M. le docteur Oscar Simon.

La glucose mélangée à la matière sébacée qui se dépose dans la rainure préputiale est, paraît-il, un terrain favorable au développement d'un microphyte, dont l'auteur a étudié les spores et le mycélium.

Les lotions phéniquées et l'emploi d'une poudre désinfectante à l'oxyde de zinc et à l'acide salicylique sont les moyens curatifs de cette affection. (*Practitionner*, septembre 1882.)

Du traitement des mammites puerpérales par l'iodure de plomb, par le docteur Thomas Yount.

La médication que préconise M. Yount a pour but d'utiliser les propriétés antigalactogènes de l'iodure de plomb. On badigeonne la région d'un liniment à l'iodure de plomb et on la recouvre ensuite d'une compresse imbibée d'une solution alcoolique d'acétate de plomb. L'humidité de cette compresse doit être entretenue pendant trois ou quatre heures. On exprime alors le lait de la glande mammaire en la lubréfiant avec le même liniment pendant cette manipulation. Le pansement à l'iodure de plomb est répété deux ou trois fois chaque jour et produirait la suppression de la sécrétion lactée en moins d'une semaine. Un avantage de ce traitement est de diminuer la sensibilité et de faire disparaître les douleurs mammaires. (*Brit. Med. Journ.*, mars 1883, p. 494.)

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la mémoire, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. 2e édition. 1 vol. in-12 de la bibliothèque de philosophie contemporaine.— Germer Baillière, éditeur. Paris, 1883.

Nous sommes loin de l'époque où les philosophes s'appliquaient à tracer les limites entre la psychologie et la physiologie. Les distinctions qu'on a voulu établir entre ces deux sciences et pour la légimité desquelles Jouffroy a si éloquemment combattu ne trouvent plus guère de partisans. Les psychologues de profession, comprenant eux-mêmes l'insuffisance de la méthode de l'observation intérieure, tant prônée par V. Cousin et ses disciples, viennent emprunter à la physiologie et à la pathologie leurs procédés d'investigation et les faits qu'elles ont su accumuler. L'étude de ces variations n'est pas sans intérêt et prête à de salutaires réflexions sur l'impuissance de l'esprit de système.

M. Ribot est un des initiateurs de la nouvelle école psychologique; ne faisant plus consister la science uniquement en métaphores prises pour des raisonnements, selon l'expression de Cuvier, il s'applique avant tout à l'étude patiente des faits. « Ce procédé n'est pas littéraire, mais je le crois seul instructif », dit-il; et il en démontre l'excellence dans ce volume sur les *Maladies de la mémoire* que nous allons analyser.

Pour qu'il y ait mémoire, trois conditions sont requises : la conservation de certains états, leur reproduction et leur localisation dans le passé ou la reconnaissance. Les deux premières sont nécessaires et indispensables; à elles deux, elles suffisent pour constituer ce que M. Ribot appelle la mémoire organique, c'est-à-dire les actions automatiques, telles que la locomotion, la coordination des mouvements, l'apprentissage d'un métier manuel, les jeux d'adresse, les divers exercices du corps, etc. Mais lorsque à ces deux conditions fondamentales vient s'ajouter la conscience, lorsqu'il y a reconnaissance, la mémoire devient psychologique. — La mémoire étant un attribut du système nerveux, il faut, pour qu'elle se produise, d'abord une modification particulière imprimée aux éléments nerveux, puis une association, une connexion particulière établie entre un certain nombre de ces éléments. Mais ces modifications des éléments nerveux, « résultant de l'impression première, ne sont pas conservées dans une matière inerte ; elles ne ressemblent pas au cachet imprimé sur la cire. Elles sont déposées dans une matière vivante. Or tous les tissus vivants sont en état de rénovation moléculaire continue, le tissu nerveux plus qu'aucun autre, et, dans le tissu nerveux, la substance grise plus que la substance blanche, comme le prouve l'excessive abondance des vaisseaux sanguins qui la baignent. Puisque les modifications persistent, il faut que l'apport des nouveaux matériaux, que l'arrangement des nouvelles molécules reproduise exactement le type de celles qui sont remplacées. La mémoire dépend directement de la *nutrition*. Mais les cellules n'ont pas seulement la propriété de se nourrir. Elles sont douées, au moins pendant une partie de leur vie, de la faculté de se reproduire ». C'est dans cette faculté de se reproduire que l'auteur cherche l'explication de certains rétablissements de la mémoire. Telle est, résumée à grands traits, la partie physiologique de l'œuvre de M. Ribot.

Les chapitres suivants sont consacrés à la pathologie de la mémoire, c'est-à-dire à l'étude des amnésies soit générales, soit partielles, et des hypermnésies ou exaltations de la mémoire.

Les faits d'amnésie sont classés dans quatre catégories différentes : 1° les amnésies *temporaires*, telles qu'on les observe dans l'épilepsie, dans les cas de commotion cérébrale, etc.; 2° les amnésies *périodiques*, comme dans les faits appelés « de double conscience », publiés récemment par les docteurs Azam et Dufay; 3° les amnésies *progressives* que l'on peut étudier chez les individus atteints d'affections organiques du cerveau, telles que l'hémorrhagie, le ramollissement, etc.; 4° l'amnésie *congénitale*.

M. Ribot s'est spécialement attaché à faire connaître la *loi de régression* dans l'amnésie progressive. La destruction progressive commence par les souvenirs récents (le nouveau meurt avant l'ancien); puis vient le tour des acquisitions intellectuelles, celui des souvenirs personnels qui s'effacent en descendant vers le passé, ceux de l'enfance disparaissant les derniers; plus tard, s'éteignent les facultés affectives. De tout ce naufrage des acquisitions de la mémoire, ce qui surnage en dernier lieu ce sont les phénomènes d'activité purement automatique. Cette loi de régression, tirée des faits, peut être vérifiée par une contre-épreuve. L'auteur cite, en effet, des observations d'individus qui, ayant perdu la mémoire, en ont recouvré en quelque sorte tous les éléments en suivant la marche inverse de celle indiquée plus haut.

Le chapitre consacré à l'étude des amnésies partielles contient des pages intéressantes sur les différentes formes de l'aphasie, ou plutôt ce qui dans ce trouble morbide peut être imputé à la mémoire. C'est donc particulièrement l'amnésie des *signes* que l'auteur s'applique à décrire, et il trouve dans cette classe d'amnésies partielles la vérification de cette loi de régression déjà observée dans les amnésies générales. L'ordre de dissolution de la mémoire est dans ces cas le suivant : noms propres, noms communs, verbes et adjectifs, interjections et langage des sentiments, gestes. Le retour des signes se produisant dans l'ordre inverse, on a la contre-épreuve.

Quant aux hypermnésies, elles sont ou générales ou partielles. Les exaltations générales de la mémoire sont rares et ne s'observent guère dans l'excitation maniaque, dans certains cas de fièvre aiguë, etc.; plus rares encore sont les exaltations partielles.

La rapide analyse que nous venons de faire de l'ouvrage de M. Ribot ne peut en donner qu'une idée incomplète. Lorsqu'on s'est habitué au langage de la nouvelle école psychologique, — mélange d'abstractions philosophiques et de termes empruntés aux sciences biologiques, — l'esprit suit avec une réelle curiosité ces explications parfois compliquées, ces déductions souvent hardies, si nombreuses dans ce volume. Ce dont nous devons particulièrement féliciter l'auteur, c'est la connaissance profonde qu'il possède des documents que la médecine pouvait lui fournir sur cette question si délicate de la physiologie et de la pathologie de la mémoire. Le livre de M. Ribot doit beaucoup aux médecins; mais ceux-ci, à leur tour, sauront profiter de la lecture d'un ouvrage auquel ils ont largement contribué et qui leur présente sous un point de vue nouveau des faits qu'ils observent pour ainsi dire journellement.

Dr Ant. Ritti.

Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion, in-8° de 400 pages, par M. J. Rambosson, lauréat de l'Institut, officier de l'instruction publique, etc. — Librairie de Firmin-Didot et Cie.

La contagion des phénomènes nerveux est à l'ordre du jour, et préoccupe toutes les intelligences.

Cette contagion comprend les tics nerveux, les maladies épileptiformes, les affections mentales, depuis la folie caractérisée jusqu'au simple égarement du sens commun, l'entraînement au suicide, à l'homicide, aux crimes de toute espèce, etc.

Aucun sujet n'intéresse davantage l'esprit humain, il touche aux questions les plus graves et les plus élevées. Dans une suite de mémoires lus et communiqués à l'Académie des sciences, à l'Académie des sciences morales et politiques et à l'Académie nationale de médecine, M. Rambosson a traité ce sujet avec une clarté et une méthode qui lui ont valu le suffrage du monde savant.

De plus, il fait l'application de la loi de la *transmission et de la transformation du mouvement expressif*, qui explique cette contagion, au caractère essentiel du langage chez l'homme et chez l'animal, à la compréhension spontanée du langage et des beaux-arts, à leur développement normal, leur influence sur le physique et sur le moral, etc., etc.

L'ouvrage qu'il nous donne aujourd'hui, non seulement développe ces Mémoires académiques, qui ont eu un si beau succès d'estime en France et à l'étranger, mais il aborde et éclaire une foule de questions nouvelles de la plus haute importance.

Cet ouvrage vient heureusement grossir le nombre de ceux qui tendent à resserrer chaque jour davantage l'alliance de la psychologie et de la physiologie. M. Rambosson ne conteste rien de ce que démontrent les recherches expérimentales sur les attributions des divers départements du système nerveux; mais il a plusieurs fois l'occasion de montrer que l'étude attentive des phénomènes à la lumière de la psychologie est nécessaire pour les connaître dans leur intégrité et pour, d'ailleurs, conduire la physiologie elle-même à de nouvelles et utiles investigations.

D.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA

L'épidémie cholérique poursuit à Damiette, Mansourah, Samanoud et Port-Saïd sa marche envahissante. Jusqu'à ce jour, à l'exception toutefois de l'Italie, qui paraît n'avoir point encore cédé aux remontrances qui lui ont été faites, toutes les puissances continentales ont pris les mesures de précaution nécessaires pour arrêter le fléau. En France, M. le docteur Proust, membre de l'Académie et du Comité consultatif d'hygiène, vient d'être chargé officiellement de visiter les divers établissements sanitaires ainsi que les ports de la Méditerranée. En Angleterre, où l'on persiste à soutenir (tout mauvais cas est niable) que rien ne prouve jusqu'à présent l'importation du choléra des Indes en Egypte, lord Grandville a solennellement donné lecture à la Chambre des lords, d'une lettre du docteur Gull déclarant qu'il n'y a, quant à présent, aucune raison pour s'alarmer. soit en Egypte, soit en Europe. Le docteur croit, dit-il, à une explosion soudaine d'un choléra local qui disparaîtra bientôt, sans avoir pris un caractère épidémique.

Cependant le docteur Gull aurait peine à répondre à la dépêche officielle suivante venant du Caire à la date du 4 juillet :

« La présence constatée à Damiette de marchands de Bombay, venus pour la foire, a amené le Conseil de santé et la Commission médicale mixte à penser que le choléra a pu être importé par ces marchands. »

A Paris, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a nommé dans son sein une Commission chargée de rédiger une *Instruction populaire*, qui indiquerait à tous les mesures prophylactiques individuelles les plus recommandables en cas d'épidémie cholérique. Cette Instruction va être très prochainement publiée.

École militaire du Val-de-Grâce. — A la suite du concours pour les emplois de professeurs agrégés, qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, le ministre de la guerre a décidé, le 24 juin 1883, que les médecins militaires dont les noms suivent seront classés dans le service hospitalier, savoir :

Section de médecine. — MM. Burlureaux, médecin-major de deuxième classe au régiment des sapeurs-pompiers de Paris; Lubanski, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole de Saumur ; Antony, médecin-major de deuxième classe au 123e d'infanterie; Héricourt, médecin-major de deuxième classe au 118e d'infanterie.

Section de chirurgie. — MM. Schaumont, médecin-major de première classe à la légion étrangère; Audet, médecin-major de deuxième classe au 5e cuirassiers; Dubujadoux, médecin-major de deuxième classe au 124e d'infanterie.

Bourses de doctorat. Concours. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 juillet 1883. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le mercredi 25 juillet, à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats justifiant des grades de bacheliers ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre le vœu qu'il soit créé deux écoles-dispensaires pour les enfants rachitiques ou difformes, dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris ; que ces établissements soient placés sous la direction d'un chirurgien des hôpitaux ; que l'enseignement soit confié à des institutrices laïques ; que l'administration de ces écoles-dispensaires soit attribué à l'Assistance publique.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Edouard Filhol, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse, professeur à la Faculté des sciences de cette ville, qui vient de succomber à l'âge de soixante-neuf ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mabillat, médecin-major de première classe au 30e d'artillerie à Orléans, de M. le docteur W. E. Scott, professeur d'anatomie à l'Université Marc Gill, de M. le docteur Palle (de Montmirail), de M. le docteur A. Billou, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais et celle de M. le docteur Dumont (de Monteux), décédé à Rennes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies. A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 12 juillet 1883.

LES CÉRÉBRAUX. — CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE.

Les cérébraux.

Deux intéressantes lectures faites récemment à l'Académie de médecine par M. Mesnet et par M. Motet ont de nouveau appelé l'attention du public médical sur certaines idées émises par le professeur Lasègue et dont ce maître éminent semble s'être tout particulièrement préoccupé dans les dernières années de son existence. Nous voulons parler de sa théorie, de ce qu'il a appelé les *cérébraux*. Ce terme, depuis qu'il l'a lancé dans la circulation, est en quelque sorte devenu usuel, et on dit aujourd'hui dans le langage courant : « Un tel est un cérébral », ou même : « Un tel se cérébralise ». Il n'est donc pas sans intérêt de tracer à grands traits les caractères de ce groupe de malades, auquel Lasègue a assigné un nom nouveau, d'indiquer sa place dans le cadre nosologique, de montrer enfin l'importance de cette étude au point de vue de la médecine légale.

I

Et d'abord, que faut-il entendre par les cérébraux ? Voici l'excellente description qu'en donne M. Mesnet : « Sous ce nom, Lasègue comprend tous les êtres qui, à une époque quelconque de leur existence, ont été atteints par un choc cérébral, traumatique ou non, et qui, après l'évolution plus ou moins régulière des accidents de la première heure, sont rentrés dans les habitudes de la vie avec les apparences de la santé. Ils semblent guéris. De longues années se succèdent sans aucune manifestation pathologique, quand tout à coup survient une explosion de délire qui échappe à toute cause appréciable et dont la forme, tout aussi bien que les caractères, surprennent le médecin par leur singularité. L'examen des antécédents peut seul éclairer la situation et permettre au médecin d'établir le rapport de cause à effet ; il le trouvera dans la connaissance d'un traumatisme antérieur, d'une chute sur la tête, d'un coup, d'une violence ou d'une affection cérébrale spontanée depuis longtemps oubliée. La maladie initiale disparue, mais non effacée, a laissé après

FEUILLETON

Lettres médicales.

La réorganisation du corps de santé de la marine. — L'enseignement dermato-syphiligraphique à Vienne et à Paris. — La maladie du comte de Chambord.

Quelle mouche vous a piqué, cher confrère, et pourquoi insistez-vous encore pour que nous entretenions nos lecteurs de la guerre qui vient d'éclater dans le corps de santé de la marine ? Nous vous avions laissé entendre qu'il nous semblait plus sage de taire les dissentiments qui séparent des hommes que nous aimons et que nous estimons, qu'ils soient navigants ou professeurs. Vous parlez de la conspiration du silence ; c'est un gros mot. Vous rappelez les articles que la *Gazette hebdomadaire* a consacrés à l'examen des questions concernant le corps de santé de l'armée et vous voulez bien nous dire que cette guerre déclarée à l'Intendance militaire a valu aux médecins leur indépendance et leur autonomie. Mais vous oubliez d'ajouter qu'il s'agissait alors de combattre le bon combat, de lutter d'accord avec *tous* les médecins de l'armée depuis le dernier des aides-majors jusqu'au premier des inspecteurs. Aujourd'hui, au contraire, si nous considérons ce qui se passe dans la marine, nous voyons d'une part les hommes les plus considérables, les plus aimés, les plus honorés de l'armée navale, des savants qui ont emporté de haute lutte les positions enviées de professeur, de membre de l'Académie de médecine ; et d'autre part des médecins dévoués, laborieux, actifs, dignes eux aussi, pour la plupart, de notre estime et de notre sympathie, mais, — vous l'avouerez quand vous aurez lu, comme nous venons de le faire, leurs brochures, leurs mémoires, leurs articles manuscrits et leurs lettres, — un peu âpres dans leurs revendications, un peu exagérés dans leurs demandes. De quoi

elle une tare, une empreinte, une prédisposition maladive qui s'impose désormais à toute l'existence et dont les effets se manifesteront par des crises dites épileptoïdes, aussi imprévues que soudaines. »

Qu'un individu ait donc, à un moment de son existence, été atteint d'une lésion traumatique ou spontanée du cerveau; qu'il ait perdu sa « virginité cérébrale », pour employer le mot pittoresque de Lasègue, et le voilà fatalement voué à une sorte de diathèse morbide qui se révèlera de loin en loin à l'observateur par des crises subites, transitoires, à marche irrégulière. Ces crises peuvent se manifester sous la forme physique, ou sous la forme intellectuelle.

Les désordres physiques consistent en maux de tête assez fréquents, revenant par courts accès à des périodes indéterminées, en malaises généraux, en étourdissements sans perte de connaissance, en vertiges analogues au vertige épileptique.

Les troubles dans la sphère intellectuelle, et en particulier dans celle des actes, présentent, par les conditions de violence dans lesquels ils peuvent se produire, un caractère plus net et plus tranché. C'est, en effet, dans la catégorie des cérébraux que se recrutent un grand nombre de ces aliénés à délire impulsif, instantané et transitoire, dont les actes étonnent par leur étrangeté ou épouvantent par leur sauvagerie.

Tel de ces malades entre un jour dans une église, y voit un prédicateur, l'apostrophe grossièrement : « Tout ce que vous dites là, je le dirais mieux que vous » ; puis prononce des mots décousus et sans suite. Tel autre, pris d'un accès d'excitation génitale, « saute au cou de la première femme qu'il rencontre, l'embrasse et se livre sur elle à des témoignages affectueux qui excèdent la mesure ».

Ne trouve-t-on pas aussi un certain nombre de cérébraux parmi ces individus — hommes ou femmes — que les aliénistes ont appelés des kleptomanes? Lasègue l'affirme et il s'est chargé de le démontrer à l'aide de faits très probants.

Mais les actes commis par les cérébraux ne sont pas toujours inoffensifs. Dans leurs accès délirants ils peuvent ou tuer ou se tuer, parfois aussi faire l'un et l'autre. On connaît l'histoire de ce garçon boucher, que Lasègue a racontée; il tua sa mère en lui lançant à la tête un poids d'un kilogramme attaché à une corde. En remontant dans l'histoire de ce parricide, on peut établir que tout enfant, vers l'âge de deux à trois ans, il subit des accidents cérébraux graves, attribués à une chute et qui auraient exigé un traitement de plusieurs années; qu'il était sujet à des crises pendant lesquelles il présentait un délire limité de persécutions avec irritabilité, tendance à l'isolement, etc. C'est pendant une de ces périodes critiques qu'il a accompli son crime, qu'il a longuement ruminé et dont il a une conscience complète.

Voici maintenant l'observation d'un cérébral qui tente de se suicider dans un de ses accès délirants. « B... a été élevé dans une famille régulière et sa conduite n'a jamais donné lieu à un reproche ou à un soupçon. A l'âge de vingt ans, il s'engage, est pris à la caserne d'un accès de fièvre chaude, se jette par la fenêtre. On le porte à l'hôpital, ayant perdu connaissance et grièvement blessé à la tête. Coma, accidents cérébraux à courte évolution sans conséquences immédiates. Un an après, en traversant un pont avec sa mère, il s'arrête, déclare qu'il veut se jeter à l'eau, balbutie des raisons confuses. Sa mère le retient sans trop d'efforts. Un quart d'heure plus tard, il était rentré en possession de lui-même, se rappelait exactement l'impulsion qu'il venait de subir et les sensations qu'il avait successivement traversées. — Des accès similaires tantôt conscients, tantôt pseudo-épileptiques, se sont reproduits à des intervalles égaux. »

Lasègue, à qui j'emprunte le fait précédent, en cite un autre, aussi caractéristique. Il s'agit d'un homme de peine qui, à l'âge de vingt-six ans, reçoit sur la tête un sac de sucre du poids de 100 kilogrammes. La commotion ne lui fait pas perdre connaissance, mais l'oblige cependant à un séjour de plus de trois mois dans un hôpital. Depuis ce choc, maux de tête assez fréquents, revenant par courts accès à des périodes indéterminées; par intervalles, étourdissements sans perte de connaissance; l'intelligence est bien conservée. « A la fin d'octobre 1879, il fait la cour à une jeune fille qui, à la suite de quelques difficultés, refuse de l'épouser. Il se promène pendant toute la soirée, rentre chez lui et se porte deux coups de couteau, dont l'un traverse le grand pectoral gauche au niveau de l'aisselle, sans lésions significatives. L'autre effleure seulement une côte. La plaie guérit d'elle-même. Le 16 mars 1880, après avoir passé la soirée avec un ami, il est repris de la pensée du suicide. Il se promène sans but dans les rues et, en passant devant un poste de police, il demande à parler au brigadier de service sans trop savoir ce qu'il pouvait avoir à lui dire. L'entrée lui est refusée, il tire son couteau, s'en frappe dans la poitrine, se jette sur le factionnaire auquel il porte un coup de couteau qui ne traverse pas même ses vêtements. »

---

s'agit-il en résumé? De rehausser le prestige du corps de santé de la marine? De mieux récompenser les longs et laborieux services de ces hommes courageux qui, dans les pays lointains, luttent contre la malaria, le choléra, la fièvre jaune? Mais qui donc conteste ou contestera jamais l'opportunité de ces vœux? Oui certes, il faudrait rehausser le prestige des médecins de l'armée navale et nous serions très disposé à admettre avec vous, cher confrère, avec tous ceux qui nous ont écrit, avec l'auteur ou les auteurs de la brochure intitulée : *Les médecins de la marine devant le Parlement*, l'une des réformes demandées : que tous les médecins de 2e classe de la marine soient tenus d'avoir le titre de docteur en médecine. Qu'on facilite par tous les moyens possibles aux aides-médecins l'obtention de ce grade; qu'on leur accorde les congés nécessaires; qu'on leur fournisse les encouragements et les subsides dont ils ont besoin. Nous applaudirons à ces mesures et nous serons avec vous et, pourquoi ne pas le dire de suite, avec tous vos chefs, à commencer par votre éminent et sympathique inspecteur général, pour demander cette réforme. Mais est-il nécessaire pour arriver à ce but de modifier de fond en comble l'organisation de la médecine navale? Faut-il surtout, comme vous nous le demandez, crier par-dessus les toits que le corps de santé de la marine qui se compose de 733 membres en compte 432 qui ne sont pas docteurs et qui « *exercent illégalement la médecine* »? Faut-il insister, comme le font nos correspondants, sur cette anomalie qui, en pays étranger, loin de tout secours efficace, confie nos marins et nos soldats « *à des mains ignorantes et inexpérimentées* »? Est-ce bien exact ce que vous affirmez « *d'un cœur léger* », vous les représentants et les avocats des médecins navigants? Vous savez bien, n'est-ce pas, qu'un médecin de 2e classe, non pourvu du titre de docteur, n'est plus que très exceptionnellement laissé seul sur un bâtiment ou dans un port; que l'on cherche par tous les moyens possibles à ne confier la direction du service, c'est-à-dire les fonctions de médecin

Les étapes morbides sont bien marquées dans cette observation : commotion cérébrale de date connue ; crise vertigineuse avec tentative de suicide cinq ans après ; quatre mois plus tard, double tentative de meurtre et de suicide. « Qu'on supprime par la pensée l'antécédent cérébral, dit avec raison Lasègue, l'observation sera confuse ; qu'on rétablisse la série en lui assignant son origine et la maladie prend place dans une classe à caractères définis. »

Parfois l'accès chez le cérébral peut présenter les symptômes ou de l'agitation maniaque, ou de la mélancolie, et alors ces formes délirantes se manifestent avec la même instantanéité, sont habituellement courtes et se dissipent subitement.

Tels sont les caractères principaux que Lasègue a attribués au groupe des cérébraux.

II

Lorsqu'un type morbide nouveau a été nettement défini, une question se pose naturellement à l'esprit. Ce type présente-t-il un air de famille avec d'autres déjà connus? Quelle place doit lui être assignée dans le cadre nosologique? Notre réponse découle naturellement de l'étude clinique précédente.

Les cérébraux, avons-nous dit, sont sujets à des vertiges; ils pourraient donc par ces symptômes être classés dans la catégorie des vertiges avec délire et trouver place à côté des épileptiques vertigineux, sujets, eux aussi, à ces délires instantanés, transitoires et impulsifs. Les caractères de l'explosion délirante sont en quelque sorte identiques dans les deux cas; aussi M. Mesnet peut-il, à juste titre, confondre dans un même tableau les manifestations diverses ainsi que les caractères cliniques des deux classes de vertiges, cérébraux et traumatiques. « Tantôt ils consistent, dit-il, en un simple automatisme, tranquille, banal, insignifiant, peu différent des actes de la vie habituelle ; tantôt c'est un véritable délire avec automatisme d'actions et de paroles, très violent, de forme maniaque avec hallucinations terrifiantes, impulsions aveugles, allant jusqu'au suicide, à l'homicide, et dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours. Ces effets, plus ou moins violents, ne sont point proportionnés à l'intensité de l'ictus; un simple vertige peut conduire aux actes les plus indifférents comme aux plus déplorables; mais quels qu'ils soient dans l'espèce, simples ou compliqués, ces actes concluent à une seule et même formule : *automatisme*, *inconscience*, *amnésie*. »

Mais ces trois caractères (automatisme, inconscience et amnésie) ne se retrouvent pas chez tous les cérébraux. La plupart d'entre eux ont conscience des actes commis pendant leurs accès et s'en souviennent au point de pouvoir rendre compte des moindres circonstances qui les ont accompagnés. Leurs crises ne sont donc pas des crises épileptiques ; mais, s'en rapprochant par certains caractères, Lasègue a proposé de leur donner le nom d'*accidents épileptoïdes*.

Il existe un groupe de maladies mentales qui par leurs symptômes, leur marche, leur évolution présentent une grande analogie avec ce que l'on observe chez les cérébraux : ce sont les folies héréditaires. Morel leur assignait avec raison comme caractères spéciaux, outre les phénomènes de périodicité, d'alternance et de rémittence, une explosion plus subite, plus instantanée du délire, la cessation subite des phénomènes délirants. Parmi les aliénés de cette catégorie, il en est un grand nombre qui se font tout spécialement distinguer par le délire des actes, par les impulsions les plus violentes et les plus dangereuses.

Lasègue fut frappé de cette analogie entre les héréditaires et les cérébraux, et, les confondant dans une même classe, il considérait les premiers comme des cérébraux congénitaux et les seconds comme des cérébraux acquis. Ceux-là héritent de leurs parents la tare cérébrale qu'ils possèdent; ceux-ci héritent en quelque sorte d'eux-mêmes.

Ainsi se trouve résolue la question posée plus haut. Les cérébraux, s'ils peuvent, par quelques-uns de leurs symptômes, être placés à côté des épileptiques, ne doivent cependant pas être confondus avec eux. Leur vraie place est à côté des aliénés héréditaires, avec lesquels ils ont un grand nombre de points de ressemblance.

III

On comprend aisément les difficultés médico-légales que peuvent soulever les actes impulsifs des cérébraux. M. Mesnet, dans son travail, les passe rapidement en revue; il indique le devoir qui incombe au médecin et la tâche souvent délicate qu'il a à remplir en présence des malades chez lesquels toute trace de délire a disparu et que, par cela même, on est porté à considérer comme responsables. Mais l'analyse minutieuse des conditions particulières à l'acte incriminé sera comme un premier indice pour l'observateur, qui devra reconstituer ensuite avec le plus grand soin la biographie cérébrale du prévenu. L'enquête dirigée avec habileté fournira des notions fructueuses et permettra de donner un substra.

---

traitant qu'à des docteurs ou à des médecins de première classe? Mais n'insistons pas sur cette question. Nous sommes d'accord pour demander que tous les médecins de 2e classe soient docteurs. Cherchons donc les moyens d'y arriver. Vos amis, cher confrère, nous proposent la création de deux écoles de médecine, l'une préparatoire, installée à Bordeaux, l'autre, ou école de perfectionnement, établie à Toulon. Il ne manque à ce projet de réglementation qu'une annexe budgétaire. Les réformateurs semblent oublier que les budgets de la République ne se soldent pas avec des excédents assez considérables pour pouvoir doter la marine de deux ou trois millions supplémentaires. Ils ne songent pas à rappeler ce qui se passe pour le corps de santé de l'armée.

Depuis combien de temps réclamons-nous ici même une école de médecine militaire remplaçant celle de Strasbourg? Malgré les offres des municipalités et les sollicitations des Facultés de médecine, on n'aboutit pas, faute d'argent. Mais admettons même que cette question budgétaire soit résolue. Croyez-vous qu'il serait utile et surtout politique de supprimer les écoles de médecine navale qui existent aujourd'hui? Je ne le pense point et je ne suis pas seul de mon avis. Ces écoles, qui ne coûtent rien ou presque rien, qui permettent aux médecins professeurs de cumuler les fonctions de l'enseignement avec celles de médecin traitant d'hôpital, qui créent un centre d'études et des débouchés utiles pour tous ceux qui veulent travailler, ces écoles ont à mes yeux un autre avantage. Elles favorisent le recrutement des médecins de marine et, sans elles, ce recrutement serait illusoire. Laissez-moi ne pas insister non plus sur ce point. Je serais forcé de vous montrer que, pour l'armée de terre, qui offre cependant des situations bien plus faciles et bien moins onéreuses aux jeunes médecins, il a fallu la croix et la bannière pour arriver, dans les dernières années, à un recrutement passable. Et vous pensez que vos docteurs, au sortir de votre école de Bordeaux, consentiraient à voyager dans nos colonies, à séjourner dans nos ports? S'ils n'ont été encouragés

tum pathologique à un fait délictueux ou criminel, qui frappe par sa singularité, mais qu'on a de la peine à attribuer à un agent irresponsable.

Une dernière question se pose à propos des cérébraux. De tels malades, sujets à des crises violentes, instantanées et transitoires, dont les accès peuvent, à un moment, avoir des conséquences si terribles, — de tels malades doivent-ils être tenus séquestrés même pendant leurs périodes de rémission? En pareille matière, pas plus qu'en médecine légale, il ne me semble possible d'établir des principes généraux. Chaque cas particulier devra faire l'objet d'une étude spéciale. Il s'agit là, en définitive, d'une question de diagnostic dont le médecin *seul* peut connaître, « quelles que soient les contestations qui s'élèvent de tous côtés contre sa compétence et son autorité ». Mais quelle que soit la forme plus ou moins violente sous laquelle se présentent ces contestations, tout esprit impartial reconnaîtra la justesse des paroles suivantes qui terminent le travail de M. Mesnet et qui sont une réponse éloquente à toutes les attaques de l'incompétence contre la loi de 1838 :

« Que la société se protège contre les atteintes de l'aliéné, *c'est une nécessité;*

» Que la loi le défende contre ses propres entraînements et contre les dangers qui l'entourent, *c'est un devoir.*

» Mais n'entravez point par de stériles débats l'action protectrice du médecin, et que l'*œuvre magistrale de Pinel*, élevant l'aliéné à *la dignité de malade*, reste dans l'avenir une des conquêtes humanitaires les plus belles et les plus glorieuses de notre siècle. »

Dr Ant. Ritti.

Index bibliographique. — Blanche, Bergeron et Lasègue, Du délire par accès avec impulsion homicide (Affaire Thouviot); in *Arch. gén. de méd.*, janv. 1875. — Lasègue, Communication à la Société médico-psychologique; in *Ann. méd. psych.*, n° de septembre 1877. — Id., Du délire par accès au point de vue médicolégal (Affaire Chabot); in *Arch. gén. de méd.*, n° de janvier 1878. — Id., Du vertige mental; in *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1878. — E. Blanche, Des homicides commis par les aliénés, Paris, 1878. — Lasègue, Le vol aux étalages; in *Arch. gén. de méd.*, février 1880. — Id., Les cérébraux; Étude de pathologie mentale; in *Arch. gén. de méd.*, avril 1880. — Motet, Délires consécutifs à des crises épileptoïdes dues à une épilepsie traumatique (Communication à l'Académie de médecine); in *Gazette hebd.*, 1883, n° 13. — E. Mesnet, Des vertiges avec délire; Pathogénie des délires impulsifs. Paris, 1883.

Contribution pharmaceutique.

TEINTURES DE COLOMBO ET DE QUINQUINA.

On a souvent à exécuter des ordonnances renfermant des mélanges de diverses teintures à prendre par gouttes. Ces mélanges sont généralement troubles, soit parce que les teintures qui les composent sont faites à des degrés d'alcool différents, soit qu'il y ait incompatibilité entre les corps dissous en présence.

L'alcool à 60 degrés, qui contient presque autant d'eau que d'alcool, dissout les matières gommeuses des plantes qui se précipiteront au contact d'un alcool plus fort.

Dans le cas inverse, l'alcool à 80 ou 90 degrés dissout les matières résineuses ou essentielles, qui à leur tour ne manqueront pas de se précipiter au contact d'un alcool plus faible. Le pharmacien filtre toujours le liquide; mais il peut se présenter des cas où l'on ignore ce qui reste sur le filtre.

Mieux vaut donc ne formuler que des mixtures qui d'emblée restent limpides. On se place ainsi, dès l'abord, dans de bonnes conditions en groupant des teintures de même degré alcoolique. Il ne faut pas cependant se fier à ce seul moyen, car on voit quelquefois un précipité se former dans un mélange de teintures de même degré.

Exemple. — Introduisons dans un flacon 10 grammes de chacune des teintures suivantes, préparées à 60 degrés alcooliques : teinture de colombo, teinture de gentiane, teinture de quinquina, teinture amère de Baumé.

Une matière visqueuse tapissera les parois du vase, et le liquide sera trouble. Les causes de ce précipité sont dans la réunion des teintures de colombo et de quinquina. Ainsi le mélange ci-dessus, que les praticiens emploient fréquemment et avec avantage, peut se faire et rester clair pourvu que l'on n'y introduise que l'une des deux teintures citées plus haut; dès qu'elles se rencontrent, le trouble a lieu instantanément, et la mixture n'est plus homogène. La matière visqueuse que contient la teinture de colombo est précipitée par les principes solubles du quinquina. Le médicament filtré n'a peut-être pas perdu de sa valeur; mais, dans le doute, il paraît préférable de ne jamais formuler ces deux teintures ensemble.[1]

Pierre Vigier.

à entrer dans la marine dès le début de leurs études dans les écoles actuelles par cet entraînement qui se fait autour des foyers locaux d'éducation et d'instruction militaires; s'ils ne sont retenus par la perspective d'avantages sérieux — en tête desquels je placerai toujours les positions acquises au concours — ils vous quitteront dès que leurs études universitaires seront terminées. Le concours! Puisque je viens de prononcer ce mot, laissez-moi vous dire, cher confrère, que sa suppression équivaudrait à la ruine du corps de santé de la marine. Le concours! Mais c'est en y pensant et sans cesse et toujours, c'est en s'y préparant que les médecins navigants — car ils ont été navigants avant d'être professeurs, ces hommes laborieux qui vous sont « *antipathiques* » — ont évité de tomber dans cette oisiveté intellectuelle qui est trop souvent la conséquence de la vie commune avec les officiers combattants. Il en est ainsi, croyez-le bien, dans les armées de terre et dans les armées de mer. Il faut avoir un but précis pour se sentir le courage de travailler au milieu des distractions et des fatigues d'une campagne ou d'un voyage d'exploration. Les concours de la marine ne sont nullement assimilables d'ailleurs aux concours que l'on vient de supprimer dans l'armée de terre. Ceux-ci trouvaient peu de concurrents par cette seule raison que l'élu était presque toujours envoyé en Algérie et qu'il semblait préférable à bien des médecins de rester en France dans les corps de troupe où les avantages matériels et, jusqu'à ces dernières années, les avantages moraux étaient prisés plus haut. Vous voyez, cher confrère, pourquoi j'hésitais à parler de ces réformes réclamées par les médecins navigants. Un dernier exemple vous prouvera, je l'espère, que ces réformes doivent paraître inacceptables à tous ceux qui ont quelque souci de l'avenir de la médecine navale. D'après la brochure qui nous a été envoyée, l'organisation de l'École d'application et de perfectionnement serait faite sur les bases suivantes : « 1) Institution de dix chaires environ. 2) Le professorat est une *fonction temporaire* dont la durée est fixée à cinq ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Maladie d'Addison; difficulté de diagnostic, par M. le docteur Lanoaille de Lachèse.

Obs. — Aux premiers mois de l'année 1882, une épidémie bénigne de grippe apparut à Limoges et frappa quelques militaires du 78e régiment d'infanterie. Le 5 février, un jeune soldat de la classe récemment incorporée, malade à la chambre depuis six jours, fut pris à l'infirmerie comme atteint de cette affection. Il toussait, il avait la fièvre, il était fortement courbaturé. Son état s'aggrava bientôt. Des vomissements se déclarèrent, revenant après chaque repas, après l'ingestion de tout aliment, de toute boisson, de toute substance médicamenteuse. Un certain nombre de soins hygiéniques spéciaux, étrangers à mes moyens d'action, me paraissant alors impérieusement indiqués, j'envoyai le malade à l'hôpital (16 février), avec le nouveau diagnostic de gastrite aiguë, qu'accepta mon confrère alors en service, et que maintint son successeur.

Durant trois mois, furent essayés tour à tour les traitements les plus divers : lavages de l'estomac, sirop de morphine, gouttes amères, vermifuges, quinine, eau de Vichy, régime lacté,... etc. Mais en vain. De jour en jour, le malheureux s'affaiblissait par degrés. Un congé de convalescence lui fut accordé; le 20 mai, il quitta l'hôpital pour se rendre dans la Haute-Auvergne, son pays, où le médecin de sa famille, qui semble, lui aussi, l'avoir considéré comme atteint de gastrite, essaya, entre autres moyens de traitement, outre la continuation du régime lacté, essaya, dis-je, les injections hypodermiques de morphine et les vésicatoires au niveau de l'estomac.

Après quatre mois d'absence, mon malade m'est revenu portant, empreinte sur son visage et répandue dans toute son attitude, une expression morbide extraordinaire, indéfinissable, qui révèle tout de suite à l'observateur l'existence certaine d'un trouble profond de l'organisme. Aussi n'ai-je point hésité à le reprendre à l'infirmerie, le jour même de son retour (20 septembre).

De taille moyenne, bien conformé dans son ensemble, d'apparence moins affaiblie, au premier abord, que ne semblent le comporter ses longues souffrances, le jeune homme qui fait le sujet de cette observation aura vingt-deux ans révolus le 1er novembre prochain (1). Il accuse, à l'épigastre, une sensation douloureuse, que la pression exaspère, sans que la palpation de la région dolente parvienne à fournir aucun autre renseignement. Un léger enduit blanchâtre recouvre la langue. Il existe une sensation d'amertume dont se plaint le malade; sa bouche est mauvaise, dit-il.

Une teinte jaune des sclérotiques, manifeste, quoique sans grande intensité, dirige mon attention du côté du foie, qui me paraît normal. Il en est de même de la rate.

Outre la douleur abdominale, il existe une céphalalgie permanente au sommet. Son degré s'est beaucoup accru depuis un mois.

Pas de paludisme antérieur.

(1) Cette observation a été rédigée en octobre 1882.

L'insuccès absolu de tous les traitements employés me donne des doutes touchant la justesse du diagnostic antérieur. Aussi continué-je mes investigations. Un instant, je me crois au but, lorsque le stéthoscope, appliqué au tiers de la distance qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic, apporte à mon oreille un bruit de souffle intense, isochrone aux battements du cœur... Mais la main ne perçoit la sensation d'aucune tumeur expansive; les pouls fémoraux ne sont point en retard sur la pulsation radiale; le bruit de souffle, nettement perçu lorsque le malade est couché sur le dos, disparaît dans toute autre position, tant horizontale que verticale. La compression de la région vertébrale correspondante ne provoque aucune douleur.

Ces recherches à tâtons durent deux ou trois jours. Je ne suis aidé en rien par le malade, qui ne prend l'initiative d'aucune indication. Ses réponses lentes, courtes, monotones, sont presque toutes négatives. L'état absolument inculte de son intelligence primitive n'apporte aucun stimulant à l'apathie physique et morale qui constitue le fond de sa manière d'être. Le jour où il est rentré de convalescence, mon attention s'arrêta un moment sur la teinte fortement bistrée de sa peau, phénomène que j'attribuai à l'influence combinée du grand air et du soleil, sur les téguments d'un homme qui venait de passer quatre mois d'été à la campagne. Mais bientôt, ne voyant pas cette coloration s'atténuer par le séjour à l'infirmerie, l'idée que je me trouvais en présence d'une maladie d'Addison se présenta facilement à mon esprit.

Dès lors, je comprenais mon malade. La plupart des symptômes observés jusque-là trouvaient une explication séduisante de vérité. Leur valeur diagnostique apparaissait d'autant plus évidente encore que, l'attention une fois éveillée, d'autres symptômes restés dans l'ombre venaient d'eux-mêmes se joindre aux premiers, pour faire ressortir désormais la puissance caractéristique de tout leur relief.

C'est en prenant pour guide ce nouvel ordre d'idées, que je vais esquisser maintenant la suite de mon observation.

Un mot cependant, avant d'aller plus loin.

Comme j'ai interrogé nombre de sensations purement subjectives, faciles à simuler, et que j'ai tenté diverses épreuves contre lesquelles la volonté captieuse d'un sujet déloyal n'est pas toujours désarmée, j'ai cru devoir m'entourer des précautions les plus minutieuses pour parvenir à la découverte de la vérité. Aujourd'hui, ma confiance en la bonne foi profonde du pauvre garçon qui m'occupe est entière. Je prie le lecteur de la partager sans aucune arrière-pensée de doute.

Voici les faits : Vers la fin de janvier de l'année courante, pendant la nuit, éclatait un incendie où se rendit la troupe. Quand le travail fut terminé, les hommes, réunis pour le retour, restèrent un instant au repos avant de se mettre en marche. C'est alors que l'un d'eux, mon malade actuel, baigné de sueur, éprouva les premières sensations d'un refroidissement considérable. Rentré à la caserne, il ne put consentir à suivre un de ses camarades, qui voulait le conduire à la cantine pour y prendre du vin chaud. Un sentiment de lassitude inexprimable lui faisait désirer son lit par-dessus tout. Telle paraît être l'origine de la maladie.

Je passe, sans m'y arrêter une seconde fois, sur l'épisode médical du premier séjour à l'infirmerie, du temps d'hôpital, de la

3) Nomination des professeurs, soit par le concours, soit simplement par décision du ministre de la marine après avis préalable du Conseil de santé supérieur. » Voyez-vous ces professeurs nommés sans concours et appelés à enseigner pendant cinq années seulement, c'est-à-dire durant un temps qui leur sera à peine suffisant pour apprendre ce qu'ils seront chargés de faire connaître à leurs élèves? Il me paraît inutile d'en dire plus long à ce sujet et vous comprendrez, n'est-ce pas, cher confrère, pourquoi je n'essayerai point à mon tour de tracer ici un projet de réorganisation de la médecine navale. Il me suffisait de vous faire voir combien je différais d'opinion avec les auteurs des manuscrits ou des brochures qui m'ont été envoyés. Que les médecins navigants restent convaincus de toute l'estime, de toute la sympathie qu'inspire leur situation actuelle. Qu'ils sachent bien que tous les médecins, civils et militaires, les admirent et applaudissent aux récompenses que réclament en leur faveur ceux qui les ont vus à l'œuvre. Mais qu'ils se persuadent bien des difficultés que l'on rencontre alors que l'on cherche à modifier une organisation aussi complexe que celle de la marine. Ils savent d'ailleurs que la réorganisation de 1865, qui a été si vivement réclamée, n'a pu produire tous ses effets en raison surtout du nombre croissant des démissions qui parvenaient au ministre de la marine. Or, je n'hésite pas à le dire, si l'on instituait une école de médecine navale à Bordeaux, ces démissions seraient plus nombreuses encore. La vie des jeunes médecins qui ont travaillé et concouru près des Facultés devient trop facile quand on la compare à celle des médecins navigants. Il sera toujours plus agréable de rester chef de clinique, prosecteur et plus tard agrégé près d'une faculté de province et l'on espérera souvent arriver à ces situations. Les bourses de doctorat y aideront puissamment. Qui voudra dès lors consentir à cette vie de fatigues, de déplacements, de dangers qui s'offre aux médecins de marine? Croyez-moi, pour les garder, il faut les prendre jeunes, les attirer le plus tôt

période de convalescence, pour arriver tout de suite à la constatation de l'état actuel.

La douleur épigastrique signalée plus haut existe en permanence. Chaque jour, après chaque repas, des vomissements se produisent; solides et liquides sont en grande partie rejetés. Les selles rares, comme sans abondance, en raison de la faible quantité d'aliments conservés, sont normales.

Bien que le foie n'ait changé ni de forme ni de volume, il est certainement en souffrance, ainsi que l'indique la teinte jaune des sclérotiques. Il souffre peut-être par action réflexe, à moins qu'il ne soit tiraillé par le « tissu fibroïde » dont parle Vilks, « tissu résultant du travail inflammatoire qui a uni les capsules surrénales au rein, au foie et aux parties adjacentes. » La gêne de voisinage déterminée par les désordres anatomiques des capsules, ou bien encore par les désordres des ganglions semi-lunaires, n'est vraisemblablement pas étrangère non plus à la production du bruit de souffle retentissant, que révèle l'auscultation de l'aorte abdominale.

Mais laissons là les interprétations, pour revenir aux données de l'observation pure.

La teinte bronzée envahit les téguments dans toute leur étendue. Intense surtout aux aréoles des mamelons, on la retrouve aussi très marquée sur l'emplacement des vésicatoires. Au pénis, elle a fortement pigmenté le fond de tous les plis de la peau, dont le déploiement par l'extension donne à cette partie du corps un aspect zébré singulier. La muqueuse buccale est colorée, sans présenter les taches canines signalées par nombre d'observateurs. Rien de remarquable à noter du côté des ongles. Les cheveux sont bruns et gros, mais le malade ne sait dire s'ils ont toujours été ainsi; il se borne à faire remarquer que son livret le désigne comme les ayant châtains.

L'asthénie est profonde. Elle se traduit par un besoin impérieux de repos. Le malade passe sur son lit la plus grande partie de la journée. Quand je le fais lever pour procéder aux détails de son examen, à tout instant il s'assied de lui-même, ici ou là, sans y être invité. Cette remarque n'est point banale, pour qui connaît la puissance de l'éducation militaire touchant l'attitude déférente du troupier. Il s'assied péniblement, comme un vieillard que ses forces abandonnent, la tête penchée en avant, les mains dirigées vers le siège, pour y chercher un point d'appui. Son maintien est languissant. Ses mouvements sont endormis. Sa physionomie est apathique, impassible. Il ne répond qu'avec peine aux questions qui lui sont posées. Il faut lui arracher un à un les renseignements. Ses nuits se passent dans une insomnie presque complète, dont il attribue la cause à ses douleurs d'estomac, ainsi, peut-être, qu'à certaines difficultés de respiration, qu'il ne sait préciser d'une façon bien nette. Il ne s'endort que pour quelques instants; le moindre bruit, le plus petit mouvement autour de lui interrompent son sommeil, que n'agite d'ailleurs aucun rêve pénible. Dès qu'il est ainsi réveillé, il change de position, se place sur le côté, s'assied et croit en éprouver un peu de soulagement. Au demeurant, le besoin de sommeil ne se fait pas sentir.

Le cœur bat avec régularité, sans bruit anormal. Il n'existe pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Diverses constatations du pouls, recueillies à des heures différentes, dans des circonstances variées de repos physique ou d'activité relative, le montront oscillant entre 43 et 63 pulsations à la minute.

Les respirations varient de 13,5 à 14,5 par soixante secondes. De même que le pouls, elles n'offrent pas d'intermittences brusques. Le poumon est sain. La toux du début a cessé depuis le jour où les vomissements se sont établis. Il ne semble pas exister d'antécédents héréditaires de tuberculose.

On ne voit ni sucre, ni albumine dans l'urine, qui donne à froid, par le repos, sous forme d'un beau nuage floconneux, un sédiment dont la chaleur favorise la précipitation, tandis que l'acide azotique le dissipe promptement.

En résumé : douleur siégeant à l'épigastre; troubles gastriques; coloration bronzée des téguments; asthénie profonde : ainsi se trouvaient réunis les caractères pathognomoniques de l'affection. Bien qu'ils fussent dès lors cliniquement établis, il n'était pas indifférent de les pouvoir corroborer par l'apport des signes secondaires. Je m'enquis donc, entre autres choses, de savoir s'il n'existait point une répugnance particulière pour certains aliments. La réponse m'ouvrit un horizon nouveau.

Mon malade a perdu l'appétit. Il ne sait trop pour quel motif il mange : par habitude; pour faire comme tout le monde; parce qu'il faut manger. Nulle répulsion spéciale n'existe pour tel ou tel aliment; quoi qu'il prenne est pour lui « comme si c'était du bois ». Cependant, l'amertume d'une solution de quinine, que je lui fais avaler en manière d'expérimentation, est faiblement perçue vers la base de la langue. Il ne reconnaît plus les odeurs. L'odorat, comme le goût, ces deux sens corrélatifs, ont l'un et l'autre disparu graduellement, pendant le séjour à l'hôpital. Des vapeurs d'ammoniaque, dirigées sur la pituitaire, déterminent une sensation de picotement, moins obtuse dans la narine gauche que dans la narine droite, mais elles n'affectent pas l'olfaction. Elles provoquent le larmoiement et donnent naissance à un phénomène synesthésique, dont le siège se trouve sur les côtés du larynx, à hauteur du cartilage thyroïde.

De là à examiner l'ensemble des ramifications sensitives de la cinquième paire, il n'y avait qu'un pas.

Le territoire de la grosse portion du trijumeau, très anesthésié à gauche, est presque entièrement paralysé à droite. On peut piquer la langue, la muqueuse buccale, pincer la peau des lèvres, des joues, du front, sans provoquer de douleur. A droite : « Je sens peu de chose, » ou « Je ne sens rien. » A gauche : « Je sens que vous me touchez » ; telle est la réponse constante. Les mouches butinent et s'agitent à leur gré sur tous les points du visage, sans agacer aucun réflexe. Le voile du palais, ses piliers, dont tous les mouvements sont conservés, ne s'émeuvent d'aucune provocation directe, tandis qu'ils réagissent à la pression, légèrement sentie, de la cuiller sur la base de la langue. La présence des aliments dans la bouche n'est perçue que lorsqu'ils arrivent vers l'isthme du gosier, où leur venue provoque aussitôt un mouvement de déglutition. Le malade boit sans que ses lèvres entrent en jeu, car le verre ne produit sur elles aucune sensation de contact. Il verse les liquides dans sa bouche comme dans un tube inerte. Cependant il lui est possible de boire au chalumeau, tout en aspirant un peu d'air et en laissant échapper quelques gouttes de boisson au pourtour de l'instrument. S'il se livre à cet exercice les yeux fermés, ne pouvant alors reconnaître par la vue la position du chalumeau, il l'enfonce profondément dans la bouche, pour en sentir l'extrémité supérieure au fond de la gorge. Ni les aliments solides, ni les aliments liquides ne sont avalés de travers. Comme la langue ne

---

possible et les Ecoles de médecine navale y parviendront plus sûrement que les Facultés. Je reviendrai d'ailleurs un jour ou l'autre sur ce sujet. Je n'ai voulu, en vous répondant aujourd'hui, qu'en montrer les difficultés.

Mais puisque je suis en train de vous parler de réorganisation et d'enseignement, laissez-moi, cher confrère, vous signaler une autre brochure, au sujet de laquelle je n'aurai que des remerciements et des félicitations à adresser à son auteur. M. le docteur Doyon, le savant dermatologiste d'Uriage, le traducteur d'Hébra, le traducteur et, avec l'assistance de son éminent collègue, M. Ernest Besnier, le commentateur de Kaposi, vient de faire paraître chez G. Masson un travail qui compare Vienne, Paris et Lyon au point de vue de l'enseignement dermato-syphiligraphique. Tout serait à citer dans ce remarquable travail qui montre avec tant de précision ce qui se fait journellement à Vienne et ce qui pourrait être réalisé à Paris si des ressources matérielles suffisantes étaient mises à la disposition des médecins — je pourrais dire des professeurs — de l'hôpital Saint-Louis; si le mode de recrutement et les avantages professionnels de ces maîtres de l'enseignement dermatologique étaient mieux compris. Laissez-moi cependant me borner à puiser dans cet opuscule quelques pages qui sont du domaine de la chronique. M. Doyon cite, à propos de l'organisation hospitalière de Vienne, un fait qui surprendrait singulièrement nos étudiants parisiens. A l'hôpital général, dans les services dermatologiques, il n'y a que des *infirmières*. Or voici comment se fait la visite. Les malades — ce sont des *hommes*, ne l'oubliez pas — arrivent près du chef de service, quittent la robe de chambre qu'ils avaient revêtue et dès lors, *complètement nus*, montent sur une chaise près de laquelle se tiennent deux infirmières, puis ils se tournent, se retournent, subissent les examens les plus intimes, et les opérations les plus délicates sans qu'aucun mot, aucun geste, aucun regard, aucun phénomène physiologique apparent

sait pas trouver les parcelles alimentaires égarées, c'est la pulpe du doigt qui va à leur recherche. La salive semble normalement sécrétée. Elle ne s'écoule point par la bouche.

J'aurais volontiers interrogé le degré de sensibilité des mâchoires par l'ablation d'un reste de dent cariée, si le sujet ne possédait trente-deux dents magnifiques dont il ne souffrit jamais. La température des aliments ne les impressionne guère.

A l'application du doigt, la conjonctive témoigne d'un certain degré de parésie. Néanmoins, l'action directe des vapeurs ammoniacalos provoque à gauche l'occlusion énergique des paupières, en même temps que l'émission rapide de larmes abondantes. Le même phénomène se passe dans l'œil droit, sous une forme beaucoup plus calme.

Le jeu de la physionomie est complet, quoique, en raison de l'apathie générale, il ne traduise à aucun moment la moindre animation intérieure. Tous les muscles fonctionnent à volonté. Il n'existe aucune déviation des traits. Le malade siffle, mollement il est vrai, sans énergie, c'est-à-dire qu'il siffle comme il parle. Siffler lui est pénible, à cause de la douleur qu'il en éprouve à l'estomac, dit-il. Sa bouche étant close par la seule contraction labiale, il gonfle les joues en soufflant, sans que l'air s'échappe ni entre les lèvres, ni par le nez. Les commissures se portent à droite et à gauche, au gré de la volonté. La langue possède la plénitude de ses mouvements. L'œil se déplace dans toutes les directions, sans trace de strabisme. Le front se plisse.

En examinant le front, je remarque sur la tête une cicatrice ancienne, recouverte par les cheveux. D'autres cicatrices, toutes à forme plus ou moins linéaire, existent au voisinage de la première. Elles sont dispersées sur le vertex, dans un espace de la largeur de la main. En plusieurs points de leur étendue, la table externe du crâne a subi des dépressions manifestes. Ces désordres résultent d'une chute faite du haut d'un rocher, à l'âge de onze ans. Il y eut perte de connaissance immédiate. La guérison survint un mois après, laissant à sa suite quelques sensations encéphaliques rares et fugitives, sans importance pour le malade, et une perte de l'ouïe, à droite. A ce propos, il me rappelle qu'il a signalé sa surdité partielle au moment de son incorporation. Le fait me revient parfaitement en mémoire. L'ayant examiné alors avec attention, sans parvenir à fixer mon jugement, je le présentai à un confrère dont la compétence spéciale en la matière est reconnue. L'épreuve que nous fîmes en commun nous laissa dans le doute. Aujourd'hui encore, l'examen otoscopique ne révèle aucun désordre matériel dans les parties de l'oreille accessibles au regard; mais il permet de constater la tolérance complète du conduit auditif, pour les manœuvres du spéculum, lesquelles ne provoquent ni toux réflexe, ni douleur locale, pas plus à gauche qu'à droite; à gauche, où cependant l'ouïe n'a rien perdu de son acuité. Les vibrations sonores d'un diapason posé sur la tête retentissent dans l'oreille gauche, sans impressionner l'oreille droite. Il n'y a pas de bourdonnements.

Le passage de la sonde pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, un peu gêné à gauche, en raison de la conformation locale, détermine de ce côté une douleur assez vive. A droite, comme à gauche, la sonde provoque un mouvement de déglutition lorsqu'elle arrive sur le voile du palais, et le bec de l'instrument, en pénétrant dans la trompe, éveille vivement le phénomène laryngé, déjà signalé à propos de l'action des vapeurs ammoniacales : « Vous me piquez là », dit le malade. en portant son doigt sur côté correspondant du cou. De la toux survient aussi.

L'apparition de l'anesthésie faciale, dont ne s'est pas aperçu le malade, doit être contemporaine, non de la perte de l'ouïe, qui est unilatérale, mais de l'occultation progressive du goût, qui, double comme elle, affecte des rameaux de la même branche nerveuse.

Si l'on a lieu d'être surpris de ce que l'affaissement général du sujet l'ait rendu assez insouciant de sa personne pour lui cacher la disparition quasi complète de la sensibilité faciale, on a vraiment de la peine à se rendre compte de quelle manière l'anesthésie a pu envahir le corps tout entier sans éveiller son attention. De la tête aux pieds, en effet, le malheureux a perdu presque tout sentiment. Quand je lui demande comment il est arrivé à un tel degré d'apathie sensorielle, sans le remarquer, il se borne à répondre qu'il « lui semblait bien n'être pas tout à fait comme autrefois ».

Quoi qu'il en soit, on peut le pincer, le piquer aux bras et aux mains, aux jambes et aux pieds, sans provoquer de douleur. Il ne sent pas une épingle enfoncée dans le mollet droit. La piqûre à gauche est perçue avec une netteté relative. Pincé avec force sur la moitié gauche du corps, il se croit simplement touché. A droite, suivant les points explorés, il ne sent rien du tout ou croit à peine sentir. Sur la face postérieure du corps, il n'y a guère que les fesses et les lombes pour présenter une sensibilité, en réalité très appréciable, même à droite, quoique toujours moins qu'à gauche. En avant, l'épingle est perçue au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, où elle provoque la contraction des orteils. La sensation de piqûre acquiert de la netteté à l'aine, à la région mammaire, au menton, et, comme il a été dit plus haut, dans les fosses nasales, où, néanmoins, aucune manœuvre ne parvient à provoquer l'éternuement. Partout le coup d'épingle est mieux perçu que le pincement. La pression de même que le frottement ne sont pas mieux sentis quand leur action se prolonge, que lorsqu'elle est rapide.

Il semble y avoir eu, à l'époque du séjour à l'hôpital, une perversion des impressions calorifiques subjectives. Le malade avait trop chaud; il se découvrait sans cesse. Ce trouble, s'il est encore réel aujourd'hui, s'exerce en sens inverse, car le sujet ne parvient pas toujours à se réchauffer dans son lit. Mesurée dans l'une et dans l'autre aisselles, la température est normale des deux côtés (37°,6).

Le contact des objets dont la température s'éloigne peu de celle des téguments ne développe aucune sensation ni de froid ni de chaleur. Un écart prononcé est indispensable pour être reconnu; il est vivement perçu au delà de certaines limites. C'est ainsi que de l'eau très chaude, dans laquelle, toutefois, l'observateur peut encore plonger la main, brûle les pieds de son patient. La sensibilité de température varie suivant les régions, parallèlement aux impressions de tous les autres modes de contact.

Bien qu'émoussé, le toucher proprement dit conserve encore un certain degré de perfection relative à la pulpe des doigts. Si, après avoir bandé les yeux de mon malade, je le mets à cheval sur el lit (la largeur du lit de troupe ne s'oppose point à cela), il

---

trahisse l'embarras des uns ou l'influence des autres. Les infirmières pansent les syphilitiques avec la plus grande et la plus sérieuse attention. Les syphilitiques ne s'aperçoivent qu'ils ont affaire à des femmes qu'à la dextérité avec laquelle sont pratiqués ces pansements. Rien, dit M. Doyon, ne vient trahir la différence des sexes et après quelques jours on trouve très naturelle cette organisation qui ferait pousser de grands cris si l'on cherchait à l'imiter dans nos hôpitaux. Il est vrai que tout ne se passerait peut-être pas à Paris comme à Vienne. Est-ce question de sang ou question de milieu? Il nous souvient avoir vu à Strasbourg, dans les salles où l'on reléguait les syphilitiques, deux religieuses — très âgées, très myopes même, il est vrai, — chargées comme surveillantes de ces services spéciaux. C'était quelque chose d'analogue à ce qui se passe à Vienne. Ce qui frappe, d'ailleurs, dans l'exposé des méthodes thérapeutiques usitées dans les cliniques qu'a parcourues M. Doyon, c'est non seulement l'autorité des chefs de service, mais encore l'obéissance des malades. Il en est bien peu qui se refusent à subir des médications souvent pénibles. La confiance que leur inspirent les médecins éminents auxquels ils s'adressent les encourage et les soutient.

L'enseignement privé et public se fait à l'hôpital général de Vienne dans des conditions si avantageuses pour les élèves que l'on ne peut sans regret songer aux réformes que nous attendons encore en France. Il est vrai qu'à Paris, aussi bien qu'à Lyon, plusieurs améliorations ont été réalisées depuis quelques années. Mais il faut lire le travail de M. Doyon pour comprendre ce qui reste à faire. Ce ne sont pas les hommes qui nous manquent, non plus que les matériaux d'enseignement. Pour pouvoir lutter avec Vienne, il faudrait une organisation universitaire semblable à celle qui fait la force des établissements d'instruction publique de l'étranger; il faudrait, comme l'ont dit MM. Er. Besnier et Doyon, dans leur introduction du *Traité des maladies de peau* de Kaposi, instituer des cliniques officielles faites à des heures distinctes,

ignore où ses membres inférieurs sont placés. Ainsi, pour toucher l'un de ses genoux, il porte les deux mains à peu près au point où se trouverait ce genou, s'il était rapproché de l'autre dans la position assise, palpe le drap, va, vient, finit par rencontrer le pubis, et de là, en tâtonnant, se dirige par la cuisse jusqu'au genou qu'il dépasse et contourne plusieurs fois; puis, enfin, il arrête sa main en forme de griffe au pourtour de la rotule et dit : « Je crois que j'y suis suis ». Quand je ne lui recouvre les yeux qu'après l'avoir mis à cheval, il dirige sa main, non sans quelque hésitation, vers l'endroit où il sait que se trouve son genou. Mais, vient-il à manquer le but, il est dès lors tout dérouté. S'il rencontre, par exemple, le rebord de son matelas, il croit avoir affaire à sa cuisse, et ne se décide à chercher ailleurs qu'après avoir tâté longtemps. Veut-il joindre les deux mains, elles se rapprochent avec lenteur, et, sur le point de se toucher, elles oscillent à la recherche l'une de l'autre. Lorsque, enfin, les pulpes se trouvent en contact, elles consacrent un instant à se reconnaître, puis tout à coup, les doigts sont délibérément entre-croisés. Il étend les bras dans toutes les directions. Il dirige vers sa bouche un verre, à l'approche duquel la mâchoire inférieure s'abaisse légèrement, pendant que la main restée libre, cherche du bout des doigts à préciser la position des lèvres. Il éprouve les plus grandes difficultés, même en s'aidant des mains, à remettre ses jambes dans son lit, où il lui semble qu'elles se trouvent déjà. Toutefois, en raison de l'anéantissement général, cette manœuvre reste encore laborieuse après l'enlèvement du bandeau oculaire.

Un petit abcès furonculeux de l'aisselle gauche révèle sa présence à la main droite, qui passe là par hasard le jour même où il est assez avancé pour s'ouvrir naturellement. L'ouverture est agrandie à l'aide du bistouri, l'abcès est comprimé entre les doigts, sans que la sensibilité en soit le moins du monde affectée. La cicatrisation complète survient en moins de quarante-huit heures.

L'abolition de la sensibilité génitale est absolue. Il n'y a pas eu la moindre érection depuis le commencement de la maladie. Les désirs vénériens font défaut. Pas de pertes séminales. Cependant les testicules présentent un volume normal. Les besoins d'uriner, ainsi que les besoins d'aller à la selle, nettement éprouvés, reçoivent une satisfaction facile.

Le chatouillement des pieds n'est pas perçu, bien qu'il existe là un reste de sensibilité tactile. La pression forte d'un orteil n'exerce pas d'influence évidente sur la dilatation pupillaire. Le phénomène du genou est affaibli, et cela un peu plus, peut-être, à gauche qu'à droite. A droite comme à gauche, le crémaster réagit au pincement et au frottement de la peau interne de la cuisse. Par leur contact sur les cuisses et sur l'abdomen, les corps froids et les corps humides ne donnent naissance à aucun mouvement réflexe. L'application brusque dans la région sous-ombilicale d'un linge imbibé d'eau à la température extérieure exaspère la douleur stomacale.

Pendant que le bandeau recouvre les yeux, on n'éprouve aucune difficulté à reconnaître la conservation bilatérale, encore assez parfaite, de la notion des poids. Le bras résiste, en effet, d'une façon correcte, à l'action d'un corps plus ou moins lourd qu'on laisse tomber dans la main. Mais si l'on place dans chaque main un poids de valeur inégale, la différence n'en est appréciée qu'autant que l'écart n'est pas trop faible : 500 grammes d'un côté et 100 grammes de l'autre, par exemple. Un poids de 50 grammes et, à plus forte raison, au-dessous, ne révèle plus aussi bien sa présence. Alors, par des mouvements de doigts, le malade le conduit vers la pulpe, où il semble tâter la densité, comme un aveugle s'efforce de tâter les couleurs.

Tous les muscles, à droite comme à gauche, réagissent à l'action des courants. Quand ces courants sont faibles, les contractions surviennent sans que le sujet en ait conscience; mais, en acquérant de l'intensité, ils deviennent sensibles jusqu'à la douleur, douleur ressentie surtout au voisinage des articulations et des implantations musculaires. La faradisation de la face est perçue dans les nerfs dentaires.

Mesurée au dynamomètre, la puissance musculaire des bras donne les résultats suivants :

La traction exercée sur les deux extrémités de l'appareil tenues simultanément par la seconde phalange des indicateurs, déplace l'aiguille de 4 kilogrammes. L'écart atteint 7 kilogrammes dans un effort suprême, quand l'une des extrémités de l'instrument étant confiée à un aide, l'autre est saisie par un seul des indicateurs, droit ou gauche; le résultat est le même des deux côtés. Sous l'effort, le membre, agité d'un tremblement énergique, cède tout à coup, comme ferait un appareil à détente.

La marche est un peu hésitante comme elle pourrait l'être par le poids des années. Elle est moins assurée encore, cela va sans dire, lorsque les yeux sont recouverts d'un bandeau. Mais il ne se produit aucun ébranlement ataxique, il n'y a pas de chute à redouter. Le malade exécute tous les mouvements qui lui sont demandés; il va, il vient, s'arrête, tourne à droite, à gauche, détache alternativement chaque pied du sol, pour rester ainsi sur l'autre durant quelques secondes. Et tout cela, je le répète, sans y voir.

La jambe droite semble un peu plus paresseuse que la gauche dans la marche.

Les lèvres ne tremblent pas; ni la langue; ni les mains étendues.

Il n'y a pas de fourmillements. Pas de rachialgie spontanée, ni de rachialgie provoquée par la pression. Jamais de convulsions. Pas de contractures. Pas d'athétose.

Il n'y eut de douleurs fulgurantes à aucune époque. Point d'élancemens en coups de canif dans les joues. Pas d'arthropathies indolentes. Pas de spasmes de la glotte. Pas de hoquet. La sensibilité tactile est moins altérée que les autres modes de sensations, contrairement à ce qui se voit dans l'ataxie locomotrice. L'acuité visuelle n'a pas diminué : c'est le malade qui l'affirme. Je ne cherche pas à la mesurer avec exactitude à cause des difficultés insurmontables que je rencontrerais dans l'état intellectuel du sujet. De fait, il distingue nettement tous les objets. Peut-être y voit-il un peu moins bien de l'œil droit que du gauche, dit-il ; ce qui n'a rien d'extraordinaire en soi, et trouve, à tout prendre, son explication naturelle dans la présence d'un haut degré d'hypermétropie. Les papilles sont normales. Les mouvements synergiques des iris s'exécutent sans mydriase, avec un ensemble parfait.

Ici se termine le compte rendu de cette observation sans autopsie. Il y aurait certes grand intérêt à connaître l'état

---

réorganiser les consultations externes, perfectionner les annexes du musée dermatologique, enfin et surtout favoriser de bonne heure la spécialisation de certains enseignements, et faciliter à ceux qui, par leurs leçons privées et leurs publications originales, sont arrivés à se faire un nom et à grouper autour d'eux un grand nombre d'élèves distingués, l'accès des chaires officielles et des positions scientifiques dignes de leur incessant travail et des services qu'ils auront rendus à la science française. Aussi longtemps que rien n'aura été fait dans ce sens, on pourra gémir, avec M. Doyon, sur l'infériorité de notre enseignement clinique, et louer Vienne et Berlin aux dépens de Paris.

A propos de Vienne, j'aurais voulu, cher confrère, vous parler des dépêches que publient divers journaux sur la maladie d'un grand personnage, et vous faire remarquer l'étrange conclusion de toutes ces dépêches, qui annoncent chaque jour, — pour le lendemain, — un diagnostic que tant de bonnes âmes attendent avec anxiété. Mais rien ne presse, paraît-il; ce sera donc pour une prochaine lettre, — à moins que d'ici là nous ne soyons fixés.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Rouen* 16-23 *août* 1883. — Sur la demande qui en a été faite, et en présence de travaux spéciaux déjà annoncés, le Conseil d'administration de l'Association française a décidé qu'une *sous-section d'hygiène et médecine publique* serait installée au Congrès de Rouen; cette sous-section pourra ultérieurement être transformée en *section*. Les personnes qui désireraient présenter des mémoires relatifs à l'hygiène sont priés d'en adresser les titres à M. C. M Gariel, au secrétariat de l'Association française, 4, rue Antoine-Dubois, où sont centralisées les demandes de communications.

du cerveau, du grand sympathique, de la moelle; à voir, entre autres choses, s'il n'existe pas de désordres de la substance grise, que l'on puisse rattacher à une ischémie subite déterminée par le froid; à rechercher si une part des accidents actuels peut être envisagée comme dépendant d'une prédisposition individuelle, créée par la chute faite pendant l'enfance. Pour cela, il était facile d'attendre une mort qui ne saurait tarder. Mais, guidé par des considérations étrangères à toute idée de recherche expérimentale touchant à la physiologie pathologique, j'ai mieux aimé procurer à mon malade une des dernières satisfactions de son existence en le rendant à sa famille. Il est parti le 16 octobre, avec un congé de réforme n° 1, congé dont tout le monde sait apprécier les avantages, maintenant que tout le monde est soldat.

CORRESPONDANCE

Hernie étranglée chez un enfant.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Obs. — Le lundi 4 juin dernier, je suis appelé à 8 kilomètres de ma résidence pour donner mes soins au jeune Détré, âgé de quatorze mois, atteint, me dit-on, d'une hernie qui ne veut pas rentrer.

A mon arrivée, je trouve une hernie inguinale droite descendue dans le scrotum et de la taille d'un *gros œuf de poule*.

L'étranglement date déjà de quarante-huit heures. L'enfant a le facies abdominal; le pouls à 130, petit, dépressible, mais régulier; vomissements fécaloïdes depuis la nuit précédente.

L'enfant, qui tète toujours, vomit le lait *immédiatement* après l'avoir ingéré; on lui fait aussi prendre de l'eau sucrée froide, qui reste à peu près dix minutes dans l'estomac, mais qui est non moins régulièrement vomie.

J'essaye le taxis à plusieurs reprises. Dans l'intervalle, j'administre des petits lavements purgatifs qui sont immédiatement rendus. Enfin, après une dernière tentative de réduction, je déclare à la famille que je ne vois qu'une chose à faire, c'est la kélotomie, et je les prie d'aller au plus vite chercher mon confrère le docteur Ferry.

La famille refuse toute intervention chirurgicale, et je m'en vais bien convaincu que l'enfant va mourir à bref délai.

Le lendemain, la famille, voyant l'enfant dans le même état, va chercher le docteur Ferry sans lui dire, bien entendu, que j'avais passé par là.

Le docteur Ferry essaye le taxis, échoue, propose l'opération, qui est de nouveau refusée, et s'en va déclarant, comme je l'avais fait la veille, que l'enfant va mourir.

Je croyais notre pauvre petit malade enterré depuis longtemps quand *lundi dernier, 12 juin*, la grand'mère vient me prier de venir poser un bandage à l'enfant, dont la hernie est rentrée spontanément *la veille au soir!!*

Cette rentrée avait été précédée d'une sortie de gaz par l'anus, de gargouillements dans le ventre, et suivie de près par une selle abondante.

J'arrive, ne trouve plus dans le scrotum que les deux testicules (dont j'avais déjà constaté la présence lors de ma première visite), et vois un enfant tétant à pleine bouche!! Pendant tout le temps qu'avait duré cet étranglement, l'enfant n'avait rendu ni gaz, ni matières fécales par l'anus.

En résumé, hernie inguinale droite (datant, paraît-il, de la naissance), chez un enfant de quatorze mois, descendue dans les bourses et étranglée *pendant sept jours pleins*.

Vomissements continus et absolus, arrêt complet des gaz et des matières fécales pendant tout ce temps, et au bout de tout cela réduction spontanée et guérison!!

Voilà un fait peu commun, au moins à ma connaissance, et que j'ai cru, pour ce motif, devoir signaler aux lecteurs de la *Gazette*.

Agréez, etc.

D[r] Saryot.

Entrains (Nièvre), 12 juin 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur un nouveau procédé de dosage de l'urée, par M. *L. Hugounenq*. — Sans effectuer toute la série des opérations indiquées par M. Bunsen, il est possible de doser l'urée dans l'urine en titrant alcalimétriquement le carbonate d'ammoniaque obtenu, quand on chauffe en vase clos au-dessus de 140 degrés une solution aqueuse d'urée. Il suffit de filtrer l'urine sur du noir animal, de l'étendre d'eau et de la porter en tube scellé à une température suffisamment élevée. Il ne reste plus qu'à titrer le carbonate d'ammoniaque formé, en substituant au tournesol la couleur d'aniline, désignée par le commerce sous le nom d'*orange* n° 3.

Le procédé alcalimétrique est applicable aux urines albumineuses, si l'on a soin de coaguler préalablement l'albumine par la chaleur.

Il n'en est pas de même pour les urines qui contiennent de la glucose ou de la magnésie en quantités notables.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *Benjamin Ball*, élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, est admis à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. le docteur *Empereur* sur *une épidémie de fièvre typhoïde régnant à Peisey* (*Savoie*) *depuis* 1875. (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Péan*, une brochure ayant pour titre : *De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus;* de la part de M. le docteur *Fano*, l'observation manuscrite d'un *cas de décollement de la rétine guéri par l'iridectomie;* au nom de M. le docteur *Demons* (de Bordeaux), une note complémentaire de sa communication du 12 juin 1883 sur *l'extirpation totale de l'utérus par le vagin*, dans le but d'indiquer une statistique de Sanger, d'après laquelle 143 de ces opérations auraient donné lieu à 103 guérisons, soit 72 pour 100.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre le tome I de son *Dictionnaire de thérapeutique*.

M. *Guéniot* présente la 4[e] édition du *Manuel pratique de l'art des accouchements*, par M. le docteur *Verrier*.

M. *Henri Roger* fait hommage du tome II de ses *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*.

Élection. — Par 36 voix sur 48 votants, M. *Andouard*, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, est élu correspondant national dans la quatrième division; M. Cazeneuve (de Lyon) obtient 10 voix; il y a, en outre, deux bulletins blancs.

Contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux. — M. le docteur *Auguste Ollivier* a récemment observé, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, deux cas de fièvre typhoïde qu'il croit pouvoir considérer comme dus à la contagion directe. Quinze jours après l'entrée d'une jeune fille atteinte de cette affection, l'une de ses voisines immédiates et une autre jeune fille couchée en face d'elle furent également prises de dothiénentérie, alors qu'il n'existait ni dans la salle, ni dans l'hôpital aucun cas de ce genre. (Il fait remarquer en passant que ces deux jeunes filles étaient affectées de syphilis, ce qui paraîtrait confirmer, comme on l'a déjà prétendu à plusieurs reprises, que la syphilis a une sorte d'aptitude à recevoir le germe typhoïdique, quel qu'il soit.)

M. Ollivier rapporte ensuite, d'après les auteurs, divers faits du même genre et il conclut que la fièvre typhoïde, à l'hôpital de même qu'en ville, est contagieuse. Elle ne l'est assurément pas autant que la variole, la rougeole, la scarlatine ou la diphthérie, mais elle l'est suffisamment pour appeler l'attention et provoquer la prescription de certaines mesures hy-

giéniques. Sans demander pour les typhoïdiques des salles d'isolement, comme pour les personnes affectées des maladies que je viens de citer, il estime que dans les hôpitaux, indépendamment des soins de propreté, de la désinfection des linges, des bassins et des cabinets d'aisances, il conviendrait : 1° d'éloigner des malades atteints de fièvre typhoïde les personnes jeunes et non encore acclimatées; 2° de prévenir le public du danger qu'il peut y avoir pour ces personnes à rendre des visites, surtout si elles sont répétées, aux typhoïdiques.

LATHYRISME. — A l'appui de la description faite à la dernière séance par M. Proust, d'une épidémie de lathyrisme médullaire spasmodique qu'il a observée il y a quelques mois en Kabylie, M. *Bouley* fait connaître un certain nombre de faits du même genre empruntés à la médecine vétérinaire. C'est ainsi qu'en 1867, la Compagnie d'omnibus ayant cru devoir ajouter à la nourriture de quarante-cinq de ses chevaux de la gesse chiche, ces animaux ne tardèrent pas à être pris de faiblesse des membres inférieurs et de cornage prononcé, tandis que les autres chevaux de cette même Compagnie, non soumis à cette alimentation, n'éprouvèrent aucun de ces accidents. Les médecins vétérinaires ne sont pas d'accord d'ailleurs sur la nocuité ou l'innocuité de la gesse chiche; en présence de ces contradictions, on peut donc se demander si cette plante est toujours identique à elle-même; ne serait-il pas possible d'admettre, par exemple, que, suivant qu'on l'emploie avant ou après sa maturité, elle offre des propriétés différentes, et que la toxicité de la plante exige pour se produire qu'elle soit complètement faite ? De nouvelles recherches sont nécessaires pour établir le bien ou le mal fondé de cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, l'on peut admettre que le lathyrus contient un principe immédiat, exerçant une action toute spéciale, encore mal connue, sur le système nerveux, principalement sur la moelle; d'où il résulte que le lathyrus pourrait devenir un agent médicamenteux, utilisable dans certaines maladies du système nerveux, en particulier contre la rage. Le système nerveux étant, en effet, le milieu de culture normal du microbe de la rage, il pourrait peut-être être modifié de telle sorte par le lathyrus, que ce même microbe ne puisse pas s'y développer. Il se produirait, pour ce microbe, un phénomène analogue à celui que l'on observe dans certaines autres maladies contagieuses, produites par un élément vivant. N'est-ce pas ainsi qu'agit le sulfate de quinine ou l'arsenic contre le microbe de la fièvre paludéenne; le mercure contre le microbe de la syphilis? Ne savons-nous pas que ces substances, fussent-elles absorbées en quantité infinitésimale, sont suffisantes pour modifier notre milieu organique, et le rendre impropre au développement des éléments vivants, origine première de la contagion. De même pour le cuivre; les statistiques de M. Burq, qui démontrent qu'en temps d'épidémie cholérique, les ouvriers qui travaillent le cuivre paraissent à l'abri du fléau, viennent confirmer cette doctrine. Pour ma part, ajoute M. Bouley, je suis tellement convaincu de l'influence heureuse du cuivre en ce qui concerne la prophylaxie du choléra, que je n'hésiterai pas, dans les circonstances actuelles, à me soumettre au régime cuprique.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Léon Labbé* sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Jules Cloquet, décédé. La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Lannelongue; en deuxième ligne, M. Le Dentu; en troisième ligne, M. Terrier; en quatrième ligne, M. Périer; en cinquième ligne, M. de Saint-Germain; et en sixième ligne, M. Péan.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 JUIN 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Pustule maligne guérie spontanément. — Présentation d'un malade : syphilis et rachitisme. — De la malaxation de l'œil après la sclérotomie. — Quelques remarques sur l'ovariotomie. — Présentation d'un malade.

M. *Reclus* se souvient qu'en 1874 M. Verneuil a communiqué à l'Académie de médecine un cas de pustule maligne guéri spontanément. On n'avait trouvé de bactéridies ni dans les vésicules, ni dans le sang.

Dans un certain nombre de cas de pustule maligne, on observe de la fièvre qui s'explique par l'existence de la lymphangite.

M. *Desprès*. Le caractère de la pustule maligne, c'est de n'être point accompagnée d'engorgement ganglionnaire. La pustule maligne, c'est une eschare avec rougeur autour. Si vous trouvez un ganglion engorgé, il ne s'agit plus de pustule maligne. Selon M. Verneuil, la rougeur est produite par la lymphangite; si la pustule produisait de la lymphangite, elle produirait de l'adénite.

M. *Reclus*. Dans l'observation présentée par M. Richet à l'Institut, on a précisément constaté un engorgement ganglionnaire; le diagnostic de pustule maligne était cependant indiscutable.

M. *Richelot*. M. Hayem a examiné une pustule maligne enlevée par Dolheau à l'Hôtel-Dieu, et on n'a pas trouvé de bactéridies; il y aurait intérêt à relever ces faits-là.

M. *Lucas-Championnière*. M. Pasteur a dit qu'en dehors du moment où le malade va mourir, on ne trouve pas de bactéridies dans le sang, excepté aux environs de la pustule.

— M. *Guéniot*. M. Parrot a fait une communication sur les relations de la syphilis avec le rachitisme; M. Guéniot dit que le rachitisme peut être souvent d'origine syphilitique, mais qu'il peut aussi avoir une autre origine.

Voici un enfant de trois semaines qui présente tous les caractères du rachitisme guéri; les os ont les déformations rachitiques, mais ils sont solides. Voilà donc un enfant chez lequel le rachitisme a évolué dans le sein de sa mère.

— M. *Terrier* fait un rapport sur un travail de M. Dianous (de Nantes) : *De la malaxation de l'œil après la sclérotomie*. D'après l'auteur, la sclérotomie n'aurait pas les inconvénients de l'iridectomie, et, si elle n'est pas acceptée, c'est que les procédés sont nombreux et dissemblables. Créer une cicatrice à filtration, c'est le but qu'on se propose dans la sclérotomie faite pour le traitement du glaucome. C'est une bonne opération, mais le résultat est trop souvent éphémère. Dès le soir de l'opération, M. Dianous pratiqua une série de pressions sur le globe oculaire pour empêcher la plaie de se souder; la malaxation est faite matin et soir pendant cinq à six jours. Au bout de quelques semaines, il reste une cicatrice à filtration.

M. *Terrillon* a observé trois cas assez curieux d'ovariotomie, dans lesquels la tumeur était située en partie dans le ligament large.

Première opération. — Femme de vingt et un ans, opérée le 13 mars 1883. La tumeur envoyait un prolongement dans le ligament large gauche. La décortication fut facile. Guérison.

Deuxième observation. — Kyste multiloculaire et aréolaire de l'ovaire; enclavement dans le ligament large. Ablation partielle du kyste; la décortication complète fut impossible : l'utérus et la vessie étaient adhérents. Drainage. On craint que ce qui reste du kyste n'amène une récidive.

Troisième observation. — Femme de cinquante-huit ans. Opération le 13 février 1883. Enclavement dans le ligament

large; une partie de la paroi du kyste fut laissée; péritonite purulente. Mort le vingt-cinquième jour après l'opération.

Outre les adhérences ordinaires, le kyste de l'ovaire peut contracter certains rapports qui rendent l'opération difficile. Quand il n'y a pas d'adhérences à l'utérus et aux organes voisins, pour diminuer la surface saignante, on suture les lambeaux du péritoine.

Quand l'énucléation est trop difficile, on enlève ce qu'on peut, on réduit l'ouverture, et on fixe ce qui reste de la poche à l'orifice abdominal. Bien nettoyer la poche et mettre un drain dans les prolongements principaux. Faire une désinfection énergique et détruire les végétations de la poche avec le chloroforme de zinc.

— M. *Beauregard* (du Havre) montre un malade qu'il a déjà présenté le 23 janvier dernier; il s'agit d'une fracture de la rotule traitée par la suture métallique.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Sécrétion lactée périodique chez une chienne vierge : M. de Sinéty. — Vaso-dilatateurs du membre inférieur : MM. Dastre et Morat.— Inhibition chez la grenouille et le poisson : M. Ch. Richet. — Système convergent du cerveau : M. Luys. — Action de la vératrine contre les tremblements : M. Féris. — Inoculation charbonneuse : M. Capitan. — Action des anesthésiques sur les cellules hépatiques : M. Dubois.

M. *Sinéty* apporte l'observation d'un nouveau fait de sécrétion lactée périodique, survenant en dehors de toute fécondation, chez une chienne, à l'époque où aurait dû avoir lieu la parturition si elle eût été fécondée au moment du rut.

— MM. *Dastre* et *Morat*, en présentant à la Société le mémoire qu'ils viennent de publier dans les *Archives de physiologie* sur les vaso-dilatateurs du membre inférieur, donnent un résumé de cette étude, en insistant sur les principes généraux qui les ont guidés dans leurs recherches. C'est une systématisation de leurs premiers résultats sur les vaso-dilatateurs du sympathique cervical qu'ils ont tentée en établissant que, pour le membre inférieur, les vaso-dilatateurs sont également fournis par le grand sympathique. Ils arrivent à cette conclusion que « les vaso-dilatateurs du membre inférieur lui sont fournis par la chaîne sympathique au niveau du segment dorso-lombaire; que les dilatateurs se trouvent par conséquent mélangés aux éléments vaso-constricteurs; qu'ils suivent la même voie pour rejoindre les vaisseaux en s'unissant aux gros troncs nerveux destinés au membre inférieur (le sciatique en particulier); qu'enfin ces nerfs sont plus faciles à manifester dans les régions supérieures des segments nerveux sus-indiqués que dans leurs régions inférieures, et qu'il est logique de rapporter aux ganglions qu'ils traversent les modifications de propriétés de ces nerfs, puisque ces ganglions sont les seules particularités que nous trouvions sur leur trajet et auxquelles nous puissions attribuer une action modificatrice. »

— M. *Ch. Richet* a provoqué chez des grenouilles et des poissons des phénomènes d'*inhibition* par des irritations violentes variées : chez les grenouilles l'injection d'une très petite quantité de chlorure de sodium dans le sac dorsal, chez les poissons l'irritation des lèvres, provoquent une suspension transitoire des mouvements volontaires et des mouvements respiratoires qui durent de une à deux minutes.

— M. *Luys* présente le moulage en plâtre d'un hémisphère cérébral préparé à l'aide de procédés nouveaux qu'il se réserve de faire connaître ; sur ce moulage on peut voir les systèmes de fibres convergentes partant de l'écorce pour aboutir à la couche optique : celle-ci représenterait le moyeu d'une roue dont les fibres convergentes formeraient les rayons et l'écorce la circonférence.

— M. *Féris* a été amené, par certaines considérations physiologiques sur l'action musculaire de la vératrine, à employer cette substance contre divers cas de tremblement : il présente des spécimens d'écriture rapidement améliorée par l'usage de la vératrine, à la dose de 1 milligramme environ, notamment chez un sous-officier alcoolique. Bien que les prémisses physiologiques paraissent insuffisantes, les résultats sont nets et semblent importants à mettre en relief.

— M. *Capitan* a eu l'occasion d'examiner, d'inoculer et de cultiver le liquide d'une pustule maligne dont le malade a guéri dans le service de M. Reclus. Le liquide ne présentait pas d'éléments caractérisés au microscope; tout ce qu'on y pouvait trouver d'anormal consistait en granulations indéterminées. L'inoculation directe s'est montrée sans effet sur la plupart des animaux soumis à l'expérience; un seul cochon d'Inde a succombé. Le sang de cet animal cultivé et inoculé à d'autres sujets a acquis, après quatre générations, des propriétés virulentes manifestes, en même temps que dans le liquide de culture se sont montrés des éléments charbonneux parfaitement nets dont M. Capitan soumet des préparations à la Société.

— M. *Dubois*, s'inspirant des études de Cl. Bernard relatives aux effets de l'alcool et du chloroforme sur la fonction glycogénique du foie, et guidé par les résultats des recherches qu'il a déjà fait connaître sur les actes de dédoublement produits dans certains tissus par les anesthésiques, s'est demandé quelle pouvait être l'action de ces substances sur le tissu hépatique soustrait à l'influence du système nerveux et de la circulation. Des échantillons de foie exsangue étant enlevés à un chien au moment de la mort ont été soumis, l'un à l'eau bouillante, l'autre aux vapeurs d'éther, le troisième a été abandonné à l'air libre dans une cloche. Au bout de vingt-quatre heures le premier, pesant comme les autres 50 grammes, a fourni 300 centigrammes de sucre ; le second 539, le troisième 509: par conséquent faible différence dans la formation du sucre entre le tissu traité par l'éther et celui qui avait été abandonné à lui-même. Dans les deux cas le rôle de la cellule paraît donc être le même ; elle peut utiliser ce qu'elle a produit alors que la circulation existait encore, mais elle ne paraît plus agir comme instrument de synthèse organique.

— M. *de Souza* dépose une note dont il n'a pas été donné lecture « sur la formation des éléments organiques artificiels », recherches complémentaires des récents travaux de Monnier et Vogt (*Journal de l'anatomie*, mars-avril 1882).

REVUE DES JOURNAUX

De la dyspnée et de son traitement par l'aspidosperma quebracho, par le docteur MARIANI Y LARRION.

Nous résumons ci-dessous les conclusions de l'auteur; mais auparavant nous ferons remarquer que l'emploi de l'extrait de quebracho n'est pas exempt de dangers, car certains des alcaloïdes qu'il renferme sont toxiques, comme le démontrent les expériences récentes de MM. Huchard et Eloy, dont les résultats ont été dernièrement signalés dans la *Gazette hebdomadaire*.

D'après l'auteur, cette substance diminuerait la fréquence des respirations et des contractions cardiaques dans un temps très court. Elle serait surtout très avantageuse contre les dyspnées nerveuses et peut-être aussi contre celles des affections aiguës des organes thoraciques. Il ajoute même que son emploi prolongé ne porte aucun préjudice aux autres

fonctions. Quelques-unes des conclusions de M. Mariani y Larrion doivent donc être acceptées avec réserve en présence des résultats de l'expérimentation physiologique. (*Il Sentido Catal. en las Ciencias med.*, 1er mars 1883.)

Du nitrite d'amyle, par le docteur D'ANCONA.

D'après l'auteur, cet agent médicamenteux agirait sur les centres vaso-moteurs. Il aurait pour effet de paralyser les vaisseaux, de diminuer la pression sanguine périphérique et d'augmenter la puissance des contractions cardiaques. Cette action est passagère et disparaît avec la cessation de l'inhalation.

Dans les affections aiguës des organes respiratoires chez des cardiaques, l'auteur a vu le mouvement fébrile diminuer, et la cyanose des membres et du visage s'atténuer. Dans un cas de pneumonie, chez un cardiaque atteint de lésions mitrales avec arythmie, une inhalation de cinq gouttes de nitrite d'amyle produisait un soulagement immédiat. Dans des cas de catarrhe bronchique, de pleuro-pneumonie chez des athéromateux atteints d'ulcérations organiques avec troubles fonctionnels du cœur, le docteur d'Ancona a observé les mêmes effets.

Le nitrite d'amyle mérite donc d'être introduit dans la thérapeutique des troubles respiratoires des cardiaques en puissance d'asystolie. (*Gazzetta med. Ital. Prov. Venete*, 3 février 1883.)

De l'asthme bronchique, par le docteur RIEGEL.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° l'irritation des muscles bronchiques a pour effet d'augmenter la pression sanguine intrapulmonaire ; 2° l'excitation du nerf vague produit des accès de dyspnée chez les chiens ; 3° quand on galvanise le bout central du nerf vague après avoir coupé le nerf vague droit, le même effet se produit encore. Il faut donc admettre qu'il est le résultat d'une action réflexe sur les nerfs phréniques et intercostaux ; 4° la section préalable des nerfs phréniques prévient ces phénomènes ; 5° enfin pendant le spasme du diaphragme, les bords du poumon paraissent se mouvoir avec une rapidité plus grande. (*Zeitschr. für klin. Med.*, Band V, p. 413, et *The London med. Record.*, 15 mai 1883, p. 204.)

Des kystes papillaires (papillary cysts), par le docteur DORAN.

Le docteur Doran attire l'attention sur les kystes papillaires. Qu'elles aient pour origine le corps de Wolff, dans le ligament large, ou bien qu'elles proviennent du hile de l'ovaire, ces tumeurs sont toujours plus ou moins sessiles, contiennent un liquide limpide et exempt de glaires. Les kystes originaires du ligament large peuvent être distingués de ceux qui dépendent du hile de l'ovaire par la présence de cet organe dans le pédicule. L'ovaire est détruit par propagation ou par compression dans les tumeurs du hile. (*Path. Soc. Transac.*, 1882 et *The London med. Record.*, 15 mai 1883, p. 204.)

De la résorcine dans le traitement des fièvres intermittentes, par le docteur BUSSI.

Vingt cas furent traités par ce médicament et dix-sept fois les résultats furent favorables. Dans ces trois autres cas, l'arsenic et la quinine échouèrent également. Deux de ces cas étaient des fièvres quartes et le troisième celui d'un malade placé dans des conditions hygiéniques très défavorables. Deux ou trois doses de 2 à 3 grammes suffisent en général, mais on a employé des doses plus élevées et allant jusqu'à 6 ou 8 grammes. Ces dernières n'ont d'autre inconvénient que de produire une surdité temporaire et des bourdonnements d'oreilles. La résorcine est rapidement absorbée, de sorte qu'on peut l'administrer une demi-heure ou une heure seulement avant l'accès. D'après le docteur Bussi, les avantages de la résorcine seraient donc comparables à ceux de la quinine. (*Gazetta med. Ital. Prov. Venete*, 6 janvier 1883, et *The London med. Record.*, 15 mai 1883.) Aussi, l'enthousiame aidant, elle a déjà reçu des médecins d'outre Manche le nom de *The Quinine of poor!*

Travaux à consulter.

DE L'INFLUENCE DE L'INDIVIDUALITÉ DU MALADE SUR LE DÉCOURS DU TYPHUS ABDOMINAL, par M. E. WAGNER. — On admet généralement que la forme et la gravité de la fièvre typhoïde (ou de toute maladie infectieuse) dépendent essentiellement de l'individualité du malade et de la quantité ou de la qualité de l'agent toxique incorporé, c'est-à-dire *du terrain* et *de la graine*. Cette vue théorique suffit assurément aux besoins de la pratique, et il semble téméraire d'aller plus loin et de chercher avec les incomplets renseignements que peut fournir la clinique, ce qui revient à l'individu, ce qui revient à l'agent pathogénique. Cette besogne a cependant tenté Wagner, qui nous expose le résultat de recherches, à ce point de vue, sur plus de six cents cas de fièvres typhoïdes observées à Leipzig. Peu ou point de conclusions : on pouvait s'y attendre. Il semble cependant que l'auteur ait quelque tendance à rabaisser l'importance du germe typhique devant celle du terrain. Ce n'est ni impossible ni improbable, mais c'est bien peu intéressant. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. XXXII.)

UNE NÉVROSE VASO-MOTRICE DU PHARYNX, par M. ROSSBACH. — Chez certaines personnes on constate une hyperesthésie très vive du fond de la cavité buccale, revenant par accès et coïncidant par une injection du pharynx. L'auteur a pu constater que la rougeur d'aspect inflammatoire faisait place en quelques minutes à une décoloration presque complète des tissus. Douleurs et congestion sont dues, d'après Rossbach, à un désordre vaso-moteur. Deux observations. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 36.)

DE L'EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE, par M. KÜSTER. — L'auteur fait la démonstration de trois cas d'extirpation de l'astragale (luxation incomplète, luxation totale, ostéomyélite), suivie de rétablissement complet des fonctions du pied. Le remplacement de l'astragale s'explique d'ordinaire en admettant que les malléoles s'appuient sur le calcanéum et que l'espace vide entre la fourchette malléolaire se remplit de tissu cicatriciel. C'est ce qui est arrivé en deux cas ; dans le troisième on constate entre les malléoles une portion osseuse qui paraît être le produit d'une régénération partielle de l'astragale. (*Cent. für Chir.* Suppl. au n° 29, p. 85.)

LA QUESTION DES CERVEAUX A QUATRE CIRCONVOLUTIONS FRONTALES, par M. BENEDIKT. — L'auteur a découvert, en 1876, que l'on trouvait souvent, chez les criminels, quatre circonvolutions frontales (au lieu de trois), comme chez les animaux carnassiers. Il confirme, dans une nouvelle note, l'idée de Hanot, qui pense que cette disposition résulte d'un dédoublement de la circonvolution médiane et annonce que dans 5 cas (sur 87) il a trouvé cinq circonvolutions frontales. (*Cent. für med. Wissench.*, 1880, n° 46.)

GUÉRISON DU CANCER DU SEIN PAR LA TÉRÉBENTHINE DE CHIO, par M. PELZ. — Résultats presque immédiats et simplement merveilleux. Dose 0gr,50 ; trois fois par jour. Il est essentiel que le médicament soit bien de l'origine indiquée. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 43.)

MOYEN SIMPLE D'ASSUJETTIR LES TUBES DE DRAINAGE, par WISKEMANN. — Il arrive tous les jours que des tubes en caoutchouc sont aspirés dans la plèvre, faute d'un moyen pratique de les consolider ; celui que recommande l'auteur est simple et ingénieux. Il coud à l'extrémité du tube un tampon de ouate salicylée. (*Berl. klin. Woch.*, n° 40.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de thermométrie clinique générale, par M. le docteur P. F. Da Costa Alvarenga, traduit du portugais par M. le docteur L. Papillaud, 2e édition, Lisbonne, imp. Mettos Moreira et Cadosos, 1882.

Travailleur infatigable, l'auteur de ce *Précis de thermométrie clinique* a déjà publié, outre ses ouvrages sur les maladies du cœur, sur le béribéri, sur la fièvre jaune, une série de mémoires dans lesquels il étudie les thermomètres médicaux et leurs avantages relatifs, la thermopathologie générale, la thermosémiologie et la thermacologie, c'est-à-dire les diverses parties qui constituent le nouveau livre dont la deuxième édition vient de nous être envoyée. Toutes réserves faites au sujet de ces dénominations un peu barbares et que nous aimerions à voir disparaître du langage médical, nous devons reconnaître tout d'abord que, dans son historique de la thermométrie clinique, M. Da Costa Alvarenga a signalé, avec une grande équité, les recherches dues à nos compatriotes et qu'il a rendu justice à tous ceux qui se sont occupés de trouver les lois que l'on peut déduire des observations thermométriques faites au lit du malade. Nous sommes d'accord avec lui lorsqu'il expose que si la renaissance de la thermométrie clinique eut lieu vers 1840, à l'époque où Andral, Bouilland, Piorry, Donné, Monneret, H. Roger, etc., firent paraître leurs observations, c'est surtout à l'École allemande et à l'École de Strasbourg que l'on doit, à dater de 1850, les progrès accomplis dans cette voie si féconde. Plus tard, les médecins les plus éminents de tous les pays se sont associés à ce mouvement, auquel resteront toujours attachés les noms de Wunderlich, Traube, Baerensprung, Liebermeister en Allemagne et Hirtz et ses élèves à Strasbourg. M. Da Costa Alvarenga étudie ensuite les modifications de la température qui surviennent sous l'influence de l'âge, de la température ambiante, de l'exercice musculaire, de l'alimentation, etc., puis il décrit les thermomètres les plus usités, indique leur mode d'application et les précautions à prendre pour éviter les erreurs, enfin il recherche quelle est la marche de la température du corps dans les maladies fébriles, ce qu'elle devient après la mort, quels sont ses rapports avec le pouls, la respiration, la sécrétion urinaire, etc. Dans tous ces chapitres, nous avons reconnu les qualités d'érudition que l'on doit rechercher dans un ouvrage didactique. On voit à chaque page que l'auteur connaît, pour l'avoir étudié avec une prédilection spéciale, le sujet dont il s'occupe. Nous n'aurions donc qu'un très petit nombre de critiques à adresser à cette partie du livre. Ces critiques deviennent plus sérieuses quand on étudie avec M. Da Costa Alvarenga ce qu'il appelle la *thermacologie*. Ce n'est pas, hâtons-nous de le déclarer, que les recherches du clinicien ne soient pas dignes du plus sérieux intérêt. Malheureusement, en thérapeutique, il est difficile de s'entendre lorsqu'on fait usage de médicaments mal dosés. Or l'auteur nous dit se servir, pour abaisser la température dans la pneumonie, des granules de digitaline de Homolle et dans la plupart de ses observations (voyez en particulier p. 348) nous lui voyons donner des doses si considérables du médicament que nous ne pouvons vraiment croire qu'il ait fait usage de la digitaline que nous avons l'habitude de prescrire. Est-il un médecin français qui consente à prescrire pendant quatre jours consécutifs *douze* granules de digitaline par jour (en tout quarante-huit)? Il en est de même pour l'infusion de digitale. Nous affirmons que, chez tous les pneumoniques que nous avons traités par ce médicament — et ils sont nombreux, — trois doses d'une infusion de *un gramme* de feuilles de digitale (en trois jours) suffisaient à faire tomber la température et que si, par malheur, cette dose de 3 grammes en trois jours était dépassée, il survenait des vomissements et du collapsus. Il nous paraît évident, après avoir examiné les tableaux qu'il nous fournit, que la digitale dont faisait usage M. Alvarenga était moins active. Cependant nous admettons volontiers avec l'auteur la plupart des conclusions qu'il formule (p. 349) au sujet de l'action de la digitale. Par contre, il nous faudrait voir par nous-même les effets du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle pour reconnaître que cette maladie est *toujours curable* par ce traitement, quelle que soit la région affectée, quelle que soit la gravité initiale de l'érysipèle. Sans doute le nombre des érysipèles curables est bien supérieur à celui des érysipèles malins, mais soutenir que l'on peut guérir en deux jours un érysipèle confirmé et que la durée de l'érysipèle est en moyenne de cinq jours, n'est-ce point dire que l'on confond sous cette dénomination des érythèmes simples et des lymphangites bénignes? Ces observations, d'ailleurs, nous ne voulons pas les multiplier. On ne lit attentivement et l'on ne critique avec détails que les ouvrages dignes de solliciter l'attention des médecins. M. Da Costa Alvarenga voudra bien croire, nous l'espérons, que c'est le seul motif qui nous a engagé à lui signaler les quelques points sur lesquels notre opinion peut différer de la sienne.

L. L.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1877 et 1878, par M. le docteur Péan. 1 vol. grand in-8°, de 1064 pages avec 53 figures. — Paris, 1883. Germer-Baillière et Cie.

Comme les deux volumes qui l'ont précédé, ce livre se compose de trois parties. La première comprend les leçons cliniques les plus importantes; celles qui, portant sur des questions scientifiques actuellement en discussion ou sur des points intéressants de pratique chirurgicale, méritaient d'être reproduites *in extenso*. A côté des articles étendus et complets consacrés au mal perforant plantaire, aux affections des synoviales tendineuses, aux tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, viennent se grouper quelques études plus originales. Les accidents psychiques d'origine traumatique ont-ils quelque chose de spécial? Existe-t-il, comme l'ont admis certains aliénistes, une folie traumatique? Péan reconnaît simplement que le traumatisme brusque, accidentel, peut amener des délires de différentes formes, des folies consécutives à des lésions cérébrales. Mais ces accidents n'offrent pas une fréquence plus grande après les opérations de gastrotomie.

La chirurgie, jadis trop militante, n'est-elle pas devenue de nos jours trop conservatrice? Telle est la question qui se pose en présence de certaines déformations consécutives aux traumatismes des membres inférieurs, en présence surtout des accidents graves, persistants, qu'entraînent ces difformités. Qu'importe au blessé la conservation de son membre s'il ne peut l'utiliser en rien pour marcher, pour se soutenir, si tout travail lui est désormais impossible. Mieux eût valu l'amputation immédiate, car la persistance ou la répétition incessante des douleurs, des ulcérations, des abcès, forceront bientôt le chirurgien à recourir à une opération radicale. Il est donc indispensable, dans ces cas, de tenir compte de la position sociale et de la profession des blessés.

Malgré les tentatives faites par Péan pour rendre plus facilement applicable l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression (méthode de Paul Bert), malgré la constance des bons résultats signalés, les difficultés matérielles s'opposent jusqu'ici à l'emploi de cet agent. La nécessité d'une cloche ou d'une chambre spéciale, hermétiquement close et capable de supporter un accroissement de pression, suffit seule pour rendre sa vulgarisation impossible. Puis, on est en droit de se le demander, est-ce bien après quelques centaines d'anesthésies qu'on peut parler de l'innocuité du pro-

toxyde d'azote sous tension. L'éther, le chloroforme ont été employés des milliers de fois. Les accidents sont assez rares pour qu'on conserve jusqu'à nouvel ordre ces agents d'un maniement facile, en s'entourant de toutes les précautions indiquées par la science et la pratique.

Dans la seconde partie du volume sont relatées, par genre de maladies ou par région, toutes les observations recueillies dans le service de l'auteur. Quelques courtes remarques les précèdent et les accompagnent. Plaies simples et contuses, fractures et luxations, maladies des os et des jointures, lésions du tube digestif et des organes génito-urinaires, etc.; enfin, affections chirurgicales des diverses régions du corps, sont successivement passées en revue.

La statistique générale des opérations pratiquées dans les deux années 1877 et 1878 donne lieu à quelques considérations générales. L'auteur insiste sur les avantages des pinces hémostatiques, sur la substitution du pincement à la ligature des vaisseaux. Il signale la fréquence des réunions après les sections faites avec le thermo-cautère et l'utilité du morcellement dans l'extirpation des tumeurs.

La troisième partie de l'ouvrage est tout entière consacrée à la gastrotomie, dont le docteur Péan rapporte cent quarante-cinq observations nouvelles. Tout le monde connaît la grande expérience de l'auteur en tout ce qui concerne la chirurgie abdominale. Les résultats de cette nouvelle série d'opérations sont intéressants à consulter. Nous relevons les suivants : 96 kystes de l'ovaire avec 11 morts; 14 kystes du ligament large avec 6 morts ; 16 hystérectomies pour tumeurs diverses avec 6 décès. Tandis que pour les kystes ovariques Péan abandonne actuellement le pédicule dans l'abdomen, pour l'hystérectomie il pense plus prudent de maintenir dans la plaie, hors du péritoine, le moignon utérin conservé. Fait-il des ligatures perdues, la soie lui paraît préférable au catgut. Elle se résorbe comme lui, ou s'enkyste, mais elle est d'un emploi plus sûr et d'un maniement plus facile.

Un catalogue des pièces nouvelles de la collection spéciale du docteur Péan à l'hôpital Saint-Louis termine ce gros volume, recueil de faits et d'observations intéressant à consulter.

J. C.

Index bibliographique.

Étude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles, par le docteur G. Schlemmer. Paris, J.-B. Baillière, 1882.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies diathésiques et, en particulier, de l'arthritisme, de la scrofule ou de la syphilis, ont signalé des bronchites graves que l'on peut observer chez les individus atteints de maladies constitutionnelles. Le retour fréquent et sans cause extérieure appréciable des troubles de l'appareil respiratoire, l'alternance si souvent constatée des manifestations cutanées et des accidents bronchitiques, l'influence d'un traitement constitutionnel prouvent les rapports qui existent entre la phlegmasie locale et l'état général. Il importe donc, toutes les fois qu'on est appelé à traiter un malade atteint de bronchite, de bien rechercher si l'affection que l'on prétend combattre est une maladie inflammatoire simple, ou si elle ne se relie pas à une disposition constitutionnelle nécessitant des soins spéciaux et une médication différente de celle qu'exigent les phlegmasies franches. Les traitements par les eaux minérales, si efficaces parfois, et si nuisibles lorsqu'ils sont mal prescrits, confirment cette idée que se font de la plupart des bronchites chroniques les médecins expérimentés. Tous les praticiens approuvent donc l'idée qui a dicté au docteur Schlemmer une nouvelle étude des bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles. La thèse qu'a soutenue notre confrère est un résumé très complet de ce qui a été écrit sur ce sujet. Il étudie successivement l'arthritis, le rhumatisme, la goutte, puis l'herpetis, la scrofule et la syphilis. Nous ne pouvons ici discuter cette classification, non plus que la distinction, établie surtout au point de vue thérapeutique, entre l'herpetis et l'arthritis. Nous ne voulons que signaler ce travail écrit avec méthode, avec clarté, inspiré par un juste sentiment des nécessités qui s'imposent à tous les médecins praticiens, surtout à ceux qui veulent connaître les services que peuvent rendre les eaux minérales, plein de faits et d'idées puisés aux meilleures sources, digne en un mot de l'attention du public spécial auquel il s'adresse.

Contribution a l'étude des températures périphériques et particulièrement des températures morbides locales dans la tuberculose pulmonaire chronique, par le docteur Gaston Sarda. — Montpellier, Imprimerie centrale du Midi, 1882.

Très sérieusement étudiée, très riche en observations personnelles, cette thèse résume avec une grande clarté tout ce qui a été écrit sur les températures locales, leur valeur et leur signification diagnostique et pronostique. L'auteur expose et critique très judicieusement les diverses publications qui ont précédé son étude; puis, après avoir indiqué quelles sont les précautions nécessaires pour arriver à bien prendre la température locale, il arrive aux conclusions suivantes : 1° toutes les fois qu'il y a des tubercules chez un sujet, il y a hyperthermie locale (celle-ci varie d'ailleurs suivant qu'il n'existe que des granulations ou bien que l'on observe des craquements secs, des craquements humides ou des cavernes); 2° la disparité entre les deux sommets, lorsqu'elle atteint au moins un demi-degré, est un signe probant de tuberculose pulmonaire et permet de diagnostiquer celle-ci de l'anémie, de la chlorose, de la dyspepsie, de l'hypocondrie (!). 3° La surélévation locale, jusqu'à l'époque des craquements secs inclusivement, est plus considérable du côté où sont les lésions les plus avancées... 5° A partir de la période des craquements secs, la surélévation thermique locale est proportionnelle plutôt à l'intensité et à l'étendue des lésions qu'à leur nature et à leur gravité... 10° Les dérivatifs et les révulsifs abaissent toujours la température locale au cas de tuberculose pulmonaire.

Nous avons cru devoir citer quelques-unes de ces conclusions que paraissent justifier les observations très bien prises que l'auteur publie ensuite. Si quelques réserves peuvent être faites encore à l'égard de quelques-unes d'entre elles, on ne saurait nier le soin avec lequel l'auteur a étudié cette question si controversée et si difficile, non plus que l'intérêt qui s'attache à ses recherches. Cette thèse est un résumé très exact de tout ce que l'on sait sur les températures locales et un recueil de faits très utile à consulter par ceux qui voudront poursuivre ces études de clinique.

VARIÉTÉS

LE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE LA SANGSUE.

La sangsue, comme agent thérapeutique, est une puissance déchue, une *reine de l'exil;* mais elle est toujours prétendante, et nous sommes convaincu, pour notre part, que si elle a un peu mérité son sort par les excès qu'elle a commis, elle reviendra au pouvoir corrigée et amendée, pour le bien de l'humanité souffrante. Voilà pourquoi nous croyons bon d'expliquer au lecteur comment cet animal utile s'y prend pour opérer sur notre chair et nous débarrasser de nos humeurs nuisibles. C'est ce que nous explique, dans la *Note* présentée par M. Mathias Duval à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 juin dernier, *M. Carlet*, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble :

Le procédé opératoire de la sangsue comprend : 1° la fixation de la ventouse; 2° la morsure; 3° la succion; 4° la déglutition.

Fixation. — J'ai étudié le mode de fixation en faisant progresser une sangsue sur une feuille de papier enfumé et observant les empreintes obtenues : 1° la sangsue commence par explorer le lieu où elle va se fixer, avec les deux bords de la lèvre supérieure qui s'impriment en blanc sur le papier noirci, de façon à figurer deux lignes convergentes; 2° la partie antérieure de la lèvre supérieure s'abaisse, et l'on voit alors se dessiner un angle formé par la réunion des deux lignes précédentes; 3° la lèvre inférieure s'applique à son tour, et, cette fois, la figure produite

est un triangle; 4° le pharynx commence à s'abaisser, et le contour triangulaire de la ventouse s'élargit en prenant la forme circulaire, de manière à tracer un anneau blanc dont le centre reste noir; 5° enfin le fond de la ventouse vient toucher le papier, et l'adhérence complète est décelée par un cercle entièrement blanc.

Il suit de là qu'au lieu de commencer par fixer le centre de la ventouse, pour abaisser ensuite les bords, comme on l'admettait jusqu'à présent sans preuves suffisantes, la sangsue commence par fixer les bords pour abaisser ensuite le centre, qui vient adhérer en dernier lieu.

Morsure. — Aussitôt après la fixation, la partie antérieure du corps de la sangsue se redresse de façon à simuler un sabot de cheval. Si l'on soulève alors, au moyen d'un petit crochet, un point du contour de la ventouse, on voit que son fond s'est légèrement relevé, et que la peau forme à l'intérieur un mamelon qui n'a subi encore aucune atteinte. A peine ce phénomène préliminaire de la morsure s'est-il produit que les mâchoires, entrant en action, tracent sur la peau un trèfle à trois folioles, d'abord linéaires et ne se rejoignant pas au centre, puis plus larges et se fusionnant de façon à former une blessure triangulaire.

La sangsue, pour mordre, agit donc à plusieurs reprises, et l'on peut s'assurer que les mâchoires s'écartent en s'enfonçant dans la peau, tandis qu'elles se rapprochent, au contraire, en se relevant. Que l'on imagine un scarificateur triangulaire portant une lame à chacun de ses sommets; si ces trois lames s'écartent l'une de l'autre en même temps qu'elles s'abaissent, elles reproduiront exactement le mécanisme de la morsure de la sangsue.

Succion. — A l'état de repos, les mâchoires de la sangsue sont repliées à l'entrée de l'œsophage, qu'elles obturent parfaitement. Quand elles s'abaissent, en s'écartant l'une de l'autre, elles dilatent l'orifice œsophagien, et aussitôt le sang s'élance pour remplir le vide de cet entonnoir béant.

Déglutition. — Elle est accomplie par les mâchoires elles-mêmes, qui, aussitôt après la succion, se rapprochent et se relèvent en poussant le sang derrière elles. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à trancher, d'un coup de ciseaux, la région œsophagienne d'une sangsue en train de sucer, ce qui habituellement n'arrête pas la succion. On voit alors le tronçon œsophagien monter et descendre tour à tour en rejetant une ondée sanguine à chaque montée. Les mâchoires agissent donc à la façon d'un piston, et cela est tellement vrai que, si la section est faite assez bas, on assiste à la manœuvre de ce piston dans l'œsophage.

Résumé. — La sangsue, pour faire une saignée, commence par se fixer sur la peau en appliquant les bords, puis le fond de sa ventouse, de façon à produire une adhérence complète. Après s'être ainsi étalée, la ventouse redevient légèrement concave, et la morsure se fait par l'enfoncement des mâchoires dans le mamelon de peau qui a suivi ce léger mouvement de retrait. En même temps qu'elles s'abaissent, les mâchoires s'écartent l'une de l'autre et dilatent l'entrée de l'œsophage, où le sang s'élance pour remplir le vide produit. Quand la succion s'est ainsi effectuée, les mâchoires se rapprochent et se relèvent pour lancer derrière elles, comme un piston, le sang dans la direction de l'estomac.

LE CHOLÉRA.

Tandis que l'épidémie cholérique s'étend autour de Damiette, alors que la commission médicale envoyée par le gouvernement du khédive pour étudier l'épidémie affirme qu'il s'agit bien du choléra épidémique, au moment où des mesures quarantenaires sont prises non seulement en France, mais en Espagne, en Allemagne, en Russie, en Portugal, et même en Italie, — bien que les lettres particulières et les correspondances des journaux continuent à affirmer que les quarantaines sont bien faciles à éluder sur les côtes de l'Adriatique, — seule l'Angleterre persiste à se refuser à toutes les mesures de prophylaxie qui pourraient préserver l'Europe. Sans doute, lord E. Fitzmaurice a été contraint de reconnaître que les délégués anglais aux conseils sanitaires d'Alexandrie et de Constantinople s'étaient grossièrement trompés en déclarant que la maladie qui sévissait à Bombay n'était pas le choléra épidémique. Mais l'honorable sous-secrétaire d'Etat du Foreign-Office n'en a pas moins affirmé avec un superbe dédain l'inefficacité absolue des quarantaines. Et, en même temps que se faisaient ces déclarations, le cabinet anglais imposait à Malte une quarantaine de vingt-quatre jours aux provenances des ports français de la Méditerranée, — où le choléra ne s'est pas encore manifesté. Il est vrai qu'il ne s'agit là que de représailles. Il fallait répondre à l'ordre donné par le ministère du commerce de considérer comme suspectes les provenances de Malte.

De son côté, sir Charles Dilke déclare que les quarantaines sont inefficaces, et que le gouvernement anglais ne les ordonnera pas. Ainsi donc voici encore une fois les décisions de la conférence de Constantinople et de la conférence de Vienne déclarées inacceptables au nom des intérêts du commerce anglais. Voici de nouveau l'Europe menacée par l'Angleterre. Ne serait-il pas temps de protester contre ces défis par une résolution énergique? Et n'appartiendrait-il pas à toutes les nations continentales de considérer comme suspectes et de soumettre à la quarantaine toutes les provenances venues d'Angleterre? Puisque les décisions des conférences médicales internationales sont jugées inapplicables par l'Angleterre seule, il appartiendrait aux autres puissances d'exiger leur stricte application.

— Nous apprenons que, sur la demande de M. Pasteur, une commission scientifique va être envoyée en Egypte pour y étudier le choléra. Cette commission serait composée de MM. Roux et Thuillier, attachés au laboratoire de M. Pasteur; Strauss, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux; Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort. On ne peut que louer le zèle de ces courageux savants, et faire des vœux pour que ces disciples de l'illustre maître qui a déjà réalisé tant de progrès dans l'étude des maladies parasitaires, arrivent à découvrir, à cultiver le microbe du choléra, et à trouver les conditions qui permettraient d'en entraver le développement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés

Au grade d'officier : MM. Cunéo (Bernard), médecin en chef de la marine; Jacquemin, médecin de 1re classe de la marine; Manoha, médecin-major de 1re classe; Morand, médecin-major de 1re classe, directeur du service de santé du 7e corps d'armée; Fristo, médecin-major de 1re classe; Jacquemart, médecin-major de 1re classe; Courant, pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Gailleton, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Au grade de chevalier : MM. Mouret, docteur en médecine à Monistrol (Haute-Loire); Kermorgant, médecin de 1re classe de la marine; Nègre, médecin de 1re classe de la marine; Morani, médecin de 1re classe de la marine; Mesnil, médecin de 2e classe de la marine; Vincens, médecin-major de 1re classe; Corties, médecin-major de 1re classe; Le Cadre, médecin-major de 1re classe; Jeanmaire, médecin-major de 1re classe; Moret, médecin-major de 1re classe; Bedoin, médecin-major de 1re classe; Ramonet, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; Laederich, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; Regnier, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; Tanfin, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires du corps d'occupation de Tunisie; Zeller, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les docteurs Legroux, médecin de l'hôpital Laënnec (Paris); Terrier, chirurgien à l'hôpital Bichat (Paris); Ollivier, médecin à l'hôpital Saint-Louis (Paris); Lutaud, médecin des prisons de la Seine; Cornil, président du conseil général de l'Allier; Guès, médecin à Marseille; Puyjoli de Meyjounissas, membre du conseil général de la Dordogne; Calès, membre du conseil général de la Haute-Garonne; Camuset, maire de Longwy; Bernard, vice-président du conseil général de la Manche; Pomier, membre du conseil général des Basses-Pyrénées; Barbier, membre du conseil général de la Sarthe; Carence, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon; Cellier, médecin de colonisation à Mostaganem.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour deux places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Letulle et Chauffard.

ÉCOLES-DISPENSAIRES. — Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre le vœu qu'il soit créé deux écoles-dispensaires pour les enfants rachitiques ou difformes, dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris; que ces établissements soient placés sous la direction d'un chirurgien des hôpitaux; que l'enseignement soit confié à des institutrices laïques; que l'administration de ces écoles-dispensaires soit attribuée à l'Assistance publique.

THE BALY MEDAL (médaille d'or offerte à M. le docteur Brown-Séquard). — *The Lancet*, dans son numéro du 30 juin, p. 1140, annonce en quelques lignes un nouvel hommage rendu au professeur de médecine du Collège de France par nos confrères d'outre-Manche :

« Le « Royal College of physicians » a décerné la médaille d'or » fondée en mémoire de feu le docteur Baly, comme marque de » distinction en physiologie, au docteur Brown-Séquard. Vendredi » dernier, sur les conclusions de l'*Harveian oratian*, le prési» dent du Collège, sir W. Jenner, a présenté la médaille au doc» teur Pitman pour la transmettre au distingué lauréat. »

Cette médaille est décernée tous les deux ans depuis environ quatorze ans. Le premier qui l'a reçue est Richard Owen.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Colmant, ancien médecin inspecteur des armées. Officier plein de dévouement et de courage, M. Colmant avait fait de nombreuses campagnes en Algérie, en Syrie et en Crimée, où, bien que convalescent à peine d'un typhus grave, il avait tenu à reprendre son poste de danger au milieu de ses camarades. Sur sa tombe, M. le docteur Arnould, médecin directeur du service de santé du 1er corps d'armée, et M. Champenois, médecin-major de 1re classe, se sont faits les interprètes des regrets que la porte de M. Colmant inspire à ses confrères de l'armée.

— On annonce aussi la mort du docteur Kastus, ancien rédacteur du *Lyon médical*, décédé à Hyères, à l'âge de quarante-trois ans; et celle de M. le docteur Félix Baudoin, médecin expert près le tribunal de première instance de la Seine, ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 juin 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1042, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 10. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 66. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 45; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 67; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 26e semaine. — La mortalité générale continue à diminuer à Paris : 1042 décès ont été notifiés au service de statistique. La fièvre typhoïde, qui était en voie de décroissance, paraît devenir à présent plus fréquente. Outre que nous comptons 41 décès au lieu de 36, nous devons constater plusieurs signes de fâcheux présage : il y a eu dans les hôpitaux de Paris 122 admissions pour fièvre typhoïde au lieu de 99, 96, 72, chiffres des précédentes semaines. Enfin, les médecins de Paris qui veulent bien nous signaler les maladies épidémiques qu'ils rencontrent dans leur clientèle, nous font connaître 67 cas de fièvre typhoïde au lieu de 12, 32 et 28 qu'ils nous signalaient précédemment. Tout fait donc craindre une aggravation de la fréquence de la fièvre typhoïde. Nous constatons une légère aggravation pour la diphthérie (42 décès au lieu de 33, 34, 39 et 49). La variole (10 décès) et la scarlatine continuent à être rares à Paris. Pour la coqueluche (22 décès au lieu de 19, 21 et 18); pour la rougeole (31 décès au lieu de 29 et 31). Les maladies saisonnières continuent à être assez rares. La bronchite aiguë donne 31 décès au lieu de 26 et de 30; la pneumonie, 66 décès au lieu de 67 et de 77.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du vendredi 29 juin au jeudi 5 juillet 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1024, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 64. — Variole, 10. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 29; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 50; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 11. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 27e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 1024 décès. La mortalité générale continue à diminuer à Paris comme elle le faisait depuis deux mois. Le nombre des décès des précédentes semaines était, en effet (en allant des plus récentes aux plus anciennes), 1042, 1074, 1081, 1180, 1158, 1247. Comme pendant les semaines précédentes, c'est surtout aux vieillards que profite l'allègement de la mortalité. En ce qui concerne les maladies épidémiques, voici le résultat de la comparaison de cette semaine avec les précédentes : une aggravation très notable de la fièvre typhoïde, qui a causé cette semaine 64 décès. Ce nombre est le plus élevé que nous ayons constaté depuis le mois de janvier dernier. Il est corroboré par le nombre des admissions dans les hôpitaux, qui a atteint 135 au lieu de 122, 99, 96, 72, chiffres des précédentes semaines.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La médecine publique en Angleterre, par M. le docteur Walter Douglas Hogg. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 4 fr.

Leçons de pathologie chirurgicale générale, par M. le docteur Berne. 2 vol. gr. in-8 de près de 1700 pages, avec figures dans le texte. Paris, G. Masson. 32 fr.

Des aconits et de l'aconitine, par M. le docteur Laborde et M. H. Duquesnel, lauréats de l'Académie de médecine. Prix Orfila 1878. 1 vol. grand in-8 avec 4 planches chromolithographiées et nombreux graphiques. G. Masson. 15 fr.

Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau, par M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 6 fr.

Formulaire de l'hygiène et de la pathologie de l'appareil dentaire, avec les applications thérapeutiques, par M. le docteur J. Redier. 1 vol. in-18. Paris, G. Masson. 1 fr.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Tome premier : A. — CHLOROFORME. 1 vol. petit in-4 de 900 pages imprimé en 2 colonnes avec 250 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 25 fr.

— Le *Dictionnaire de thérapeutique* sera complet en 2 volumes ; chaque volume est formé par 5 fascicules qui paraissent régulièrement de quatre en quatre mois. — Le 5e fascicule qui complète le Tome premier vient de paraître. Petit in-4 de 190 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

De l'hystérie gastrique, par M. le docteur Deniau. 1 vol. in-8 de 190 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Contribution à l'étude du système veineux, les canaux de sûreté, par M. le docteur Jarjavay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. In-8 de 80 pages avec 15 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Leçons sur la physiologie du système nerveux (sensibilité), professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. Mathias Duval. In-8 de 138 pages, avec 30 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, thérapeutique générale et application de l'électricité à ces malades, par M. le docteur A. Tripier. 1 vol. in-8 de 600 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par M. le docteur A. Corre. 1 vol. in-8 de 600 pages avec 35 tracés de température. Paris, O. Doin. 10 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 19 juillet 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — RÉCOMPENSE NATIONALE A M. PASTEUR. — DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE.

Académie de médecine.

M. Le Roy de Méricourt a développé devant l'Académie les raisons qui lui faisaient voir une grande analogie entre le béribéri et l'affection épidémique observée en Kabylie par M. Proust et décrite par celui-ci à l'avant-dernière séance sous la dénomination de lathyrisme médullaire spasmodique. Grâce au très remarquable et si complet mémoire de M. Le Roy de Méricourt, la question s'est élargie et les bases des recherches ultérieures ont été nettement posées. La discussion n'est d'ailleurs pas achevée et nous comptons y revenir plus tard, avec détails, lorsque les divers orateurs inscrits auront fait connaître leurs opinions.

Au début de la séance, l'Académie s'est adjoint comme membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, à une très forte majorité, M. Lannelongue. Nous saluons avec plaisir le succès du savant et sympathique chirurgien.

Récompense nationale à M. Pasteur.

Dans sa séance du 13 juillet dernier, la Chambre des députés a voté une loi portant à 25000 francs la pension annuelle et viagère accordée à M. Pasteur, depuis le 18 juillet 1874, à titre de récompense nationale et déclarant que cette pension serait reversible en totalité sur sa veuve d'abord et ensuite sur ses enfants.

Tous ceux qui ont suivi ou qui connaissent les découvertes de l'illustre savant, auquel les Académies nationales et étrangères, les municipalités et le gouvernement français ont décerné déjà tant et de si hautes distinctions, applaudiront au vote de cette loi. On ne saurait jamais assez honorer une vie aussi dignement remplie, une carrière aussi laborieuse, des services aussi éminents. Nous n'aurions donc pas songé à faire allusion aux discours qui, à la Chambre des députés, ont précédé un vote presque unanime, s'il n'était nécessaire, pour l'honneur du corps médical, de nous associer aux paroles du rapporteur de la loi du 12 juillet 1883. Répondant à des insinuations et à des réclamations qui n'auraient pas dû trouver d'interprètes devant une Chambre française, M. Paul Bert a déclaré, en excellents termes, que tous les hommes de science seront profondément surpris et affligés de la physionomie qu'a prise un débat qui aurait dû se borner à un vote par acclamation. Ceux qui ont connu, à son foyer de famille, dans cette modeste habitation de la rue d'Ulm, l'honnête homme à qui la France est déjà redevable de tant de richesses, ne pourront qu'applaudir aux paroles de M. Paul Bert et déclarer, avec lui, que la France ne peut marchander sa gratitude au plus illustre, au plus désintéressé de ses savants.

L. L.

De la migraine ophthalmique.

Les troubles oculaires qui accompagnent parfois la migraine ont été signalés par tous les auteurs. Si quelques-uns d'entre eux ne leur ont donné qu'une place bien secondaire dans leur description, d'autres, au contraire, comme Airy, Liveing, Dianoux, se sont spécialement attachés à l'analyse de ces désordres visuels, hémiopie passagère, amaurose fugace, scotome scintillant, etc. Mais tous, sans en excepter Piorry, qui cependant attribuait à l'iris un rôle si considérable, si exagéré, dans la pathogénie de la migraine, tous ne leur accordaient qu'une valeur épisodique dans la crise migraineuse.

L'important mémoire de Galezowski (*Archives générales de médecine*, 1878) est, à vrai dire, le premier exposé didactique de la migraine ophthalmique, envisagée, sous tous ses

aspects, comme une entité morbide distincte. Ce qui, pour lui, la distingue des autres migraines, c'est la localisation du processus sur la portion de la cinquième paire qui fournit des filets vaso-moteurs aux organes centraux et aux expansions périphériques de l'appareil visuel. Cependant, chez les migraineux de l'œil, il signale, pour les reléguer au dernier plan, les troubles sensitifs et moteurs, qui parfois coexistent avec la migraine ophthalmique. Ces phénomènes d'origine cérébrale, étant fugaces comme tous les autres accidents migraineux, n'assombrissent pas, à son dire, le pronostic toujours favorable de l'affection.

Plusieurs récents travaux de l'Ecole de la Salpêtrière ont engagé la question dans une voie nouvelle, en nous donnant des renseignements plus précis sur les symptômes fournis par les appareils de la sensibilité et de la motilité. Un des meilleurs élèves du professeur Charcot, Féré, les décrit avec soin dans son excellent mémoire de la *Revue de médecine* (1881); en outre, il fait voir que, loin d'être toujours transitoires, ils peuvent devenir permanents et survivre aux crises migraineuses. Enfin diverses observations récentes semblent démontrer que parfois la migraine ophthalmique est la première manifestation de maladies inexorables, comme la paralysie générale, comme le tabes dorsal.

Tous ces documents, pour la plupart fournis par le professeur Charcot, ont servi de point de départ à la thèse de Raullet (Paris, 1883), qui traduit fidèlement l'état actuel de la question.

Mais faut-il, comme l'a fait Féré, élargir le cadre de la migraine ophthalmique, et, dans sa définition, donner une place à ces troubles sensitifs et moteurs à côté des éléments essentiels de ce syndrome, hémicrânie et symptômes oculaires? D'autre part, l'autonomie de ce complexus morbide, en dehors des autres migraines, est-elle aussi bien établie que cet auteur le prétend? Deux questions qu'il ne nous sera possible de discuter qu'après avoir esquissé les caractères cliniques essentiels de la migraine ophthalmique en nous plaçant au point de vue de Féré et de Raullet.

I

Envisagé de la sorte, le syndrôme migraine ophthalmique se composerait de trois éléments : troubles oculaires variés, hémicrânie classique avec ses phénomènes sympathiques bien connus, enfin perturbations diverses du mouvement, de la sensibilité et de la parole. Les deux premiers sont à peu près constants; le troisième, au contraire, fort aléatoire.

Dans la grande majorité des cas, ce sont les *troubles visuels* qui ouvrent la scène; et cela d'une manière brutale, sans prodromes. Tantôt c'est une obnubilation passagère de la vue avec sensation de brouillard devant un œil, pouvant aller même jusqu'à la cécité complète; tantôt c'est de l'hémiopie ou un rétrécissement latéral du champ visuel; d'autres fois on observe telle ou telle variété de scotome. D'après M. Galezowski, l'amblyopie migraineuse peut se traduire, soit par un scotome central monoculaire ou binoculaire, soit par le scotome scintillant sous toutes ses formes.

Voici d'ailleurs ses caractères dans le cas le plus habituel. Au début, les malades ont la sensation d'un feu d'artifice, d'une gerbe d'étincelles, d'un globe de feu plus ou moins volumineux. « C'est une roue dentée rouge, blanche ou phosphorescente, qui est animée de vibrations très rapides et en même temps d'un mouvement de rotation incomplète autour de son centre; peu à peu la roue s'élargit, son centre s'obscurcit, et les angles de la roue ressemblent aux angles d'un plan de fortification; à mesure que le cercle s'ouvre et s'élargit, le malade finit par n'en plus voir que la partie externe, sous forme d'une ligne brisée lumineuse dont les angles continuent à trémuler jusqu'à ce que tout disparaisse » (Raullet).

Les phénomènes oculaires n'offrent d'ailleurs pas toujours une physionomie si caractéristique; parfois le scintillement est vague, diffus, comparable à une « ondulation vaporeuse » (Galezowski).

Souvent le malade accuse des douleurs périorbitaires, une sensation de tension, d'endolorissement du globe oculaire. Enfin il est des cas, et ce sont peut-être les plus nombreux, où tout se borne à une photophobie passagère et à du larmoiement.

L'*hémicrânie* succède à ces troubles visuels au bout d'un temps variable, de quelques secondes à une heure et même davantage. Plus souvent que dans les autres variétés de migraine, semble-t-il, elle s'accompagne de sensations vertigineuses; les troubles gastriques, nausées, vomissements, sont également inconstants.

Nous arrivons enfin aux désordres de la parole et aux troubles sensitifs et moteurs qui viennent encore parfois compliquer la scène morbide; ils apparaissent d'habitude en même temps que les phénomènes visuels.

Bien souvent il ne s'agit que d'un simple embarras de la parole; mais d'autres fois c'est de l'aphasie vraie, plus ou moins complète, avec ou sans agraphie, qui effraye d'autant plus le malade que son début est brusque.

Avec ces troubles de la parole coïncident généralement des troubles de la sensibilité ou de la motilité dans le membre supérieur ou dans tout un côté, le droit surtout : fourmillements, engourdissement de la main et du bras, tremblements. Quelquefois ces phénomènes, au lieu de rester limités à un côté, s'étendent à l'autre. Du reste, ils peuvent changer de caractère dans les accès consécutifs sur un même individu.

Plus rares sont les manifestations dans la sphère de la motilité, telles que parésies ou même paralysies complètes affectant la forme monoplégique ou hémiplégique; exceptionnelles enfin les attaques épileptiformes avec perte de connaissance, convulsions uni- ou bilatérales, morsure de la langue, simulant d'une manière plus ou moins complète la crise comitiale.

Est-il nécessaire de dire que tous les phénomènes morbides que nous passons en revue ne sont jamais associés chez le même sujet, que presque toujours l'appareil symptomatique est beaucoup plus simple? La crise se réduit le plus souvent à l'hémicrânie avec hémiopie ou scotome; d'autres fois les troubles visuels existent seuls, si atténués même dans quelques cas que leur véritable nature peut être méconnue.

A côté de ces formes *frustes* se placent les migraines ophthalmiques *dissociées* (Charcot, Féré). Certains malades accusent des troubles visuels périodiques ou à peu près; puis quelques jours après se produit une migraine simple avec nausées ou vomissements. L'acte pathologique semble se faire en deux temps : il arrive parfois, d'après M. Charcot, que les éléments ainsi isolés de la crise se réunissent ultérieurement pour constituer un accès de migraine ophthalmique complet.

La durée de la crise est ordinairement fort courte; si l'hémicrânie persiste pendant plusieurs heures, les autres phénomènes se dissipent d'habitude après un temps beaucoup moindre, de quelques minutes à une heure.

Dans la grande majorité des cas, ces troubles sont transi-

toires, et la crise disparaît sans laisser aucune trace de son passage. Mais à cette règle les exceptions ne manquent pas, comme M. Charcot l'a montré. « Il n'est aucun des symptômes habituels ou associés de la migraine ophthalmique qui ne puisse persister pendant un temps plus ou moins long, ou même s'établir à l'état permanent : l'hémiopie, l'aphasie, les troubles de la sensibilité, les paralysies, après être restés longtemps transitoires, peuvent devenir définitifs ou du moins persister pendant un temps très long » (Féré).

A ce titre déjà, le pronostic de la migraine ophthalmique est loin d'être aussi bénin qu'on le croyait jusqu'à ce jour. Il s'assombrit encore si l'on songe que parfois elle est la première manifestation de maladies nerveuses graves. Dans deux cas, en effet, ceux de M. Charcot (*Leçons sur les maladies nerveuses*, t. III) et de M. Parinaud (*Archives de neurologie*, 1883), la paralysie générale débuta par une crise de cet ordre. Il peut en être de même pour le tabes dorsal : les faits rapportés par Raullet, d'après M. Charcot, en font foi.

Enfin la migraine ophthalmique affecte parfois une étroite parenté avec le mal comitial. A côté de ces crises épileptiformes, qui n'ont des décharges de cette terrible névrose que certaines apparences, il est des cas où les phénomènes convulsifs se présentent avec tous les caractères de l'épilepsie vraie, et d'autres même où accès de migraine ophthalmique et accès épileptiques semblent alterner. On serait donc autorisé à se demander s'il ne faut pas voir parfois, dans cette migraine, une des modalités de l'épilepsie, une variété d'épilepsie larvée.

Citons enfin une intéressante observation de Féré (*Revue de médecine*, mars 1883) concernant un individu qui, après avoir eu une série d'accès de migraine ophthalmique, succomba rapidement au milieu de phénomènes apoplectiques.

Si donc, le plus souvent, le syndrome n'offre rien de véritablement inquiétant, si d'ordinaire les crises s'espacent progressivement pour disparaître d'une manière définitive, ce n'est pas sans quelque réserve qu'un pronostic favorable pourra être porté.

Quant aux données étiologiques, elles manquent de précision. Arthritisme et nervosisme, ce sont, comme pour toutes les variétés de migraine, les seules causes dont l'influence paraisse établie, dans un certain nombre de cas au moins. Et même la coïncidence de l'hystérie ou de l'épilepsie avec la migraine ophthalmique rend souvent le diagnostic délicat, surtout dans les formes frustes.

II

Les documents cliniques ainsi rapidement analysés, nous sommes en mesure de discuter les deux questions que nous nous posions au début de cet article.

Et d'abord la dénomination de migraine ophthalmique attribuée aux cas où les symptômes d'ordre moteur et sensitif dominent la scène morbide n'est-elle pas critiquable au point de vue nosographique? Il y a là, ce semble, un abus de langage qui peut entraîner de regrettables confusions. Ces réserves sont d'autant plus justifiées, qu'il est des observations de crises céphalalgiques à apparence migraineuse, coexistant avec des troubles analogues dans la sphère motrice et sensitive, et cela sans que l'appareil de la vision soit touché. Formes frustes, dira-t-on; mais n'abuse-t-on pas quelque peu de cette dénomination? D'ailleurs, phénomènes oculaires, paralysies du mouvement et de la sensibilité sont probablement, comme nous le verrons, sous la dépendance d'une cause commune, l'anémie cérébrale : pourquoi faire graviter, en quelque sorte, le syndrôme autour des phénomènes oculaires seuls, qui, pour être fréquents, ne sont pas à coup sûr les plus inquiétants?

D'autre part, on est en droit de se demander si toutes les observations qui ont fourni à Féré les éléments de son intéressant travail appartiennent à la même famille morbide, si l'autonomie absolue du syndrôme migraine ophthalmique, tel qu'il l'entend, est au-dessus de toute conteste.

A cet égard, notre religion n'est pas encore éclairée. Côte à côte avec des observations de migraine vraie avec troubles visuels, de migraine ophthalmique au sens strict et topique du mot, nous en trouvons d'autres où l'élément migraineux est moins facile à saisir. Début ou persistance de l'affection à un âge avancé, défaut de toute périodicité, apparition nocturne des accès, voilà autant de caractères qui n'appartiennent pas à la migraine classique, cette névrose aux traits cliniques si tranchés. Ne s'agit-il pas, dans les cas de ce genre, de *fausses* migraines, comme à côté de l'angine de poitrine vraie l'observation clinique nous a appris à connaître des pseudo-angines, et à côté de l'épilepsie vraie des accidents épileptoïdes? Il n'y pas là une simple question de mots : car on sait combien ces distinctions ont d'importance en clinique, particulièrement au point de vue du pronostic.

III

Ces critiques ou plutôt ces réserves de détail ne sauraient nous faire méconnaître l'intérêt pratique des travaux que nous venons d'analyser; ils ont, du reste, une grande portée doctrinale en jetant une vive lumière sur la pathogénie si discutée des accidents migraineux en général.

L'hypothèse d'une anémie partielle du cerveau est, en effet, la seule qui puisse expliquer la production de ces divers phénomènes, et on souscrira volontiers aux conclusions de Féré, que nous transcrivons ici : « On peut donc admettre l'hypothèse d'une excitation du sympathique (Du Bois-Reymond), une anémie momentanée et limitée de la substance cérébrale, qui peut être suivie, dans certains cas, de congestion (Latham). M. Ball (*Encéphale*, 1880), étudiant certains faits d'aphasie transitoire qui nous paraissent avoir quelque analogie avec les faits que nous venons d'étudier, reprend cette hypothèse et admet un phénomène analogue à celui que M. Raynaud a décrit sous le nom d'asphyxie locale causée par un trouble local de la circulation, et qui détermine une anémie des extrémités qui peut aller jusqu'à la gangrène. Cette explication est d'autant plus plausible, qu'elle permettrait de comprendre en même temps la pathogénie des troubles transitoires et des troubles qui deviennent permanents; les premiers seraient sous la dépendance d'une anémie localisée; les seconds auraient leur cause dans une nécrobiose limitée de la même région. Elle tire encore plus de vraisemblance de ce fait que l'asphyxie locale des extrémités peut coïncider avec un rétrécissement des vaisseaux du fond de l'œil, accompagné de troubles visuels d'intensité variable. »

Qu'il nous soit permis, en terminant, de citer à l'appui de cette manière de voir l'observation d'une femme migraineuse chez qui les crises commençaient par la sensation du doigt mort, ou même se bornaient à une syncope locale des doigts avec phénomènes dyspeptiques.

L. DREYFUS-BRISAC.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine légale.

DE L'APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MÉDECINE LÉGALE, par M. P. MÉGNIN.

Il est un cas où le médecin légiste est particulièrement embarrassé : c'est quand on le met en présence d'un cadavre desséché et réduit à l'état de momie et qu'on lui demande de rechercher, si c'est possible, les causes de la mort ou tout au moins l'époque à laquelle elle peut remonter. Ce problème semble insoluble, et cependant M. le professeur Brouardel m'a suggéré l'idée qu'on pourrait peut-être, pour sa solution, tirer des indications de la présence des nombreuses dépouilles que laissent toujours après eux les insectes et les acariens sarcophages dont les nombreuses légions se succèdent avec une régularité remarquable sur un cadavre lorsqu'il n'a pas été enfermé dans un milieu hermétiquement clos.

Les résultats auxquels je suis arrivé, dans plusieurs circonstances déjà, en faisant l'application des connaissances que l'on possède sur la multiplication des insectes et des acariens sarcophages, sur leurs métamorphoses et sur le temps nécessaire à leurs diverses évolutions, — résultats confirmés ensuite par les aveux des inculpés, — m'autorisent à avancer que la médecine légale peut maintenant avoir recours à l'entomologie, dans certaines circonstances, avec autant de certitude qu'à la physiologie et à la pathologie humaine dans d'autres, pour fournir aux tribunaux, dans les questions criminelles, les éléments de jugements pour l'application de la loi.

Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, il est rapidement envahi par une foule d'insectes qui viennent pondre à sa surface et surtout à l'entrée de ses ouvertures naturelles ; les larves sorties des œufs le pénètrent en tous sens pour se nourrir de ses humeurs et activent singulièrement sa décomposition. Ainsi agissent les diptères du groupe des Sarcophagiens et quelques coléoptères, dont les adultes de certaines espèces pénètrent même sous la peau, comme les *Silphes* et les *Histers*. Les larves de diptères, connues sous le nom vulgaire d'*asticots*, et celles des coléoptères suffisent pour absorber à peu près entièrement les humeurs liquides du cadavre et l'amener presque à l'état de squelette, imbibé encore d'acides gras que l'on connaît sous le nom de *gras de cadavre*. C'est à ce moment qu'arrivent les larves de dermestes, qui font disparaître jusqu'aux dernières traces toutes ces matières grasses. L'action des dermestes terminée et le cadavre réduit à l'état de momie, les parties organiques sèches, les tendons, la peau, les parties musculaires épargnées par les précédents insectes, sont attaqués par les anthrènes et les acariens détriticoles des genres *Tyroglyphus* et *Glyciphagus* qui se montrent alors par myriades et font disparaître tout ce qui reste de matières organiques, le remplaçant par une matière pulvérulente qui recouvre les os et qui est entièrement composée de leurs dépouilles, de celles de leurs nymphes hypopiales et de leurs déjections.

C'est en m'appuyant sur ces données, dans plusieurs cas où l'on a bien voulu me nommer expert soit avec M. le professeur Brouardel, soit avec M. le docteur Descoust, et sur la demande de ces messieurs, que je suis arrivé à déterminer, d'une manière assez approximative, l'époque de la mort des sujets soumis à mon examen.

Je vais rapporter trois de ces cas.

PREMIER CAS. — Dans ce cas il s'agit du cadavre d'un jeune garçon de sept à huit ans, trouvé, dans le courant de l'année dernière (1882), dans une caisse à savon et complètement desséché, dans un logement du Gros-Caillou qui avait été habité par une femme de mœurs équivoques et qui répondait au nom de Robert. Je transcris textuellement la partie dont j'avais été chargé dans le rapport d'ensemble fourni à la justice par les deux experts, M. le professeur Brouardel et moi :

« Le cadavre du jeune Robert, desséché et momifié, gît dans une double caisse semblable à celles dans lesquelles les épiciers reçoivent le savon de Marseille, caisse trop courte pour sa taille, ce qui fait que ses jambes sont repliées et croisées dans la position dite *en tailleur*. Le torse est habillé d'une veste de laine et le reste du corps enveloppé d'étoffes, débris d'un vieux jupon et d'un vieux waterproof. Ce qui frappe en développant ces étoffes, qui sont empesées par un liquide gélatineux desséché dont elles ont été imprégnées, c'est la quantité innombrable de coques de *nymphes* ou *chrysalides* de diptères qu'on met à jour : tous les plis en sont remplis et on les y voit rangées côte à côte comme les alvéoles des rayons d'une ruche d'abeilles ; leur nombre peut être évalué à plusieurs milliers et les préparations n° 2, n° 3 et n° 6 (1) en montrent quelques spécimens. L'immense majorité de ces coques sont vides, ce qui indique que les insectes parfaits se sont échappés ; cependant on en trouve quelques-unes encore occupées par des nymphes mortes et même quelques insectes parfaits prêts à sortir, ce qui permet de déterminer à quelle espèce de diptères elles appartiennent ; les plus grandes de ces coques ont été laissées par la *Sarcophaga laticrus* et les plus petites par la *Lucilia cadaverina*. Nous verrons plus loin les enseignements que l'on peut tirer de la présence de ces restes de diptères.

» La momie, débarrassée de ses enveloppes, montre ses téguments collés aux os par suite de la dessiccation et de la disparition presque complète de la substance musculaire qui ne paraît, du reste, avoir jamais été abondante. Ces téguments sont détruits en grande partie, percés d'une foule de trous en écumoire, et remplacés sur une grande étendue par une matière pulvérulente jaunâtre. La plupart des os sont à nu et recouverts de cette même poussière, qui, examinée au microscope, se montre entièrement composée de dépouilles d'acariens de l'espèce *Tyroglyphus longior* et de leurs déjections. Quant aux viscères, ils n'existent plus, remplacés qu'ils sont par une matière noirâtre, grumeleuse, d'une odeur pénétrante de vieille cire. L'intérieur de la boîte crânienne est de même rempli d'une matière grossièrement pulvérulente noirâtre, à reflets micacés produits par des cristaux de cholestérine ou d'autres acides gras. Dans cette matière, et surtout dans celle du cerveau, on voit encore un grand nombre de coques des diptères susnommés, et, en plus, des coques d'insectes d'un autre ordre, de deux grandeurs différentes (préparations n° 9 et n° 10) et ayant les caractères bien connus des dépouilles des dermestes et des anthrènes ; du reste, en cherchant bien, nous finissons par trouver de rares cadavres d'individus adultes de ces genres, dans lesquels on reconnaît le *Dermestes lardarius* et l'*Anthrenus museorum* (préparations n° 7 et n° 9). Ce sont ces insectes et leurs larves qui ont produit les trous en écumoire dont sont percés, en différents sens, les téguments ou les matières organiques desséchées qu'ils recouvrent encore en quelques endroits.

» Une partie du cuir chevelu avec les cheveux y adhérents ayant été mise de côté et examinée, on la trouve farcie de poux énormes et de leurs œufs : chaque cheveu est une véritable brochette de lentes, et les individus adultes de l'espèce *Pediculus capitis* sont d'un développement remarquable. La mort de ces poux est contemporaine, à quelques jours près, de celle du sujet, puisque l'on sait que ces parasites ne pullulent que sur les corps vivants et ne peuvent vivre sur les cadavres.

» Voyons maintenant les enseignements que nous pouvons tirer, relativement au temps qui a dû s'écouler depuis la mort de l'enfant, de la présence des restes de ces différents insectes.

» Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, nous avons vu plus haut qu'il est envahi d'abord par les diptères et leurs larves ou *asticots*, qui absorbent toutes les parties liquides, puis viennent les dermestes et leurs larves qui font disparaître les matières grasses, et enfin les anthrènes et les acariens qui dévorent les parties sèches ou à peu près.

» Dans le cas actuel le cadavre n'était pas tout à fait à l'air libre, mais la caisse qui le renfermait avait les ais assez mal joints pour ne laisser entre eux que des intervalles de 2 millimètres au plus ; voilà pourquoi les gros coléoptères qui attaquent les cadavres et les grosses mouches des genres *Calliphora*, *Sarcophaga* et même *Lucilia* n'ont pu y pénétrer ; deux petites espèces de diptères seulement, la *Sarcophaga laticrus* et la *Lu-*

(1) A notre Rapport était jointe une boîte contenant des préparations entomologiques et des préparations microscopiques de tous les insectes ou débris d'insectes trouvés sur le cadavre.

citia cadaverina, ont réussi à atteindre le cadavre et ce sont leurs innombrables larves, produit de plusieurs générations, qui ont commencé l'œuvre de destruction du cadavre du jeune Robert, et laissé les nombreuses enveloppes de nymphes dont les étoffes sont remplies. Les larves de ces diptères se développent très rapidement (moins d'un mois leur suffit pour arriver à l'état de nymphe et il leur en faut à peu près autant pour arriver à l'état parfait); une génération a donc de six semaines à deux mois d'existence et celles qui suivent augmentent en nombre suivant une progression géométrique croissante, ce qui explique la quantité innombrable de dépouilles qu'elles ont laissées, et cela pendant plusieurs mois. Comme ce n'est que dans la belle saison que ces insectes fonctionnent, lorsque le froid arrive leurs métamorphoses sont arrêtées. Dans les étoffes enveloppant le cadavre toutes les pupes des mouches étaient vides à l'exception de quelques rares exemplaires contenant des nymphes mortes, dont l'évolution n'a pu être arrêtée que par le froid. Nous pouvons conclure de ce fait que les mouches carnassières ont opéré pendant toute une belle saison et qu'à l'arrivée de l'hiver leur œuvre était à peu près terminée.

» Pendant l'hiver il y a eu repos pour les travailleurs de la mort.

» Au retour du printemps, le cadavre, débarrassé des humeurs aqueuses, a été envahi par les dermestes, dont le nombre de dépouilles est assez considérable. On sait que les dermestes restent quatre mois à l'état de larves avant de se transformer en insectes parfaits; l'absorption du gras de cadavre a donc été faite en quatre ou cinq mois. Puis sont venus les anthrènes et les acariens du genre Tyroglyphe. Toute la matière pulvérulente qui recouvre les différentes parties du corps est entièrement composée de dépouilles résultant des mues successives de ces acariens, de leurs cadavres, de ceux de leurs larves hypopiales et de leurs déjections, ainsi que le montrent les préparations n°s 11 et 12. Quelques mois encore ont été nécessaires pour la production de ces nombreuses générations d'acariens (bien qu'ils soient adultes et aptes à se reproduire au bout de huit à quinze jours). Une deuxième saison tout entière a donc été employée par les dermestes, les anthrènes et les acariens.

» Ce sont donc deux belles saisons successives qui se sont passées depuis la mort du jeune Robert, qui, en conséquence, remonte à environ deux ans au minimum. (La mère, arrêtée depuis, a reconnu la vérité de cette appréciation.)

» La constatation de l'existence de myriades de poux dans les cheveux ne nous a servi à rien pour apprécier l'époque approximative de la mort du sujet, mais cette constatation prouve que le malheureux enfant a manqué des soins les plus élémentaires pendant les dernières semaines de son existence, qu'il a été complètement abandonné, et dévoré littéralement par la vermine. »

Deuxième cas. — Le 26 janvier 1883, une ordonnance de M. le juge Guillot, nous chargeait, M. le docteur Descoust et moi, de rechercher, s'il était possible, les causes ou tout au moins l'époque à laquelle remontait la mort d'un enfant nouveau-né qu'on venait de trouver desséché au fond d'un placard, dans une maison du faubourg du Temple.

Je transcris encore ici la partie du rapport dont j'étais spécialement chargé :

« Le cadavre de l'enfant nouveau-né en question se présente avec les téguments et les organes sous-jacents à peu près intacts, quoique presque complètement desséchés, mais encore très odorants; les téguments portent l'impression des linges dans lesquels ce cadavre a été enveloppé et comme ficelé, lesquels linges sont empesés par un liquide gélatineux qui a suinté du cadavre et dont ils ont été imprégnés; ils présentent dans leurs plis quelques coques de nymphes de grands diptères sarcophagiens, mais un beaucoup plus grand nombre de coques de nymphes d'un tout petit diptère dont on retrouve quelques cadavres d'insectes parfaits, ce qui permet de déterminer son espèce : c'est la *Phora aterrima*, petit moucheron noir qui a au plus 3 millimètres de long.

» Le cadavre présente au cou, à gauche, une anfractuosité déchirée, bordée de petits pertuis en trous d'écumoirs communiquant avec l'intérieur du corps et exhalant une forte odeur de vieille cire gâtée; cette anfractuosité paraît être le résultat du travail des larves de mouches et correspond à un point où l'enveloppe en tissu laissait un hiatus par où les insectes sarcophagiens ont pénétré. Dans le voisinage de cette anfractuosité nous trouvons une coque de nymphe d'un grand sarcophagien, probablement la *Calliphora vomitoria*, et des myriades de coques de nymphes de la *Phora aterrima*. Ces coques existent aussi en grand nombre dans les cheveux de l'enfant qui sont très développés, comme ceux de beaucoup d'enfants nouveau-nés.

» Nos recherches sur toute la surface de cette petite momie nous font reconnaître la présence de très rares acariens détriticoles des espèces *Tyroglyphus longior* et *Glyciphagus spinipes*, qui se promènent sur les téguments et n'ont pas encore établi de colonies importantes, car nous ne trouvons aucune trace de leurs cadavres ni de leurs déjections accumulés sous forme de poudre jaune. Nous trouvons aussi dans les cheveux un spécimen vivant, mais unique, d'un petit coléoptère des cadavres, du groupe des *Histérides* et de l'espèce *Saprinus rotundatus*.

» Nos recherches répétées et persistantes ne nous font découvrir aucune autre espèce d'insectes ou de leurs dépouilles, les dermestes et les anthrènes en particulier brillent par leur absence.

» Les renseignements à tirer de nos recherches sont les suivants :

» L'extrême rareté des diptères du groupe des sarcophagiens, indiqué par la petite quantité de leurs dépouilles, montre que l'époque de la mort remonte à une saison où ces insectes sont très rares, comme pendant un hiver doux ou à la fin de l'hiver. L'abondance des *Phora*, qui n'envahissent les matières en décomposition que quand elles sont à moitié desséchées, indique que, quand la belle saison où ils pullulent est arrivée, c'est-à-dire à l'entrée de l'été, la dessiccation du cadavre de l'enfant, déjà très avancée, a continué pendant le reste de la saison sous l'influence de ces diptères.

» Enfin la rareté des acariens, l'absence de dermestes et d'anthrènes qui sont particulièrement des travailleurs de la seconde année, montrent que cette deuxième année n'était pas commencée encore.

» En conséquence nous estimons que la mort de l'enfant dont le cadavre a été soumis à notre examen ne remonte pas à plus d'un an et qu'elle a eu lieu avant le commencement du printemps de l'année 1882. »

La mère de cet enfant, qui était une servante, arrêtée depuis, a avoué qu'il était effectivement mort dans le mois de février de la susdite année.

Troisième cas. — Il s'agit de trois momies de fœtus d'enfants dont deux étaient à terme et le troisième bien avant terme, trouvées enveloppées ensemble, dans un jardin où elles avaient été jetées pendant la nuit, au printemps de cette année 1883.

Nommé expert, avec M. le docteur Descoust, pour examiner ces fœtus, je transcris ci-dessous la partie de mon rapport que je rédigeai le 14 mai 1883 :

« Trois fœtus, dont deux à terme (n°s 166 G et 167 M) et un plus jeune (n° 168 P) entièrement momifiés et desséchés, trouvés enveloppés dans un même linge et dans un jardin où leur présence n'avait pas été constatée la veille, ayant été soumis à notre examen, voici ce que cet examen a produit :

» (N° 166 G). Ce grand fœtus, largement à terme, comme l'indique le développement de ses follicules dentaires et ses longs cheveux noirs, est du sexe féminin; il est desséché, momifié et ne dégage aucune mauvaise odeur, seulement une odeur de vieux livre, de bouquin, de ranci assez faible; il est enveloppé en grande partie d'un linge fin empesé par des liquides cadavériques et albumineux depuis longtemps desséchés; il est parsemé de taches pulvérulentes jaune de soufre produites par un cryptogame (*Isaria citrina*, Robin). Dans les plis du linge existent un grand nombre de coques de nymphes de diptères, la plupart vides, mais dont quelques-unes contiennent encore des nymphes à un état de développement plus ou moins avancé. Le corps du fœtus, débarrassé des linges qui l'enveloppent, se montre couvert *intus* et *extra* d'une poussière roussâtre, dans laquelle nous retrouvons des coques de nymphes semblables à celles des plis du linge et de myriades d'autres nymphes beaucoup plus petites et toutes vides, sauf quelques rares exemplaires qui contiennent encore de petits diptères morts au moment où ils allaient s'envoler et dans lesquels on reconnaît la *Phora aterrima* (Latr.). Dans la même poussière existent aussi, soit libres, soit encore enfermés dans les grandes coques, soit seulement à l'état de rudiments d'ailes ou de portions de cadavres, de nombreux exemplaires d'un diptère dont on ne connaissait pas encore les mœurs à l'état larvaire, la *Cyrtoneura pabulorum*, Rob. D. Enfin nous trouvons encore, toujours dans la poussière rousse, des coques de nymphes remarquables par les cirres simples ou rameux dont elles sont couvertes et qui caractérisent les larves

des *Anthomyia*; on trouve même des débris de ces diptères et surtout des ailes avec les caractères cellulaires du groupe. Enfin, la poussière elle-même est entièrement composée des déjections et des cadavres d'acariens des espèces *Tyroglyphus siro* et *Tyroglyphus longior* et de leurs larves hypopiales. Les cavités splanchniques ne contiennent plus aucun organe; ils sont remplacés par une poussière analogue à celle de la surface du corps et de même composition.

» (N° 167 M). Le second fœtus, un peu moins grand que le précédent, mais paraissant néanmoins aussi être à terme, est enveloppé d'un linge fin de la même qualité que celui du précédent; il est aussi au même degré de dessiccation et, de même, sans odeur cadavérique. Nous trouvons aussi à sa surface quelques coques de diptères et des débris d'insectes parfaits des mêmes espèces que chez le précédent (*Cyrtoneura pabulorum*, *Anthomyia*, *Phora aterrima*), mais en très petit nombre et quelques-unes écrasées par les linges, ce qui semble dû à ce que, après l'invasion des premières mouches et de leurs larves, après un commencement de fermentation putride, une enveloppe de linge plus complète a été appliquée sur le fœtus et a enfermé des larves qui ont été arrêtées dans leur développement et écrasées. Néanmoins, il existe aussi de la poussière sur certaines parties du corps non en contact avec le linge d'enveloppe, et, dans cette poussière plus grossière, on trouve quelques tyroglyphes avec leurs larves hypopiales, mais surtout, et en grand nombre, un acarien très différent, de la famille des Gamasidés, du genre *Trachynotus* et d'une espèce non encore décrite par les aptérologistes et que nous nommerons *Trachynotus cadaverum*.

» (N° 168 P). Le plus petit des trois fœtus, et le moins âgé, car il est tout au plus à mi-terme, est dans le même état de dessiccation que les précédents et ne dégage pas plus d'odeur; mais il était si bien enveloppé de plusieurs doubles du même linge fin, que l'absorption des liquides cadavériques par ces linges a été assez active pour que la dessiccation ait pu s'ensuivre très rapidement — en raison surtout de sa petitesse, — sans que les insectes non plus que les acariens y aient participé, ce qu'ils ne pouvaient, du reste, puisqu'il leur était impossible de pénétrer jusqu'au cadavre. Néanmoins, en raison de l'analogie de l'état de dessiccation, nous estimons que la mort de ce fœtus doit remonter à la même époque ou à la même année que celle des précédents.

» Quelle est cette époque?

» Nous estimons que l'action des grands diptères (*Cyrtoneura*, *Anthomyia*) s'est exercée pendant toute une belle saison; que l'année suivante les *Phora*, qui ne recherchent que les cadavres à moitié desséchés, ont continué et que les acariens ont terminé cette seconde année en brochant sur le tout; mais ceux-ci sont tous morts et paraissent l'être depuis longtemps, ce qui nous autorise à porter à un minimum de trois ans le temps qui s'est écoulé depuis la mort des fœtus les plus grands.

» La connaissance des mœurs et des habitudes des insectes et des acariens dont nous venons de parler nous permet de tirer d'autres inductions. Les diptères des espèces *Cyrtoneura pabulorum* et ceux du genre *Anthomyia* sont entièrement rurales; c'est donc dans une localité rurale ou voisine des champs que les cadavres des fœtus ont été exposés à l'action des insectes. De plus, si le fœtus n° 166 a pu être conservé dans un grenier, comme l'indiquent les espèces acariennes qui ont achevé l'œuvre de dessiccation, le fœtus n° 167, après avoir séjourné un certain temps dans le voisinage du premier, a été réenveloppé de nouveau et transporté au voisinage d'un fumier ou d'un jardin, comme l'indique la présence de l'acarien gamasidé le *Trachynotus*, qui s'en est emparé et qui n'habite jamais l'intérieur des habitations, mais toujours les fumiers ou amas de détritus organiques.

» Quant au plus petit des fœtus, il a pu rester sans inconvénient dans le voisinage du premier, mais nous n'avons aucun indice pour nous renseigner sur le lieu où il a été enfermé.

» En somme l'identité du linge fin qui a enveloppé chacun des trois fœtus à l'origine indique qu'ils l'ont été sans doute par la même main, et qu'ils se sont desséchés dans différents endroits d'une habitation rurale, bien qu'ils aient été trouvés à Paris. »

Je borne ici ce travail, espérant bien que l'avenir me procurera encore des occasions de montrer quels services l'entomologie peut rendre à la médecine légale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

RECHERCHES SUR LA DESTRUCTION ET L'UTILISATION DES CADAVRES DES ANIMAUX MORTS DE MALADIES CONTAGIEUSES ET NOTAMMENT DU CHARBON, par M. *Aimé Girard*. — Le procédé recommandé par l'auteur consiste à dissoudre à froid dans l'acide sulfurique concentré le cadavre de l'animal, pour ensuite utiliser le liquide ainsi obtenu à la production d'un superphosphate de chaux azoté.

« Des moutons morts du charbon et provenant des expériences de M. Pasteur ont été, dit-il, sans dépeçage aucun, couverts encore de leur toison, immergés dans une cuve en bois doublée de plomb, remplie au tiers d'acide sulfurique à 60 degrés; et, dans ces conditions, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, j'ai vu les cadavres de ces animaux disparaître en entier, l'acide baissant en degré, au fur et à mesure que la quantité de matière animale augmentait, mais conservant son énergie dissolvante jusqu'à ce que, de 60 degrés, la densité fût descendue à 43 degrés environ. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Carles* (de Bordeaux) envoie un *pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Lux*, médecin-major à Grenoble, adresse un mémoire manuscrit sur *l'étiologie de la fièvre typhoïde*. (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Maurice Jeannel*, l'article *Septicémie, pyohémie, pourriture d'hôpital*, extrait de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*; 2° de la part de M. le docteur *Charpignon* (d'Orléans), une brochure intitulée : *La Fontaine de l'Étuvée*; 2° au nom de MM. les docteurs *J.-L.* et *A. Reverdin* (de Genève), un mémoire imprimé sur 22 *opérations de goitre*.

M. *Méhu* fait hommage de sa traduction du *Manuel systématique d'analyse chimique volumétrique de F. Sutton*.

M. *Tarnier* présente une note manuscrite de M. le docteur *Léon Dumas* (de Montpellier), sur *la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée*. (Commission : MM. *Tarnier* et *Blot*.)

M. *Larrey* dépose, de la part de M. le docteur *Drouet*, une note manuscrite sur le *Traitement du choléra par le badigeonnage abdominal avec le collodion*.

M. *Villemin* présente un rapport de M. le docteur *Petit* (*René*), sur les *vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées à Zemmorah (Algérie) en 1881. (*Commission de vaccine.*)

M. *Brouardel* offre, au nom de M. le docteur *Vaulair* (de Genève), deux mémoires imprimés ayant pour titres : *De la régénération des nerfs périphériques par le procédé de la suture tubulaire* et *Névrotisation du cartilage osseux dans la suture tubulaire des nerfs*.

ÉLECTION. — Par 54 voix sur 82 votants, M. *Lannelongue* est élu membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. M. Péan obtient 26 voix; M. Terrier, 1; il y a, en outre, 1 bulletin blanc.

LATHYRISME ET BÉRIBÉRI. — L'affection que M. Proust a décrite dans l'avant-dernière séance sous le nom de lathyrisme médullaire spasmodique présente, dit M. *Le Roy de Méricourt*, une analogie frappante avec l'ensemble des accidents qui ont été décrits depuis de longues années sous le nom bizarre de béribéri. Comme cette analogie a été contestée par plusieurs de nos collègues et par quelques organes de la presse médicale, je viens aujourd'hui justifier mon assertion. Les analogies que j'ai relevées entre la description faite par M. Proust des accidents auxquels il donne le nom de lathyrisme et le béribéri à forme paralytique sont : les troubles du mouvement et de la sensibilité affectant surtout les membres inférieurs, survenant chez des sujets soumis depuis longtemps à une mauvaise alimentation et subissant l'action du froid ou de l'humidité dans des régions à température

élevée. Les auteurs s'accordent généralement aujourd'hui à reconnaître, quand il s'agit de béribéri, trois formes : l'une, paralytique, dans laquelle les troubles de la motilité et de la sensibilité existent seuls ou prédominent ; la seconde, hydropique, caractérisée par les accidents dus aux suffusions séreuses ; enfin la troisième, dite mixte, qui réunit, à des degrés plus ou moins prononcés, les accidents des deux premières. C'est de la première de ces formes que M. Le Roy de Méricourt s'occupe dans une communication où il fait connaître très complètement les travaux les plus récents sur ce sujet. Il conclut ainsi : 1° de nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux fort différents, tendent à établir que l'usage alimentaire, dans une large proportion, des graines de plusieurs espèces de lathyrus, pendant un temps assez long, amènent chez l'homme et quelques animaux supérieurs des accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité et de la sensibilité, particulièrement du côté des membres inférieurs, et chez les chevaux le cornage et l'asphyxie ; 2° des circonstances accessoires, telles, surtout, que les variations de température, le refroidissement du corps par la pluie ou le froid humide des nuits, paraissent jouer un rôle important comme causes déterminantes dans la production de ces accidents chez l'homme ; 3° pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangoreuse de ces graines de lathyrus dans l'alimentation, il faudrait : isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir ; instituer des expériences, à l'aide de ce principe, sur des animaux supérieurs, mais surtout soumettre ces animaux à l'usage alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée, les expériences par les injections d'un principe toxique plaçant les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action de graines entières ingérées par la méthode alimentaire ; rechercher enfin, dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de béribéri et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents déterminés par les graines de lathyrus, si ces graines ne font pas partie de l'alimentation.

M. *Lunier* a pris des informations auprès d'un certain nombre de cultivateurs des environs de Paris ; les dangers résultant de l'emploi du lathyrus sont parfaitement connus et ils varient avec l'espèce de lathyrus, ainsi qu'avec le moment où cette plante est introduite dans l'administration. Sous forme d'herbages, tous les lathyrus sont inoffensifs, tandis qu'à l'état de graine il en est des variétés très dangereuses pour telle ou telle espèce d'animaux.

M. *Proust* reconnaît qu'il y a plusieurs espèces de lathyrus ; dans sa communication il en a cité quatre espèces différentes, et il a montré que chacune d'elles avait pu produire les accidents du lathyrisme en divers points du globe, très éloignés les uns des autres. Il est, en effet, d'observation courante, de voir des causes différentes produire des symptômes identiques ; c'est ainsi que le froid produit quelquefois des accidents analogues au tabès dorsal spasmodique ; il peut fort bien produire des accès analogues au béribéri ou au lathyrisme. — Il est des froids assez intenses à Paris, objecte M. *Bouley*, et cependant nous ne voyons pas ici tous les accidents attribués au lathyrisme.

M. *Proust* maintient enfin que le béribéri et le lathyrisme sont bien deux maladies distinctes. Ainsi la paralysie du lathyrisme est, en quelque sorte, descendante, en ce sens qu'après avoir occupé toute la moitié inférieure du corps, elle ne tarde pas à se localiser à certains groupes musculaires de la jambe ; tout autre est la marche des paralysies produites par le béribéri qui suivent une marche ascendante. Quoi qu'il en soit, cette question doit être étudiée à nouveau, en nourrissant directement les animaux avec la gesse chiche. M. Proust se propose de faire connaître ultérieurement à l'Académie les résultats qu'il aura ainsi obtenus.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Ataxie locomotrice et syphilis : M. Desnos (discussion). — Isolement des varioleux : M. Vidal. — Un cas de cancer de l'estomac M. Debove.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Desnos* rappelle l'opinion émise par M. Debove relativement aux lésions de sclérose médullaire qui existeraient dès le début de l'ataxie locomotrice, à la période des douleurs fulgurantes, et qui ne permettraient pas d'espérer la curabilité du *tabes dorsalis;* il déclare d'ailleurs que, pour lui, il n'existe au début, dans un certain nombre de cas, que des lésions congestives justiciables d'une thérapeutique appropriée. Si les assertions de M. Debove expliquent les insuccès, constatés par M. Fournier lui-même, dans le traitement de l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique par la médication spécifique, il existe par contre des observations dans lesquelles la guérison, au moins momentanée, des accidents semble démontrer que les cordons postérieurs de la moelle n'étaient pas le siège de lésions scléreuses irréparables. Il a rapporté une observation de ce genre dans la dernière séance, et a insisté sur l'examen histologique de la moelle, qui n'a révélé que des lésions congestives, à une période avancée de l'ataxie ; la technique des préparations microscopiques pouvant prêter à des objections difficiles à réfuter, il apporte aujourd'hui une preuve clinique d'une incontestable valeur. Au mois de mai dernier, un homme de vingt-quatre ans, surmené par des travaux intellectuels et par des excès vénériens prolongés, entrait à l'hôpital de la Charité ; il avait contracté la syphilis plusieurs années auparavant. Il présentait alors des douleurs constrictives violentes dans les mollets, augmentées par les efforts de la marche, et bientôt accompagnées de douleurs fulgurantes très nettes et d'incoordination des mouvements ; l'occlusion des yeux rendait la marche ou la station verticale presque impossibles ; la sensibilité cutanée, d'ailleurs, était conservée dans ses divers modes. Il s'agissait donc, à coup sûr, d'un ataxique syphilitique ; pensant que l'affection médullaire était sous la dépendance de la syphilis, M. Desnos institua de suite le traitement spécifique (5 centigrammes de protoiodure, 4 à 5 grammes d'iodure de potassium, 4 grammes de bromure). Vers le 18 juin, se produisit une légère amélioration des phénomènes douloureux, et, le 28, la marche était normale et facile ; l'occlusion des yeux n'amenait plus aucun trouble dans les mouvements. Depuis lors, la guérison s'est maintenue. Cette observation semblerait démontrer la curabilité du tabes syphilitique par le traitement spécifique ; mais il faut faire de prudentes réserves, la guérison étant trop récente encore pour pouvoir être regardée comme définitive ; mais elle peut fournir une preuve manifeste de rétrocession des lésions médullaires à une période de l'ataxie confirmée, phénomène incompatible avec l'hypothèse de la sclérose. La disparition complète des troubles fonctionnels ne peut s'expliquer que si l'on admet l'existence de lésions simplement congestives des cordons postérieurs, susceptibles elles-mêmes de disparaître sous l'influence du traitement institué. Il y a tout au moins, dans ce fait, un résultat thérapeutique encourageant et qui autorise à conserver quelque espoir en présence d'un ataxique syphilitique.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que les cas de guérison de l'ataxie locomotrice par le traitement antisyphilitique sont extrêmement rares : Fournier lui-même n'en rapporte que deux ou trois. Il est incontestable que le plus grand nombre des ataxiques sont syphilitiques (environ 85 sur 90) ; mais il existe, au point de vue thérapeutique, une sorte de contradiction remarquable. En effet, le traitement spécifique institué, même dès le début de l'ataxie, ne donne aucun résultat satisfaisant ; les cas rapportés par MM. Desplats et

Desnos sont absolument exceptionnels; il est, au contraire, remarquable de voir avec quelle rapidité et quelle efficacité le même traitement agit dans les cas d'affections syphilitiques des centres nerveux. Pourquoi l'ataxie locomotrice, si elle est de cause syphilitique, n'obéirait-elle pas aux mêmes lois? M. Debove pense que cette anomalie résulte de l'existence de lésions scléreuses indélébiles dès le début de la maladie; cependant il paraît difficile d'admettre qu'un syphilitique ataxique, présentant à peine quelques troubles fonctionnels commençants, soit atteint déjà de lésions profondes irrémédiables.

M. *Debove* pense que l'existence, dans l'ataxie, de lésions purement congestives des cordons postérieurs n'est pas suffisamment démontrée; il n'a jamais observé de faits semblables, et croit qu'il est bien difficile de les concevoir, même théoriquement : il n'existe pas, en effet, de réseau vasculaire spécial aux cordons postérieurs, permettant une localisation exacte de la congestion. En ce qui concerne l'efficacité du traitement, il n'a enregistré que des insuccès; Fournier et Westphall n'ont pas été plus heureux. Or l'observation contradictoire de M. Desnos est susceptible de quelques objections : l'ataxie paraît avoir suivi une marche bien rapide, aiguë, pour ainsi dire, tant à la période d'augment qu'à celle de déclin, ce qui n'est pas dans les allures ordinaires de cette affection. Ne pourrait-on admettre que, à côté de l'ataxie locomotrice vraie, existe un syndrome clinique relevant de la syphilis, simulant cliniquement le tabes, mais offrant des lésions curables, et justiciable du traitement spécifique.

M. *Guyot* croit que la proportion des ataxiques syphilitiques est beaucoup moins élevée que ne l'a dit M. Dujardin-Beaumetz. Pour sa part, il a soigné et attentivement suivi, dans sa clientèle de la ville, deux ataxiques : l'un depuis vingt-cinq ans, l'autre depuis quatorze ans; ces deux malades ne sont nullement entachés de syphilis. Le premier peut être regardé comme un cas de guérison relative, car s'il conserve une certaine incoordination des mouvements, et parfois des crises de hoquet convulsif, il peut néanmoins vaquer à ses occupations journalières.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'est pas, à coup sûr, de l'avis de Fournier, qui prétend que *tous* les ataxiques sont syphilitiques; mais il croit que, dans la majorité des cas, on retrouve la syphilis. Il l'a constatée récemment chez quatre nouveaux ataxiques soumis à son observation. Doit-on voir là une relation de cause à effet? C'est plus probablement une simple coïncidence.

M. *Debove* fait remarquer qu'il est souvent fort difficile de savoir si le malade ataxique a eu la syphilis. D'autre part, il soigne actuellement dans son service deux ataxiques confirmés, chez lesquels l'ataxie a débuté longtemps avant l'apparition de chancres infectants; il n'est donc pas douteux que, chez ces malades, l'ataxie ne pouvait être d'origine syphilitique.

M. *Vidal* a observé, dans sa clientèle, deux ataxiques chez lesquels il est certain qu'il n'existe aucune trace de syphilis. C'est dans la clientèle de la ville, et non à l'hôpital, que l'on peut acquérir la certitude à cet égard.

M. *Martineau* est d'avis qu'on a de beaucoup exagéré l'influence étiologique de la syphilis par rapport à l'ataxie locomotrice; il n'y a, le plus souvent, qu'une simple coïncidence : un syphilitique peut devenir ataxique tout aussi bien qu'un scrofuleux, un arthritique, un tuberculeux. Comme la plupart des malades des hôpitaux ont eu la syphilis, on finirait par admettre, en suivant un raisonnement analogue à celui qui a été émis au sujet de l'ataxie, que toutes les maladies sont d'origine syphilitique! D'ailleurs, l'inutilité du traitement spécifique, dans l'espèce, comparée à son efficacité dans les affections réellement syphilitiques, démontre bien l'indépendance de l'ataxie et de la syphilis.

— M. *Vidal*, au sujet de la discussion sur l'*isolement des varioleux*, rappelle que, dès 1864, on avait formulé une partie des justes réclamations proposées de nouveau aujourd'hui. Il croit, d'ailleurs, que le seul moyen efficace de lutter contre la contagion est l'établissement d'hôpitaux spéciaux, dans lesquels serait mis en vigueur un *règlement* sévère; il pense également qu'il appartient à la Société de discuter un projet de règlement, et de le soumettre à l'administration de l'Assistance publique. En conséquence, il propose de nommer une commission de douze membres, chargée d'élaborer ce projet et de le livrer ensuite à l'approbation de la Société. Cette proposition est adoptée. La commission sera composée de MM. Vallin, Lailler, E. Besnier, Dujardin-Beaumetz, Rathery, Vidal, Tenneson, Brouardel, Colin, Hervieux, Dumontpallier et D'Heilly.

— M. *Debove* donne lecture d'une note sur *un cas de cancer de l'estomac*. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, n'offrant aucun antécédent héréditaire, d'une bonne santé ordinaire, qui fut pris, au mois de novembre dernier, de perte de l'appétit et de dégoût pour la viande, puis éprouva, vers la fin de mai, quelques douleurs épigastriques. Vers le 28 avril, apparurent des vomissements, survenant une demi-heure environ après le repas, composés par les aliments non digérés, mais ne renfermant ni sang, ni matières noires : il n'y eut jamais de melæna. Le malade entra le 2 juin à l'hôpital; il présentait une teinte bronzée, était profondément amaigri, et vomissait incessamment tout ce qu'il ingérait, liquides et solides; il n'y avait aucune douleur, spontanée ou provoquée, à l'épigastre, et l'existence d'une tumeur appréciable, admise par quelques-uns, fut niée par d'autres. Le lavage de l'estomac, le gavage par la sonde furent inutilement essayés; M. Debove injecta dans l'estomac des liquides à zéro, espérant anesthésier par le froid la muqueuse gastrique, et supprimer ainsi le réflexe du vomissement. Ces liquides alimentaires furent tolérés pendant quelques heures (de neuf heures du matin à six heures du soir), mais furent constamment vomis, sans paraître avoir subi de digestion appréciable. On ne constatait aucune dilatation de l'estomac. La mort par inanition semblant imminente, et le diagnostic de cancer laissant quelques doutes dans l'esprit, une consultation eut lieu, et l'on décida de tenter la laparotomie. L'incision abdominale permit de constater un cancer du pylore, avec généralisation à l'épiploon; l'opération ne fut pas poussée plus loin, et l'on sutura la plaie. Le malade mourut le surlendemain. A l'autopsie, on trouva un cancer colloïde indurant tout le pylore, qui admettait encore le doigt indicateur; ce cancer était à peine exulcéré. Le grand épiploon, relevé entre le foie et l'estomac, présentait des noyaux cancéreux; il en existait également sur la face inférieure du diaphragme, et quelques rares granulations derrière le pubis. Rien dans le reste de l'intestin. La laparotomie a été inutile, dans ce cas, à cause de la généralisation cancéreuse; mais on était autorisé à la tenter en présence des anomalies symptomatiques de l'affection et de l'imminence d'une terminaison fatale.

M. *Rendu* fait observer que la perméabilité du pylore est fréquente, alors même qu'il existe des vomissements incoercibles et continuels.

M. *Dujardin-Beaumetz* signale comme remarquable, dans ce cas, l'absence de toute douleur et de dilatation stomacale.

M. *Rendu*. L'absence de dilatation de l'estomac tient précisément à ce que le viscère intolérant ne conservait aucun aliment; si les vomissements n'avaient pas été constants, la dilatation gastrique se serait produite.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

Dr André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Kystes de l'ovaire inclus en partie dans le ligament large.—Lipomes symétriques de la langue. — Présentation d'un malade.

M. *Terrier.* Dans son travail, M. Terrillon a essayé de déterminer la conduite à tenir quand le kyste ovarique est contenu en partie dans le ligament large; il a rapporté trois observations. M. Terrier en a sept sur les soixante-trois ovariotomies qu'il a faites. Quand l'opération reste incomplète, il est bien indifférent que le kyste soit ou non dans le ligament large; M. Terrier ne s'occupera pas des opérations inachevées. Comme sur trois observations M. Terrillon en a deux à opération incomplète, il croit que souvent on ne pourra terminer l'opération. Sur sept opérations, M. Terrier a cinq guérisons, et il a pu terminer toutes ces opérations.

M. Terrier établit plusieurs variétés de kystes ovariques enclavés dans le ligament large. Dans une première variété, il y a un pédicule formé par les vaisseaux utéro-ovariens et ovariens.

Dans une seconde variété, il existe un pédicule interne contenant les vaisseaux utérins et un pédicule externe contenant les vaisseaux ovariens. Le ligament large est un peu dédoublé. On est parfois obligé, dans ce cas, de faire deux pédicules.

Dans une troisième variété, il y a un prolongement du kyste dans le ligament large, où il pénètre plus ou moins; on a encore un pédicule utérin et un pédicule utéro-ovarien.

M. Terrier analyse rapidement les sept observations qui lui appartiennent; ces observations sont antérieures à celles de M. Terrillon. Il faut pratiquer l'énucléation aussi complètement que possible, et éviter les opérations incomplètes.

M. *Pozzi.* Dans un travail publié par MM. Péan et Urdy, le manuel opératoire de ces divers cas est indiqué; il est d'ailleurs connu depuis longtemps en Amérique.

M. *Polaillon.* Dans un grand nombre de cas, il est impossible de diagnostiquer les kystes en partie inclus dans le ligament large des kystes ovariques avec adhérences. L'opération incomplète laisse des productions qui peuvent devenir le point de départ d'une repullulation du kyste ou d'une dégénérescence épithéliomateuse; très rarement, les parties qu'on a laissées s'atrophient, et la guérison complète survient

M. *Lucas-Championnière.* Tous les ovariotomistes ont prévu la présence du kyste dans le ligament large; le procédé opératoire ne diffère pas sensiblement du procédé pour l'ablation des kystes avec adhérences. Il faut enlever le plus qu'on peut. Le diagnostic du siège dans le ligament large ne peut être fait avec certitude. Le drainage sera établi s'il n'est pas possible de faire autrement.

M. *Charles Monod.* En effet, il est souvent impossible de distinguer les kystes enclavés des kystes adhérents. M. Monod a opéré à la Salpêtrière une femme dont le kyste paraissait adhérent partout. Il réséqua la poche, laissa une cavité marsupienne et fit le drainage. Le malade guérit.

— M. *Pozzi* fait un rapport sur une observation de M. Cauchois (de Rouen) : lipome symétrique de la langue chez un tuberculeux.

Un homme de cinquante-trois ans entre à l'hôpital de Rouen pour une tuberculisation pulmonaire; il avait beaucoup de difficulté à parler. On constatait au bras gauche une tumeur gommeuse, et à la face interne des jambes des cicatrices de gommes. M. Pozzi pense qu'il s'agissait de gommes scrofuleuses. La langue était tuméfiée sur chacun des bords libres. Il s'agissait d'un lipome symétrique. M. Cauchois enleva une des tumeurs; la dissection fut laborieuse. Le malade mourut de sa phthisie pulmonaire. L'examen histologique de la langue montra qu'il s'agissait bien de lipomes symétriques.

On peut distinguer à la langue le lipome sous-muqueux, le lipome intermusculaire (Cauchois) et le lipome interfasciculaire (Heurtaux).

— M. *Polaillon* a opéré, il y a un mois, un tuberculeux au dernier degré d'une tumeur blanche du genou très douloureuse; l'amputation de la cuisse fut suivie de réunion immédiate. M. Polaillon présente l'opéré à la Société de chirurgie. Les poumons sont très améliorés.

E. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Respirateur élastique contre l'emphysème pulmonaire: M. Féris.

M. *Féris* (de Brest) présente à la Société un appareil qu'il a inventé pour combattre la dyspnée chez les emphysémateux, et auquel il a donné le nom de *respirateur élastique.* Se basant sur ce principe que la dyspnée, dans l'emphysème pulmonaire, résulte de la perte d'élasticité du parenchyme du poumon ayant pour conséquence forcée la fixation du thorax à une phase plus ou moins prononcée de l'inspiration et l'impossibilité de l'expiration complète, M. Féris s'est proposé de rendre à l'organe, au moyen d'un appareil mécanique, l'élasticité perdue, et d'augmenter, par une pression exercée sur la paroi thoracique, l'excursion expiratoire. Un certain nombre de tentatives dans le même but ont été faites, depuis longtemps, par divers médecins, et le massage du thorax à la main a été préconisé pour faciliter l'expiration et la rendre plus complète; dans tous ces essais on remarque la même préoccupation d'arriver à expulser, par un retrait plus parfait de la cage thoracique, ou une expiration plus facile dans l'air raréfié, la portion du gaz qui reste en permanence dans les alvéoles des emphysémateux et constitue pour ainsi dire un milieu confiné. L'appareil de M. Féris a la plus grande analogie avec un bandage herniaire double, et peut d'ailleurs être remplacé provisoirement, dans les cas d'urgence, par un brayer dont on modifie légèrement la pelote, en plaçant au-dessous d'elle une plaque métallique plus large et soigneusement rembourrée. Il se compose de deux ressorts élastiques, contournés, fixés sur une plaque dorsale par l'une de leurs extrémités, et exerçant au moyen d'une large pelote ovale, située à l'autre extrémité, une compression douce et continue sur les régions sous-claviculaires. C'est, en effet, vers le sommet des poumons et vers leur bord antérieur que l'emphysème est ordinairement le plus marqué, et c'est entre le mamelon et la clavicule que doit s'exercer la pression du respirateur. L'appareil peut, du reste, être facilement porté sous les vêtements sans faire de saillie appréciable, et les malades peuvent ainsi vaquer à leurs occupations journalières sans en suspendre l'emploi. Dès qu'on l'applique chez un emphysémateux, on voit augmenter l'amplitude des excursions thoraciques par une sorte de reprise du jeu de soufflet nécessaire pour produire l'inspiration et l'expiration; il semble que le thorax comprimé et, par suite, ramené à une phase plus prononcée de l'excursion expiratoire, peut dès lors fournir une dilatation inspiratoire plus considérable, et revenir ensuite, grâce à la pression mécanique de l'appareil, à un état voisin de l'expiration normale. Il est d'ailleurs un fait certain, c'est que les nombreux malades sur lesquels il a été expérimenté ont tous éprouvé un soulagement immédiat et considérable de leur dyspnée. Il en a été de même pour les accès d'asthme, qui ont été constamment diminués et parfois même supprimés. Un malade du service de

M. C. Paul, emphysémateux avéré, qui éprouvait, même au repos, une dyspnée marquée, a pu, avec l'appareil, descendre et remonter sans s'arrêter deux étages des escaliers de l'hôpital Lariboisière : il éprouvait après cet exercice violent une dyspnée moindre que celle qui lui était habituelle alors qu'il évitait tout effort. M. Féris cite un certain nombre d'observations semblables et présente des tracés graphiques démontrant d'une façon très nette que les mouvements respiratoires, pendant l'application de l'appareil, acquièrent chez les emphysémateux une amplitude plus grande et une moindre fréquence. Il a procédé également à des expériences de spirométrie, et a enregistré des résultats remarquables; dans un cas, par exemple, soixante respirations faisaient pénétrer dans l'arbre aérien 82 litres d'air, et, lorsque l'appareil était en place, le même nombre de respirations permettait au malade d'introduire dans sa poitrine 140 litres. Dans un autre cas : 13 litres en dix respirations, et, avec l'appareil, 23 litres. — M. Féris a cherché à déterminer quel est le point d'application des pelotes du respirateur qui permet d'obtenir le maximum d'effet de cet appareil; il a constaté que c'est au niveau des deux premiers espaces intercostaux, c'est-à-dire précisément sur le sommet du poumon distendu par l'emphysème. Le bénéfice immédiat que les malades retirent de l'emploi du respirateur élastique semble persister encore quelque temps après qu'ils l'ont enlevé; d'ailleurs, la voussure thoracique diminue et disparaît même complètement par un usage plus ou moins prolongé de cet appareil, auquel les malades s'habituent avec la plus grande facilité. — On avait accusé le massage thoracique de provoquer des hémoptysies; M. Féris n'a rien observé de semblable, et même, dans un cas où il existait auparavant quelques crachements de sang, l'application du respirateur les a fait cesser entièrement.

M. *Campardon* se demande si l'on ne pourrait modifier l'appareil de façon à prendre le point d'appui sur le sternum et à exercer la pression élastique au niveau des bords postérieurs des poumons, assez fréquemment affectés d'emphysème.

M. *C. Paul* croit que si l'on immobilisait l'extrémité antérieure des côtes, leur extrémité postérieure étant fixée à la colonne vertébrale, on augmenterait à coup sûr la dyspnée au lieu de la soulager. — Il a lui-même observé que le meilleur point d'application des pelotes de l'appareil se trouve au niveau des deux premiers espaces intercostaux; il pense, d'ailleurs, que l'on pourrait sans doute obtenir d'aussi bons résultats avec un ressort plus faible, en appliquant la pelote sur une côte inférieure. En effet, il est indispensable que la résistance du ressort à l'expansion thoracique ne soit pas assez marquée pour amener une gêne dans les phénomènes mécaniques de la respiration; or les côtes inférieures représentant un plus long bras de levier, par rapport au mouvement inspiratoire du thorax, il est nécessaire d'agir sur elles avec un ressort moins puissant, tendant seulement à faciliter l'expiration, sans entraver l'inspiration.

M. *Martineau* voudrait remplacer la théorie mécanique, proposée par MM. Féris et C. Paul, par une autre toute différente. Pour lui, les pelotes agissent en comprimant les muscles de la partie supérieure du thorax, en les empêchant de se contracter et, par suite, de dilater la poitrine à son sommet dans un point où la respiration est presque nulle à cause de l'emphysème; elles permettent, dès lors, d'autant mieux aux muscles de la portion inférieure du thorax d'agir, dans une région où les phénomènes respiratoires peuvent avoir une efficacité réelle. Si l'on place les pelotes sur les côtes sous-jacentes, elles s'opposent au jeu des muscles situés à ce niveau, et l'effet de l'appareil est moindre, ou même nuisible.

M. *C. Paul* fait observer que les tracés sont là pour démontrer que M. Martineau commet une double erreur. Chez les emphysémateux, les premiers espaces intercostaux ne sont pas immobiles, et en outre l'appareil appliqué au sommet de la poitrine, non seulement ne les immobilise pas, mais augmente notablement l'amplitude de leur excursion respiratoire. — Il est bien plus rationnel d'admettre que l'état d'inspiration permanent est la caractéristique de l'emphysème pulmonaire, et que la compression exercée par la pelote du respirateur élastique, plaçant le thorax dans un état de dilatation moindre, en favorisant nettement l'expiration, permet au thorax d'exécuter un jeu de soufflet plus ample et plus efficace. D'ailleurs, quelle que soit l'explication que l'on puisse donner de l'action mécanique de l'appareil, il n'en reste pas moins très nettement établi, par les expériences cliniques, que son emploi amène un soulagement immédiat et considérable dans la dyspnée des emphysémateux. M. C. Paul se propose de continuer avec cet appareil une nouvelle série d'expériences; il veut rechercher, par exemple, s'il pourrait, en facilitant les mouvements respiratoires, compenser la raréfaction de l'air dans les lieux élevés, et supprimer ou atténuer la dyspnée que l'on éprouve sur les hautes montagnes.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Le micrococcus dans le pus blennorrhagique,
par M. STERNBERG.

Les conclusions de ces observations sont les suivantes : 1° l'examen histologique de nombreux spécimens de pus blennorrhagique a toujours fait reconnaître la présence de micrococcus spéciaux; 2° on a pu les multiplier par l'introduction de ce pus dans les liquides de culture préalablement stérilisés; 3° le liquide de culture chargé de micrococcus provoquerait la fermentation alcaline d'une urine acide. Cette urine ainsi modifiée aurait tous les caractères du pus gonorrhéique. — Ces micrococcus sont tous analogues au micrococcus de l'urée, observé par Cohn, et qui paraît être l'agent de la fermentation alcaline de l'urine. (*Philadelphiæ Med. News*, 20 janvier 1883.)

Rhabdomyome de la glande parotide,
par M. MITCHELL PRUDDEN.

Sous le nom de rhabdomyomes ou de myomes cellulaires, on a désigné des tumeurs, rares et mal connues dans leur pathogénie. Elles sont formées en grande partie par un tissu analogue aux fibres musculaires striées et se rencontrent dans certains parenchymes : reins, testicules, etc. La tumeur que signale M. Prudden est un nouveau cas de cette maladie, aussi remarquable d'ailleurs par sa structure que par son siège. Cette tumeur était en rapport direct avec la glande parotide qu'elle enveloppait. Elle avait donc les caractères du rhabdomyome et présentait à la fois des anomalies de structure des lobules de la parotide et un siège insolite. (*The American Journ. of the med. sciences*, avril 1883.)

De la valeur « germicide » de certains agents thérapeutiques, par M. STERNBERG.

Dans des expériences sur les micrococcus de la gonorrhée, l'auteur a remarqué que les agents parasiticides de cette affection détruisent les autres micro-organismes même de

espèce. Ces agents étaient le sulfate de fer, le sulfite et l'hyposulfite de soude, l'acide borique.

Leur pouvoir parasiticide varie suivant l'espèce du microorganisme. La résistance de ces derniers est donc l'élément important dont il faut tenir compte dans l'appréciation de cette question. C'est ainsi que la résistance des spores reproductrices est plus grande que celle des bactéries qui se multiplient par scissiparité. Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : La valeur antiseptique de ces agents dépend donc surtout de leur influence pour faire obstacle à la multiplication des bactéries et ne paraît pas en rapport avec leur puissance *germicide*. (*The American Journ. of the med. sciences*, avril 1883.)

De l'éclampsie puerpérale, par M. DONATI.

L'éclampsie ne doit pas être considérée comme l'expression clinique d'un état pathogénique toujours identique. De là les formes suivantes de l'éclampsie puerpérale : 1° l'*éclampsie de cause mécanique*, par compression de l'aorte par l'utérus gravide, donnant lieu à l'hyperhémie et à l'œdème cérébral, avec ou sans albuminurie. Cette forme a pour cause chez les primipares la résistance de la paroi abdominale et chez les multipares les grossesses gémellaires et l'hydramnios; 2° l'*éclampsie réflexe* par troubles vaso-moteurs des vaisseaux de l'encéphale sous l'influence d'une excitation venant des nerfs de l'utérus; 3° l'*éclampsie toxique* ou *dyscrasique*, dans les altérations urémiques, septicémiques ou autres du sang. Ces formes ne sont pas toujours faciles à reconnaître dans la pratique; néanmoins elles ont chacune leurs indications thérapeutiques. Dans la première, les drastiques, les dérivatifs, les saignées déplétives sont indiqués; contre l'éclampsie réflexe on fera usage du chloroforme, de l'éther, de l'opium et du chloral. Dans la forme dyscrasique, les purgatifs ou les diaphorétiques sont utiles suivant les cas. (*Gazzetta med. Ital. prov. Venete*, 30 décembre 1882.)

De la valeur comparative du nitrite d'amyle, de la nitroglycérine et du nitrite de soude dans le traitement de l'angine de poitrine, par M. le docteur HOG.

Chez un homme atteint d'angine de poitrine depuis deux années, on administra le nitrite d'amyle qui produisit une amélioration temporaire des accidents. On fit alors usage du nitrite de soude à la dose de 2 à 5 grammes, mais sans provoquer d'autres effets physiologiques que l'atténuation de la douleur. Par l'usage alternatif du nitrite de soude et de la nitro-glycérine, on a constaté que ce dernier médicament est plus actif que le nitrite d'amyle, mais inférieur cependant au nitrite de soude quant à la durée des résultats obtenus. (*The Practitioner*, mai 1883.)

Recherches sur l'électro-physiologie des nerfs de l'homme, par MM. les docteurs DE WATTEVILLE et WALLER.

Dans cette communication au Congrès annuel de l'Association médicale d'Angleterre (séance du 11 août 1882), les expérimentateurs exposent les résultats suivants de leurs recherches : 1° Quand on soumet un nerf à l'influence « cathodique », on observe une augmentation de l'excitabilité. L'inverse se remarque quand l'influence est « anodique »; 2° avec un courant énergique de polarisation; la « région cathelectronique » empiète sur la région « anelectrotonique »; 3° au moment de l'ouverture d'un courant polarisant, au lieu d'une diminution dans l'excitabilité de la « région anodique » on constate un accroissement de cette excitabilité. L'augmentation dans la « région cathodique » est remplacée par une diminution d'abord bien marquée de l'excitabilité; mais plus tard, cette dernière augmente. (*The Medical Record*, p. 302, 9 septembre 1882.)

De la diminution des globules rouges du sang pendant l'administration de l'iodoforme, par M. le docteur LUDVIG VON HOFFER.

D'expériences faites sur des lapins et d'observations sur des syphilitiques, le docteur Hoffer a pu conclure : 1° Que les lapins perdaient de leur poids et présentaient une diminution des globules rouges sanguins pendant l'emploi à l'intérieur du médicament. Les variations observées correspondent aux alternatives de suppression ou d'administration du médicament; 2° chez les syphilitiques, les injections hypodermiques d'iodoforme étaient suivies d'hypoglobulie. Les accidents spécifiques étaient en même temps atténués par l'usage de ce médicament. (*Wiener med. Woch.*, 15 juillet 1882.)

Des propriétés physiologiques du convallaria maialis, par M. le docteur ISAAC OTT.

Les conclusions du docteur Ott sont les suivantes : 1° Le convallaria augmente la tension artérielle en même temps que le nombre des battements du cœur. La diminution de ces derniers précède l'abaissement de la tension. 2° L'amoindrissement du nombre des pulsations cardiaques n'est pas un phénomène d'inhibition du cœur (*cardio-inhibitory excitation*), mais bien le résultat d'une action directe de l'agent médicamenteux sur le cœur lui-même et vraisemblablement sur ses fibres musculaires. 3° L'augmentation de la tension artérielle est donc le résultat d'une influence exercée sur l'appareil vaso-moteur. 4° Cette substance provoque des spasmes cloniques.

En comparant ces phénomènes à ceux que produit la digitale, on constate que celle-ci agit sur les centres inhibitoires, tandis que le convallaria modifie les propriétés d'autres parties du cœur. Aussi, après la section de la moelle, l'action de la digitale est diminuée tandis que celle du convallaria persiste. Cette substance doit donc prendre une place à part à côté de l'aconit, de l'*Urechites suberecta* et de l'*Astragalus mollissimus*. Elle paraît indiquée dans les hydropisies et devra être employée surtout par les partisans de la théorie de la sécrétion urinaire de Ludwig. (*Archives of medecine*, février 1883.)

Du sulfhydrate de chaux dans les suppurations, par le docteur ANDREW-SMITH.

Ce mémoire est un rapport fait au nom du Comité des médicaments nouveaux de la Société de thérapeutique de New-York. Dans ses conclusions le docteur Smith fait observer que par l'action de ce médicament, la suppuration diminue en durée et en quantité. Cette solution a l'inconvénient de produire de l'irritation stomacale. De là l'emploi du médicament à faibles doses répétées à de courts intervalles, d'un dixième de grain par exemple, de deux heures dans les cas aigus. Quelquefois cependant on a élevé la dose à un grain administré à des intervalles de trois ou quatre heures. Le médicament peut donner lieu à de la céphalalgie et à des éructations gazeuses d'hydrogène sulfuré. (*New-York med. Journ. and obst. Review*, juin 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de l'art des accouchements, par MM. DELORE et LUTAUD. — F. Savy.

Cet ouvrage est clair, d'une lecture facile; il est bien imprimé; il contient un grand nombre de figures bien faites, facilitant l'intelligence du texte. Il comprend : 1re partie : l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme; 2e partie : l'ovologie et l'embryologie; 3e partie : la grossesse et l'accouchement; nous pourrions ajouter les suites de couches normales, non indiquées dans le titre; 4e partie : la dystocie, comprenant les suites pathologiques des couches; 5e partie : la thérapeutique opératoire; 6e partie : l'hygiène obstétricale; 7e partie : la médecine légale obstétricale.

Ce *Traité* est donc le plus étendu que nous possédions, puisque, dans les ouvrages classiques les plus répandus, les suites pathologiques des couches ou la médecine légale obstétricale sont souvent omises. Il comprend 552 pages d'un texte assez gros; la plupart des chapitres n'y sont que résumés d'une façon trop succincte. Néanmoins on y consultera avec intérêt ce qui a rapport à l'anatomie macroscopique du placenta, à la superfétation, aux rétrécissements du bassin, au mode d'action du forceps, à la comparaison du forceps et de la version. On y trouvera indiquée la pratique des accoucheurs lyonnais, qui diffère sur un assez grand nombre de points des maximes qui ont le plus souvent prévalu dans les conseils donnés dans les livres des accoucheurs parisiens. Les questions de bibliographie y sont nulles, et les travaux les plus récents n'y sont pas pris en suffisante considération. Ce point défectueux est surtout sensible pour ce qui regarde l'ovologie et l'embryologie, où l'autorité de Joulin remplace trop souvent celle de Coste, de Robin, de Waldeyer, de His, d'Ercolani, de Kölliker, etc. Cet ouvrage, par sa lucidité, ne se recommande pas moins à l'attention des étudiants qui veulent avoir des renseignements précis, clairs et courts sur l'obstétrique.

Traité pratique des accouchements, par M. CHARPENTIER. J.-B. Baillière et fils.

L'ouvrage de M. Charpentier est sept fois plus volumineux que le précédent, et cependant il ne comprend pas l'hygiène, ni la pathologie du nouveau-né, ni la médecine légale obstétricale, auxquelles MM. Delore et Lutaud ont consacré une partie importante de leur *Traité*. Le développement du fœtus y est un peu écourté.

Le plan suivi par M. Charpentier est bien conçu. Dans le premier volume, le livre I comprend l'anatomie des organes qui servent à la génération; le livre II, les phénomènes physiologiques; le livre III, les phénomènes de la grossesse; le livre IV, l'accouchement; le livre V, la pathologie de la grossesse. Dans le second volume, le livre VI comprend la dystocie; le livre VII, les opérations obstétricales; le livre VIII, les suites pathologiques de couches. MM. Delore et Lutaud rangent les suites de couches soit dans le chapitre de l'accouchement pour les suites physiologiques, soit dans la dystocie pour les suites pathologiques. M. Charpentier a bien fait de consacrer à la pathologie si spéciale des couches un chapitre particulier, qui fixe davantage l'attention du lecteur. Il est plus difficile de déterminer avec précision le champ de la pathologie de la grossesse et celui de la dystocie. La définition précise qui doit les circonscrire est encore à trouver; mais cette division ne doit pas moins persister, et, si l'on compare le cadre de la pathologie de la grossesse et celui de la dystocie dans le traité classique et si répandu de Cazeaux d'une part, et dans celui de M. Charpentier d'autre part, on voit que ce dernier auteur a accepté des modifications importantes dans le classement de ses chapitres, modifications qui nous paraissent beaucoup plus satisfaisantes pour l'esprit et plus logiques.

La qualité maîtresse de cet ouvrage est l'exposition des travaux les plus importants et les plus récents parus tant en France qu'à l'étranger sur l'obstétrique. Il nous donne l'état actuel de la science, et nous fournit des renseignements bibliographiques aussi nombreux qu'importants. Il est indispensable pour mettre au courant de certaines questions et pour faciliter les recherches. Nous ne connaissons pas d'ouvrage qui nous offre au même degré cet avantage. Le livre de M. Charpentier est supérieur aux livres allemands, où on soigne cependant d'une façon toute particulière les questions bibliographiques. Sa méthode d'exposition est toutefois dangereuse dans un livre destiné aux étudiants, aux novices, car s'il constitue une ressource précieuse pour tous ceux qui voudront faire des recherches et en trouveraient difficilement ailleurs les éléments, elle exige du lecteur des connaissances préliminaires. M. Charpentier a bien senti l'écueil où il se heurtait, et il a tourné la difficulté en adoptant deux textes. En gros texte, il indique les faits les plus importants, ceux qu'il est indispensable de connaître, les conclusions qu'il adopte, la pratique qu'il préconise : c'est, à proprement parler, le traité pratique qu'annonce le titre de l'ouvrage. En petit texte, il donne le résumé des principaux et des plus importants mémoires; il les range habituellement suivant leur ordre chronologique. Pas toujours cependant. Pour n'en relever qu'une exception, je signalerai une question dont nous maintenons les résultats, celle qui a trait à la valeur des pesées, pour juger l'importance des différents modes de ligature du cordon. M. Charpentier nous oppose les pesées contradictoires de M. Ribémont. Il ne nous appartient pas de recommencer ici une polémique qui a été vive; nous signalerons seulement que nous avons répondu aux objections de M. Ribémont dans une note parue dans les *Annales de gynécologie* en juin 1879, p. 431.

M. Bouchacourt, dans son article COUCHES du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, attribue à M. Stoltz la première mention du ralentissement du pouls pendant les couches. M. Charpentier admet aussi que M. Stoltz a précédé M. Blot dans cette découverte. Nous ne savons pas où M. Stoltz a publié le travail concernant ce point. Les publications qui assurent jusqu'à plus ample informé la priorité à M. Blot sont les suivantes : *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral*, in *Bull. Académie de médecine*, 28 juillet 1863, t. XXVIII, p. 925, et *Archives générales de médecine*, 6e série, t. 1, p. 561, 1864.

Nous devons signaler à l'attention les chapitres ayant quelque rapport avec les recherches de l'auteur : l'albuminurie, les hémorrhagies puerpérales, l'éclampsie, les paralysies puerpérales, les grossesses extra-utérines. Dans aucun autre ouvrage, nous ne trouverons des détails aussi circonstanciés sur les nouveaux instruments, sur les forceps, par exemple; sur les nouvelles méthodes de traitement, l'opération de Porro, entre autres. Quelques-uns des chapitres de cet ouvrage ont même la valeur de monographies. On y trouvera les discussions les plus récentes sur les indications et les contre-indications de l'application du forceps et de la version, sur le parallèle de ces opérations. Et cependant, à ce sujet, le lecteur aura de la peine à dégager une conclusion nette; il semble que M. Charpentier soit séduit par les nombreux arguments qui ont été donnés récemment en faveur de la version, et qu'il ne puisse se résoudre à abandonner définitivement les vieilles doctrines françaises.

Il nous est impossible de signaler les nombreux chapitres qu'on doit consulter de préférence dans cet ouvrage, ni de relever les nombreuses qualités de l'œuvre. Mentionnons cependant les chapitres concernant l'histologie des organes génitaux et les premières modifications de l'œuf. Les recherches

de Valdeyer, d'Ercolani, de His, de Balfour et Semper, de Fol, de Selenka, de Balbiani, de Friedländer, de Langhans, de Léopold, de Mathias Duval, et j'en passe des meilleurs, y sont largement mises à contribution. Les chapitres ayant trait à la physiologie y sont aussi importants. Mais il ne nous semble pas que M. Charpentier ait envisagé les fonctions du placenta dans toute leur étendue. Il le considère bien comme un organe complémentaire du foie en montrant que la matière glycogène qu'on y trouve y est en quantité d'autant moindre que le foie du fœtus est plus développé. Il admet que le placenta est bien l'organe de la respiration du fœtus. Mais c'est de plus un organe d'absorption et d'*élimination*. C'est à lui qu'est dévolu le rôle du rein, dont les fonctions pendant la vie intra-utérine sont, pour ainsi dire, latentes et ne sont éveillées que sous des influences anormales. Ce point, qu'on l'adopte ou qu'on le repousse, ne me paraît pas avoir suffisamment fixé l'attention de l'auteur. Le passage des substances liquides et gazeuses à travers le placenta est démontré; le passage des matières solides semble résulter des recherches de Fehling sur la pénétration de la graisse dans le sang fœtal, des belles expériences de M. Straus sur le passage des micrococcus de la mère au fœtus. La variole n'est-elle pas transmissible de la mère au fœtus et inversement? On peut encore donner des preuves directes du rôle du placenta comme organe d'élimination, comme organe complémentaire du rein. On ne trouve *jamais* dans le liquide amniotique trace des médicaments qui passent certainement à travers le placenta, ni dans l'urine d'un fœtus mort pendant le travail. La réaction de ces médicaments est toujours plus faible dans la première urine rendue par le fœtus que dans l'urine rendue ultérieurement. Vouloir dire que le fœtus n'urine pas ou ne peut pas uriner, ce serait évidemment aller trop loin et tirer de ces expériences des conclusions qu'elles ne comportent pas. Mais on peut au moins en conclure logiquement et absolument que, si le fœtus urine, ses fonctions rénales ne sont pas comparables à ce qu'elles devront être dans la vie extra-utérine. D'ailleurs, si l'on injecte de l'iodure de potassium ou du prussiate jaune sous la peau d'un nouveau-né, on reconnaît que l'élimination de ces substances par les reins, lente dans les premiers jours de la vie, deviendra au bout de quelque temps beaucoup plus rapide. Ceci ne démontre-t-il pas l'accommodation du rein à ses nouvelles fonctions? Et on pourrait encore en fournir d'autres preuves.

Quoi qu'il en soit de ces objections, peu importantes d'ailleurs, le livre de M. Charpentier, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue pratique, n'en est pas moins le livre le plus au courant de la science que nous possédions; il en reflète fidèlement l'état actuel. L'auteur a rendu un service signalé en le publiant.

Porak.

Index bibliographique.

Étude expérimentale et clinique sur la transformation ammoniacale des urines, spécialement dans les maladies des voies urinaires (ammoniurie), par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux (Mémoire couronné par la commission du prix Civiale 1882). — Paris, 1883. A. Coccoz.

Dans cet important travail, l'auteur passe en revue les diverses opinions émises au sujet de la cause prochaine de la transformation ammoniacale de l'urine : pour Pasteur et Van Tieghem, cette fermentation est due à un champignon de la famille des torulacées (torule ammoniacale), qui peut agir, soit sur l'urine en dehors de l'organisme, soit sur l'urine contenue dans la vessie, lorsque les instruments de cathétérisme l'ont introduit dans les voies urinaires. Pour le professeur Guyon, la cystite serait l'unique cause de l'ammoniurie. M. Guiard se montre éclectique, et regarde l'union des deux facteurs, microbe et cystite, comme indispensable pour la production d'une ammoniurie durable; la cystite prépare le milieu, le microbe détermine la fermentation. Cette proposition, d'ailleurs, se trouve appuyée sur les résultats de l'observation clinique et des recherches expérimentales. L'ammoniurie par elle-même n'entraîne pas de conséquences graves; elle n'est pas la cause des abcès urineux, de la cystite, de la néphrite, ni même des accidents généraux désignés sous le nom d'*ammoniémie*, et que l'on rangerait plus justement dans la septicémie; cependant l'état ammoniacal de l'urine aggrave le pronostic de l'infiltration urineuse, et favorise la production des calculs phosphatiques. L'ammoniurie doit donc être regardée comme une indication des opérations réclamées par les lésions des organes génito-urinaires, d'où dépend l'état ammoniacal de l'urine; les contre-indications véritables sont la gravité de ces lésions et surtout leur localisation rénale. Le traitement de l'ammoniurie sera celui des diverses affections des voies urinaires, dont elle témoigne; les injections boratées dans la vessie représentent un des meilleurs agents thérapeutiques de la cystite.

Purpuras hémorrhagiques (*Essai de nosographie générale*), par le docteur A. Mathieu, interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. Alex. Coccoz.

Le purpura hémorrhagique n'est pas une entité morbide, c'est un complexus symptomatique qui ressortit à des états pathologiques très différents les uns des autres.

Déterminer cliniquement quelques-uns de ces états généraux, aigus ou diathésiques, tel a été le but de l'auteur. Il s'est abstenu, d'ailleurs, de faire appel aux notions anatomo-pathologiques ou chimiques, qui sont encore trop incomplètes pour être, dans l'espèce, d'une bien grande utilité. D'une façon générale, au point de vue clinique, on peut distinguer des purpuras *de cause générale* et *de cause locale*. Les premiers peuvent être attribués à l'hémophilie, à la maladie de Werlhof, au scorbut, aux cachexies diverses, aux grandes commotions nerveuses, aux infections et aux intoxications. Les seconds se rencontrent dans certaines altérations vasculaires plus ou moins généralisées, dans des affections nerveuses localisées, ou enfin comme complication de certaines éruptions ou inflammations cutanées. L'auteur se propose d'insister seulement sur certains de ces purpuras : la maladie de Werlhof, le scorbut sporadique, le purpura rhumatoïde, les purpuras d'origine nerveuse et infectieuse. Cette étude est précédée d'une description d'ensemble des manifestations cutanées, qui donnent aux groupes morbides en question leur caractère général et justifient leur dénomination commune. Deux tendances sont manifestes dans ces éruptions : la tendance aux congestions, aux poussées érythémateuses et œdémateuses, si évidentes dans les purpuras rhumatoïdes (purpuras sthéniques); la tendance aux suffusions ecchymotiques, étalées, passives, habituelle dans la maladie de Werlhof, et les purpuras infectieux (purpuras asthéniques).

Les sièges, les pupitres, les méthodes d'écriture, par le docteur E. Dally. — Paris, 1883. L. Cerf.

Les positions variées et vicieuses que prennent les enfants pendant les exercices de lecture ou d'écriture qu'exigent les études scolaires ont, le plus souvent, pour résultat des déformations plus ou moins marquées du tronc, principalement chez les jeunes filles. Il est possible de remédier en grande partie à cet inconvénient grave en appliquant certaines règles, posées par l'auteur, relativement à l'attitude *normale* pendant les classes. Il faut que le poids du corps soit également réparti sur les deux supports fessiers et sur les deux coudes. Le siège, muni d'un dossier ne dépassant pas le milieu du dos, devra se trouver à une hauteur du sol égale à celle de la jambe, mesurée au-dessus de la rotule. Le plan de la table sera incliné de 20 degrés, et le bord du pupitre se trouvera à un niveau correspondant à 3 centimètres environ au-dessous de l'appendice xyphoïde; à ce pupitre seront annexés deux accoudoirs latéraux. Mais, avec le meilleur mobilier scolaire, l'enfant peut encore prendre une attitude défectueuse si la méthode d'écriture est mauvaise. M. Dally désirerait voir adopter l'écriture droite à pleins verticaux; il préférerait même l'écriture *à l'orientale*, de droite à gauche. Si l'on conserve l'écriture anglaise, il faut incliner le papier de façon que les traits penchés de cette écriture soient perpendiculaires aux bords de la table. Le système le plus déplorable est celui des bancs élevés, sans pupitres, adopté dans presque tous les amphithéâtres des cours d'enseignement supérieur. M. Dally est d'avis que la durée de chaque classe, pour les enfants, ne devrait pas excéder cinquante minutes.

FRAGMENTS D'OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE, par le docteur S. BAUDRY (de Lille). — Paris, 1883, O. Berthier.

Cette brochure comprend la description et l'étude de la blépharite, du granulôme palpébral, de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, de la conjonctivite granuleuse et de la kératite vasculaire d'origine granuleuse. Nous signalerons particulièrement le chapitre qui traite de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, affection grave et fréquente, à laquelle est dû le tiers des cas de cécité, et qui, bien soignée dès le début, guérit presque à coup sûr. On conçoit de quelle importance doit être le traitement prophylactique, puisque cette conjonctivite reconnaît pour cause l'inoculation directe au niveau des parties génitales maternelles, et qu'elle est éminemment contagieuse. Elle réclame d'ailleurs un traitement curatif énergique : cautérisation matin et soir de la conjonctive avec un pinceau trempé dans la solution de nitrate d'argent au 1/40; lavages antiseptiques (solutions chlorurées, boratées ou phéniquées); et, dans le cas de chémosis intense, emploi modéré des scarifications.

L'auteur, qui a accordé une large part à la thérapeutique, étudie, en outre, avec soin, le traitement de la conjonctivite granuleuse, et du pannus consécutif, par les lotions avec l'infusion des graines du *jéquirity*, et par l'inoculation du pus blennorrhagique.

DE L'USAGE INTERNE DE LA GLYCÉRINE ET DE SES EFFETS THÉRAPEUTIQUES, par le docteur Ch. TISNÉ. — Thèse de Paris, 1882. Alex. Coccoz.

La glycérine, introduite dans les voies digestives à dose thérapeutique, est absorbée sans offenser la muqueuse, et produit une légère excitation des tuniques musculaires capable de combattre la constipation; elle ne provoque d'ailleurs aucun accident toxique. D'après ses expériences cliniques, et en particulier d'après l'analyse des urines, M. Tisné attribue à la glycérine une action évidente sur la nutrition; elle amène chez les cachectiques une augmentation de poids rapide, et modifie ou atténue divers symptômes, tels que l'inappétence, la diarrhée et les sueurs. Son action sur le foie se manifeste par l'augmentation du volume du viscère et par l'abondance de la sécrétion biliaire; de même, son influence sur la fonction rénale se traduit par une diurèse assez marquée et par une élimination plus considérable de l'urée, des chlorures et des phosphates : résultat qui semble être en désaccord avec celui des recherches de M. Catillon sur le même sujet. Elle atténue d'une façon notable l'alcalinité et la purulence des urines chez les malades atteints d'affections diverses des voies urinaires.

VARIÉTÉS

Le choléra.

Si le nombre des décès signalés journellement par le télégraphe est moindre à Damiette qu'il ne l'était au début de l'épidémie, cela tient à ce que, sur une population de 34 000 habitants, on n'en compte plus que 8000 à peine. Il en est mort près de 2000 (1 sur 17 habitants!). Les autres ont fui. Aussi l'épidémie s'étend-elle rapidement. Voici le Caire atteint. Douze décès cholériques y ont été officiellement constatés le 16. Dès le 14, on signalait des décès suspects à Boulacq et à Ghizeh. Partout les mesures sanitaires sont insuffisantes. Alexandrie ne peut plus être préservée. Nous reproduisons ci-dessous une correspondance de Londres qui résume les débats qui ont eu lieu au Parlement anglais. On y remarquera que, contrairement à ce qui est affirmé par tous les hygiénistes, les membres du gouvernement anglais persistent à nier l'efficacité des quarantaines. Sir Charles Dilke a même soutenu que la conférence de Vienne les avait condamnées, ce qui est inexact. Sans doute l'Angleterre envoie en Egypte un médecin éminent, M. Hunter et elle va lui adjoindre douze médecins réclamés par le gouvernement égyptien. Mais ce médecin général et ses assistants auront-ils les moyens nécessaires pour arrêter la propagation de l'épidémie et organiser les secours qui partout font défaut? Il est permis d'en douter. Aussi répéterons-nous ici ce que nous avons écrit dans le journal *le Temps*. Les mesures internationales ayant été impuissantes, en raison du mauvais vouloir de l'Angleterre, il reste aux puissances continentales la ressource de prendre des mesures régionales rigoureuses. Déjà l'Espagne impose une quarantaine à tous les vaisseaux venant des ports anglais. Il serait à souhaiter que la France, l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie suivissent cet exemple. Les plus sévères précautions sont nécessaires si l'on veut échapper au danger d'une nouvelle épidémie. De leur côté, les Sociétés et Conseils d'hygiène indiquent les mesures de prophylaxie individuelle à recommander en cas d'épidémie cholérique. Les journaux politiques ont reçu communication de l'instruction publiée par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Nous nous réservons de consacrer un article spécial à ces questions de prophylaxie qui sont trop connues de nos lecteurs pour que nous pensions devoir reproduire *in extenso* cette instruction populaire.

Voici le résumé des discussions soulevées devant le Parlement anglais à propos du choléra :

SÉANCE DU MARDI 10 JUILLET 1883

Lord Folkestone demande au président du *Local government Board* quelles précautions le gouvernement se propose de prendre pour empêcher l'importation du choléra, soit par les vaisseaux portant la malle des Indes, soit par tout autre navire touchant en Angleterre, après avoir traversé le canal de Suez ou quitté un port égyptien.

Lord Folkestone demande aussi ce qu'il faut penser de la note suivante parue dans le *Daily Telegraph* et autres journaux du matin : « que, par suite de la quarantaine imposée en Europe sur tous les vaisseaux arrivant d'Orient, les voyageurs étrangers, pour se soustraire à cette quarantaine, avaient l'intention de rentrer chez eux, vià Angleterre. »

M. Maclivor fait ensuite observer que le steamer *Ganges* est en route pour Plymouth. A ce propos, il désirerait connaître les précautions adoptées dans ce port pour le débarquement des passagers et savoir si l'officier de santé de la douane examinera les voyageurs avant de les laisser quitter le navire.

Sir C. Dilke répond d'abord à M. Maclivor.

L'examen médical de ces passagers dépend uniquement de l'officier de santé de la douane. Lui seul tranchera la question.

Mais comme ce navire était dernièrement à Trieste où il n'y a aucun cas de choléra, comme d'autre part la traversée de ce dernier port à Plymouth est longue, il est à présumer que l'officier de santé déclarera que l'entrée de ce vaisseau est sans danger pour le pays.

Si la Chambre veut bien m'y autoriser, ajoute sir C. Dilke, je ferai de l'interpellation de lord Folkestone une question plus générale, et je pense pouvoir ainsi y répondre d'une façon plus satisfaisante pour l'Assemblée.

En consultant le huitième rapport annuel de M. Simon (officier de santé du Conseil privé), ainsi que celui de l'année 1879, lord Folkestone y trouverait une étude complète de la question et pourrait par ces documents juger de la valeur de la quarantaine. M. Simon a démontré qu'une quarantaine n'est presque jamais efficace et qu'elle trouble toujours d'une façon irrationnelle les relations commerciales. Une quarantaine mettant à l'abri de tout danger, dit-il, est plus facile à imaginer qu'à réaliser. Pour qu'une quarantaine fût efficace, il ne faudrait pas seulement se contenter d'empêcher le débarquement des personnes contaminées, mais, et cette pratique est indispensable, il faudrait encore retenir à bord équipages et passagers, jusqu'à ce que la période d'incubation de la maladie fût complètement écoulée. Les résultats donnés par la quarantaine, en 1832 et 1833, ne sont pas très encourageants, et en consultant les rapports de cette époque on n'éprouve pas l'impérieux besoin d'en recommencer l'expérience. En Angleterre, cette pratique de la quarantaine est devenue de plus en plus surannée. J'ose même dire que son mode d'application n'a jamais été rempli à la lettre et qu'elle est abandonnée depuis déjà longtemps. Les autorités médicales de ce pays la regardent comme illusoire. D'ailleurs les insuccès de ce système prouvent que sa pratique est irrationnelle et qu'elle ne justifie pas, par ses mérites, les frais et les vexations qu'elle entraîne. L'Angleterre a donc depuis longtemps abandonné un système impuissant à empêcher l'invasion du choléra et elle a maintenant dans sa manière de faire l'assentiment de presque toutes les nations européennes (Conférence de Vienne de 1874). Dans tous nos ports, le système de l'*Inspection médicale* a maintenant remplacé la pratique surannée de la quarantaine.

Le *modus faciendi* de l'Inspection médicale est exposé tout au long dans un acte du *Local government Board*. Il consiste, en termes généraux, dans la détention des navires dans des endroits indiqués, dans l'inspection des vaisseaux et l'examen médical de toutes les personnes à bord, dans le transport dans un hôpital flottant de tout individu présentant des symptômes de choléra,

dans la destruction des vêtements et des objets de literie des malades, enfin dans la purification complète et totale du navire et de sa cargaison. C'est ainsi que, depuis 1873 nous sommes ici en mesure de résister à toute invasion du choléra.

Pouvons-nous aujourd'hui suspecter les steamers portant la malle des Indes, qui passent, il est vrai, par le canal de Suez, mais qui ne touchent à aucun port? Il n'y a pas la moindre raison pour cela. Nous considérons même comme sans danger les steamers venant directement d'Alexandrie, d'où on a rapporté un cas de choléra, pourvu toutefois que pendant la traversée qui est longue il n'y ait eu rien de suspect à bord.

En réponse à l'interpellation de M. O'Donnel sur l'existence du choléra aux Indes et en Egypte, lord E. Fitzmaurice dit : Il n'est pas vrai qu'il y ait eu, en mai dernier, à Bombay et dans son voisinage plusieurs centaines de décès par semaine consécutifs au choléra. Ainsi, à la réunion de la Commission sanitaire égyptienne du 14 mai dernier, on a décidé d'imposer une quarantaine sur tous les navires venant de Bombay. Mais le délégué anglais a protesté contre cette mesure, en s'appuyant sur ce que les officiers de santé de Bombay avaient déclaré que le choléra n'était pas épidémique et que les centaines de décès se réduisaient en somme à 28 par semaine. En cette occasion, M. Miéville a agi d'après ses renseignements personnels et non d'après les instructions de lord Granville. Cet ordre de la Commission sanitaire a eu force de loi jusqu'au 27 juin, et c'est le 22 qu'a eu lieu la première apparition du choléra ; il a été levé sans aucune intervention de la part du gouvernement anglais. Le 16 juin, on a reçu, par le consul général des Pays-Bas à Alexandrie, la nouvelle que le choléra régnait épidémiquement depuis le 14 à Padang (Sumatra). Le même jour, les règlements de la Commission sanitaire ont été mis en vigueur et la quarantaine appliquée à tous les navires venant de cette localité. Nous n'avons reçu aucune information concernant l'existence du choléra à Java. Mais nous savons que, par suite de l'épidémie de Padang, la Commission sanitaire de Constantinople a imposé une quarantaine sur les pèlerins allant de Java en Arabie. En Egypte, continue lord E. Fitzmaurice, il est malheureusement vrai que le choléra a éclaté à Menzaleh. Je n'ai pas entendu dire qu'il y ait eu des cas à Tantah. On ne sait pas si l'épidémie de Menzaleh et des autres localités a pour cause l'émigration des habitants de Damiette. Mais le rapport de M. Miéville nous renseignera à ce sujet. Ce document est en route, et aussitôt reçu nous le communiquerons au Parlement. Ismaïl Hamdy Pacha n'a pas encore notifié à notre gouvernement si les autorités égyptiennes avaient en leur pouvoir tous les moyens de faire face aux exigences de la situation. Je ne connais pas non plus le nombre des personnes amenées des environs de Mex et enfermées dans cette localité. Il est probable que le rapport de M. Miéville contiendra tous ces détails. Notre gouvernement ne conseillera pas de rappeler les troupes égyptiennes occupées dans le Soudan, et l'armée anglaise d'occupation ne servira pas à former un cordon sanitaire dont l'efficacité n'est pas démontrée. Le gouvernement a plus de confiance dans l'emploi des mesures hygiéniques appropriées aux circonstances.

M. Ecroyd demande s'il est vrai, comme le prétendent certains journaux, qu'il y ait une épidémie sérieuse de choléra en Chine.

Lord E. Fitzmaurice répond qu'il n'a reçu aucune information à ce sujet.

SÉANCE DU JEUDI 12 JUILLET 1883.

Lord Folkestone demande au sous-secrétaire d'Etat aux affaires étrangères de vouloir bien répondre aux deux questions suivantes :

1° Est-il vrai, ainsi que l'annonce le *Daily Telegraph* d'aujourd'hui, que le gouvernement anglais ait offert son assistance au gouvernement égyptien durant l'épidémie cholérique et que ce gouvernement l'ait refusée?

2° Est-il vrai, ainsi que le prétend le *Times*, qu'il n'existe à Damiette, ville de 35 000 habitants, aucune organisation médicale, aucun service hospitalier, en un mot aucune installation capable de faire face aux exigences de la situation ?

Le *Times*, réplique lord E. Fitzmaurice, appuie son dire sur le rapport du docteur Mackay, mais ce document n'étant pas encore parvenu au *Foreign office*, je ne puis donc, avec complète connaissance de cause, répondre à la seconde question de lord E. Fitzmaurice. Il n'en est pas de même de la première. Il est parfaitement vrai que le gouvernement a offert son assistance aux autorités égyptiennes. Sir E. Malet a reçu l'ordre d'informer Shérif Pacha que le gouvernement britannique se mettait à sa disposition, et qu'il recevrait avec bienveillance les demandes de secours et d'assistance médicale que les autorités égyptiennes voudraient bien lui adresser.

Le gouvernement égyptien a répondu avec beaucoup de courtoisie à ces ouvertures, mais néanmoins il a décliné toute ingérence de notre part, en disant qu'il était capable de lutter contre le fléau.

Je ne puis mieux faire, je pense, que de lire à l'assemblée le télégramme dans lequel sir E. Malet rend compte de son entrevue avec Shérif Pacha. Celui-ci, après avoir remercié le gouvernement britannique de son offre généreuse, ajoute : « Nous avons pris toutes les mesures que les circonstances exigeaient. Outre les docteurs au service du gouvernement, nous avons envoyé dans les localités visitées par l'épidémie, des médecins civils. D'ailleurs nous n'hésiterions pas à demander l'appui du gouvernement anglais si l'épidémie n'était pas déjà décroissante et ne paraissait pas être localisée. »

Cependant notre gouvernement n'a pas renoncé à son idée. Il est décidé à renouveler son offre et à envoyer en Egypte un médecin d'une haute situation avec le titre de *Surgeon-general*.

Je crois pouvoir vous donner demain le nom de ce médecin, qui, aussitôt son inspection terminée, enverra un rapport sur le caractère de l'épidémie avec toutes les observations qu'il jugera nécessaires d'ajouter.

Avec les conseils d'un médecin compétent, Sir E. Malet aura ainsi plus d'autorité pour faire adopter par le gouvernement égyptien les mesures que nécessitent les circonstances.

Sir E. Malet sera autorisé à dire à Shérif Pacha que les services, les connaissances scientifiques et l'expérience de ce médecin sont à la disposition du gouvernement égyptien.

SÉANCE DU VENDREDI 13 JUILLET 1883.

Lord E. Fitzmaurice annonce que le gouvernement, sur l'avis de Sir Joseph Fayrer, a décidé d'envoyer en Egypte William Hunter, membre du Collège royal de médecine, chirurgien ordinaire de la reine. Ce médecin, qui a été autrefois au service du gouvernement des Indes à Bombay, possède une grande science des maladies épidémiques et du choléra en particulier.

LA STATUE DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

Une souscription dont l'initiative appartient aux habitants de la Charente est en ce moment ouverte pour l'érection d'une statue à la mémoire de M. le professeur Bouillaud, sur une des places de la ville d'Angoulême. La *Gazette hebdomadaire* en a déjà, il y a quelques mois, donné avis à ses lecteurs. Les membres de l'Académie de médecine se sont inscrits sur la liste des souscripteurs.

M. Bouillaud est une de nos gloires les moins contestées. C'était le dernier survivant d'une génération médicale qui a porté bien haut le renom de l'école française. Nos confrères auront à cœur de s'associer à l'élan généreux des compatriotes de notre illustre maître.

Les souscriptions seront reçues. soit au bureau de la *Gazette hebdomadaire*, chez M. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, n° 120; soit au bureau de l'Académie de médecine, à l'adresse de M. Bordet, secrétaire.

M. LE DOCTEUR ARCHAMBAULT.

Les derniers honneurs ont été rendus mardi dernier, par un nombre considérable de médecins et d'amis, à M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants. Toute la carrière médicale de notre confrère avait été consacrée à l'étude des maladies infantiles. Il nous laisse plusieurs travaux sur cette branche de la pathologie, sur les angines en particulier, et une excellente traduction du livre de Ch. West, enrichie de notes importantes. Son enseignement clinique était très suivi et ses leçons ont été souvent reproduites dans les diverses publications médicales. Sa santé, depuis longtemps altérée, ne lui permettait plus dans

ces derniers temps l'activité qu'il avait toujours montrée. Il laisse à tous ceux qui l'ont connu et apprécié, collègues et clients, le souvenir d'une vie honorablement remplie et consacrée à une spécialité où il avait acquis une rare expérience.

B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophthalmologie s'est terminé jeudi par la nomination de M. le docteur Lapersonne.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours pour la section de chimie, physique et pharmacologie s'est terminé vendredi soir. Sont nommés les candidats dont les noms suivent :

1° *Physique :* M. Imbert, pour la Faculté de Lyon ; M. Guébhard, pour la Faculté de Paris; M. Bagnéris, pour la Faculté de Nancy; M. Bergonié, pour la Faculté de Bordeaux, et M. Doumer, pour la Faculté de Lille.

2° *Chimie :* M. Linossier, pour la Faculté de Lyon; M. Ville, pour la Faculté de Montpellier, et M. Blanc, pour la Faculté de Lyon.

3° *Pharmacologie :* M. Pouchet, pour la Faculté de Paris.

CLINICAT. — A la suite de la première épreuve, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives : 1° du concours du clinicat des maladies nerveuses, M. Marie; 2° du concours du clinicat médical, MM. Capitan, Derignac, Mathieu et Siredey.

LÉGION D'HONNEUR.— Par décrets en date des 9 et 10 juillet 1883, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Schutzenberger, professeur au Collège de France.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Arnaud, médecin sanitaire de l'Empire ottoman; le professeur Laurent Micé (de Bordeaux); le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris; Trasbot, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Poncet, médecin principal de 2e classe des hôpitaux militaires du corps d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Driout, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires du corps d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Mazellier et Nicaud.

COLORATION DE SUBSTANCES ALIMENTAIRES. — M. Camescasse, préfet de police, vient de rendre une ordonnance concernant la fabrication, la vente et la mise en vente des liqueurs, sucreries, bonbons, dragées et pastillages coloriés, et l'emploi des papiers coloriés servant à envelopper des substances alimentaires.

Cette ordonnance énumère les couleurs nuisibles qu'elle défend aux confiseurs, distillateurs, épiciers et tous marchands en général, d'employer pour colorier les bonbons, liqueurs et substances alimentaires quelconques. Il est également interdit d'employer, pour envelopper les substances alimentaires, des papiers coloriés au moyen de ces couleurs. Les contraventions seront poursuivies, conformément à la loi, devant les tribunaux compétents.

CONSEIL MUNICIPAL. — Dans sa séance du 11 juillet, le Conseil municipal de Paris a, sur la proposition de M. Georges Martin, « invite M. le Préfet de la Seine à faire les démarches nécessaires auprès du gouvernement pour que la ville de Paris soit autorisée à construire, dans les trois grands cimetières de Paris, des appareils crématoires ne devant être utilisés qu'en temps d'épidémie ».

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Caubet, professeur de pathologie interne, est nommé, pour trois ans, directeur de l'école, en remplacement de M. Filhol, décédé.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du vendredi 6 au jeudi 12 juillet 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1030, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 14. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 18.— Diphthérie, croup, 23.— Dysentérie, 1.— Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7.— Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 83; au sein et mixte, 39; inconnu, 7.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 67; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 51. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 28e semaine. — La mortalité continue à être très faible à Paris. 1030 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Pendant les semaines précédentes (en allant des plus récentes aux plus anciennes), ce chiffre avait atteint 1024, 1042, 1074, 1081, 1180. Le nombre des décès par fièvre typhoïde n'a pas atteint cette semaine le chiffre exagéré que nous avions noté la semaine dernière; nous ne comptons que 39 décès au lieu de 64. Cependant on doit craindre que l'aggravation qui se produit généralement au mois de juillet n'en soit pas moins réelle; les admissions dans les hôpitaux sont presque aussi nombreuses que la semaine dernière (127 au lieu de 135 et de 99, 96, 72 pendant les semaines précédentes), et les cas de maladie signalés par les cartes de morbidité sont également nombreux (58 cas de fièvre typhoïde). Le XVIIIe arrondissement continue à être le plus frappé de Paris.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique thérapeutique, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Troisième volume, premier fascicule : *Traitement des maladies du système nerveux.* 1 vol. grand in-8 de 320 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 6 fr.

Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique (blennorrhée, suintement uréthral, goutte militaire), par M. le docteur Robert Jamin. 1 vol. grand in-8 de 230 pages avec 2 planches en couleur d'après nature. Paris, O. Doin. 6 fr.

Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, par M. le professeur Weir Mitchell, traduit par M. le docteur O. Jennings avec une introduction par M. le professeur B. Ball. 1 vol. in-8. O. Berthier. 4 fr.

Leçons sur les maladies mentales, par M. le professeur B. Ball. 1 vol. in-8 de près de 800 pages. Paris, Asselin et Ce. 20 fr.

Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose, par M. le docteur V. Hanot. In-8 de 175 pages. Paris, Asselin et Ce. 3 fr.

Troubles fonctionnels du pneumogastrique, par M. le docteur Maurice Letulle. In-8 de 268 pages. Paris, Asselin et Ce. 4 fr. 50

Étude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains (Savoie) (extrait du Rapport adressé à M. le ministre du commerce), par M. le docteur E. Philbert. In-8. Paris, Asselin et Ce. 50 c.

Des névroses du larynx (leçons professées à l'hôpital de Lourcine en 1882), par M. le docteur A. Gougenheim. Brochure in-8 de 29 pages. Paris. Librairie du *Progrès médical.* 1 fr.

Diagnostic et traitement des affections oculaires, par MM. les docteurs X. Galezowski et V. Daguenet. Premier fascicule : *Conjonctive, cornée sclérotique, iris.* 1 vol. in-8 de 300 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. L'ouvrage complet. 16 fr.

— L'ouvrage comprendra 3 fascicules; aussitôt complet le prix en sera augmenté.

Histoire de l'hôpital Notre-Dame-de-Pitié (1612-1882), par M. le docteur O. Guiller. In-8 avec 4 plans gravés et un tableau statistique comprenant la population et la mortalité de l'hôpital année par année, ainsi que la liste des médecins et chirurgiens de la Pitié de 1813 à 1882. Paris, A. Coccoz. 6 fr.

Étude physiologique et thérapeutique du bain tempéré, par M. le docteur Caulet. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. » »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 26 juillet 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA ; CONSOLIDATION DES FRACTURES CHEZ LES DIABÉTIQUES. — LE CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : le choléra; Consolidation des fractures chez les diabétiques.

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine. L'analyse de la communication de M. Fauvel y a reçu les développements que comporte l'importance du sujet traité par le savant inspecteur général des services sanitaires. Les doctrines qu'il a exposées et qui sont celles de tous les hygiénistes français n'ont trouvé qu'un seul contradicteur. Nous avons trop souvent parlé ici même des théories que depuis un demi-siècle M. Jules Guérin défend avec une si persistante opiniâtreté et, nous n'hésitons pas à l'ajouter, avec tant de talent, pour qu'il soit nécessaire de les réfuter une fois de plus. En ce moment surtout il est dangereux de laisser soutenir des systèmes qui ne pourraient avoir pour effet que de rendre plus facile la propagation du choléra.

— M. Verneuil a repris, devant l'Académie, l'examen d'une des questions de pathologie générale qu'il étudie depuis si longtemps, celle des influences que divers états pathologiques exercent sur les traumatismes. En traitant aujourd'hui de la non-consolidation des fractures chez les diabétiques, l'éminent professeur a ajouté un très intéressant chapitre à ses études si consciencieuses et si remarquables.

Le choléra.

Depuis le début de l'épidémie cholérique qui sévit en Égypte, nous avons résumé, chaque semaine, dans un article spécial, les renseignements qui nous étaient parvenus ou que nous donnaient les journaux politiques et les journaux de

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La première autopsie médico-légale aux États-Unis. — Anecdotes américaines : Celui qui prêche et celui qui pratique. — Les derniers mots de Daniel Webster. — Législation médicale dans le Missouri. — Les diplômes non sérieux. — Situation légale des charlatans. — Attentats contre deux médecins à Chicago. — Un petit procédé pour vendre une poudre inerte. — Projet d'un hôpital d'instruction pour les femmes-médecins dans l'Hindoustan. — Un mode d'infection syphilitique peu fréquent en Europe.

L'origine de la médecine juridique dans les divers pays d'Europe est mal connue; il est probable que les hommes de l'art furent requis d'abord au hasard, selon le bon plaisir des tribunaux. Du temps de Jean de Wier par exemple, beaucoup de médecins ne croyaient guère à la magie et à la sorcellerie, de telle sorte que leur intervention eût singulièrement gêné des magistrats qui souvent ne demandaient pas mieux que d'expédier rapidement dans l'autre vie après les avoir purifiés par le feu, ceux qui avaient vu le diable ou pris part au sabbat. En Amérique, les institutions médicales étant jeunes encore, il est plus facile de remonter à leur origine. Le docteur Quinion, de Baltimore, a récemment publié une relation d'autopsie médico-légale datant de 1657; c'est probablement la première du pays. L'affaire fut évoquée devant la cour provinciale de Patuxent (Maryland) : il s'agissait de savoir si un domestique appelé Henry Gouge, mort rapidement peu de temps auparavant, n'avait pas été tué par son maître. Le jury, comme on le conçoit, disait la réquisition adressée aux experts, ne saurait être mieux renseigné que par des gens compétents. En conséquence il charge « M. James Wath de se rendre au lieu où a été enterré le corps dudit Gouge, de recueillir tous les témoignages qu'il pourra de la part des voisins, d'emmener avec lui les sieurs R. Maddocks et Emperor Smith, chirurgiens, lesquels après qu'ils auront inspecté convenablement

médecine. Si l'on consulte ces documents, on peut voir que l'épidémie de 1883 est aussi grave par sa mortalité, aussi rapide dans son expansion que l'épidémie de 1865. Les dernières nouvelles nous montrent, en effet, que la mortalité atteint au Caire le chiffre de 500 décès par jour, que toute la vallée inférieure du Nil est envahie et, ce qui est plus grave encore pour l'Europe, que Port-Saïd, Suez et Ismaïlia sont infectés. On annonce, sans doute, qu'après s'être opposée à toutes les mesures prescrites par la conférence de Constantinople, après avoir combattu les propositions du conseil sanitaire d'Alexandrie, puis dissous ce conseil, l'administration anglaise commence à s'émouvoir et qu'une commission supérieure composée de trois généraux : le général Stephenson, commandant en chef de l'armée d'occupation, le général Evelyn Wood, généralissime de l'armée égyptienne, et le général Baker-Pacha, commandant la gendarmerie, va prendre en main la direction des affaires et s'efforcer de mettre un peu d'ordre dans l'exécution des mesures sanitaires prescrites en Égypte. Mais on sait combien il est difficile de rien obtenir dans un pays où toutes les règles de l'hygiène sont journellement violées. Il ne faut donc pas compter beaucoup sur les résultats qui seront dus aux efforts de ce triumvirat militaire. Ce qui est plus rassurant, c'est la rapidité avec laquelle évoluent normalement en Égypte les épidémies de choléra indien. Plus elles sont foudroyantes dans leur mortalité et dans leur extension, plus vite elles s'éteignent. Dans un mois ou six semaines, la maladie qui cause aujourd'hui de si terribles ravages sera donc très probablement à son déclin et, si d'ici là l'Europe a pu être préservée, les mesures prises par les autorités sanitaires continentales nous auront une fois encore épargné l'invasion du choléra.

Plusieurs enseignements peuvent cependant être tirés des faits que nous observons depuis quelques semaines. Ainsi qu'on l'a souvent répété, ainsi que M. Fauvel le disait hier encore à l'Académie de médecine, il est démontré jusqu'à l'évidence que l'administration anglaise a laissé pénétrer le choléra en Égypte en se refusant à faire appliquer les mesures de précautions prescrites par la conférence de Constantinople et en estimant que ses intérêts commerciaux avaient plus de valeur que l'intérêt de la santé publique. Contrairement aux assertions de lord Granville et des autorités anglaises, en Égypte c'est un navire anglais venu de Bombay qui a importé la maladie et, les Anglais ne l'ignorent pas, l'Égypte étant envahie, la Syrie d'abord, puis Constantinople, enfin l'Europe tout entière, à commencer par l'Italie, sont gravement menacées. A plusieurs reprises nous avons demandé qu'une nouvelle conférence internationale donnât une sanction effective aux mesures prescrites par les conférences de Constantinople et de Vienne et réorganisât en Égypte une commission *internationale* et non un comité sanitaire sous la dépendance et à la discrétion des Anglais. Si le choléra ne peut être localisé en Égypte, on comprendra peut-être la nécessité d'imposer, par des règlements inviolables, ce que le bon sens, l'expérience des épidémies antérieures et l'humanité n'ont pu arracher à l'égoïsme mercantile de l'Angleterre. Dans sa communication à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, M. Fauvel nous laisse espérer que l'Europe pourra se défendre si les mesures quarantainaires prescrites par les conseils sanitaires sont strictement observées. Malheureusement les lazarets sont bien mal installés et les ministres anglais se trouvent à l'aise quand ils opposent aux quarantaines, telles qu'elles sont exécutées, les avantages de l'*inspection médicale*. Il est très exact, nous regrettons d'avoir à le dire, que, au Frioul, par exemple, l'installation des individus soumis à la quarantaine est des plus défectueuses, et que la désinfection des marchandises est à peu près illusoire. C'est là un des nombreux vices d'une organisation, très défendable au point de vue théorique, mais assez mal comprise quand on vient à en analyser les rouages au moment d'une recrudescence épidémique. Il est non moins vrai de soutenir, comme l'a fait M. Fauvel, que l'Angleterre n'est pas elle-même et directement menacée. Elle ne risque point d'être infectée par les vaisseaux venus de Port-Saïd; mais c'est à la condition que ces bâtiments n'aient à bord aucune marchandise suspecte, aucun malade atteint durant la traversée. Ceux qui proposaient récemment de frapper de quarantaine toutes les provenances anglaises n'ignoraient pas que l'Angleterre n'est le plus souvent envahie que lorsque le choléra sévit déjà sur le littoral de la mer du Nord. Mais ils pensaient à Malte, à Chypre, à tous les ports anglais où l'on professe le même dédain pour toutes les mesures qui entravent ou arrêtent le commerce. Ils songeaient surtout à ces bateaux que couvre le pavillon anglais et qui peuvent s'arrêter sur les côtes de la Méditerranée et en particulier en Italie. On ne sait pas combien de temps les marchandises telles que les chiffons, les vêtements, les objets de literie, les étoffes de laine, les tapis, etc., etc., peuvent conserver intacts les germes du choléra. Des mesures ont été prises déjà pour interdire l'entrée de tous ces produits dans les ports français et dans les ports italiens et

---

le cadavre enlèveront la tête en indiquant les particularités qu'ils auront remarquées, puis cette tête sera apportée et présentée le plus tôt possible au jury. » Comme on le voit, il était d'usage, dès cette époque, dans les affaires criminelles, de présenter les pièces à conviction; les experts eurent pour honoraires de vacation un baril de tabac.

— Les journaux américains ne dédaignent pas à l'occasion la note plaisante. On pourrait difficilement juger l'esprit yankee aux anecdotes qu'ils rapportent souvent de seconde main; il faut avouer d'ailleurs que dans bien des cas l'étranger aperçoit à peine le trait que l'auteur a voulu lancer. Un exemple : la qualification de Docteur qu'on ne donne en France qu'aux gradués des Facultés de médecine, est appliqué également en Amérique aux théologiens. Il y avait à Boston deux docteurs Channing: un médecin, et un prédicateur très suivi; peut-être y avait-il un léger contraste entre la conduite et les instructions du dernier. Un jour les homonymes assistaient à la même soirée, lorsque le domestique d'une personne du voisinage accourut tout essoufflé afin de réclamer le médecin pour son maître.

Le gentleman auquel il s'adressait causait précisément avec les deux docteurs; il profita de la circonstance pour adresser une pointe au révérend : « Vous demandez le docteur Channing, dit-il, lequel, celui qui prêche ou celui qui pratique? »

Cette anecdote appartient si l'on veut au genre badin; la suivante est lugubre. Voici comment le correspondant d'un journal du Sud raconte les derniers moments de Daniel Webster : Il était tellement affaibli, qu'il ne parlait et ne répondait presque plus aux questions. Une de ses gardes demande au médecin comment elle devait administrer une potion stimulante qu'il venait de prescrire : « Vous donnerez, répondit-il, une cuillerée à bouche à telle heure; une autre un peu plus tard, enfin la troisième à telle autre heure, *s'il y est encore.* »

autrichiens. Peut-être arrivera-t-on ainsi à éviter, dans ces ports, l'invasion de l'épidémie cholérique. On ne saurait donc trop insister pour recommander l'observation la plus rigoureuse des mesures quarantainaires alors surtout qu'il s'agit de bâtiments anglais. Ce n'est qu'à force de précautions que l'Europe pourra être préservée.

Mais si les mesures internationales ou régionales viennent à échouer; si le sol français est envahi, d'autres préoccupations s'imposent aux pouvoirs publics et aux particuliers. Nous avons déjà parlé des *instructions populaires* qui ont été ou qui vont être publiées par diverses sociétés savantes ou par les conseils d'hygiène. Ces instructions recommanderont toutes diverses mesures que la Préfecture de police s'efforce déjà de réaliser à Paris et qui se résument en deux mots : Assurer la propreté des rues et des maisons; nettoyer et désinfecter les égouts et les fosses d'aisances; fournir à la population une eau potable et de bonne qualité. Nous n'avons pas à rappeler ici ce qui doit être fait dans ce sens, non plus qu'à indiquer les mesures de prophylaxie individuelle qui consistent à ne commettre aucun excès de régime et à éviter toutes causes de débilitation.

Mais il est une question, bien souvent débattue dans les sociétés d'hygiène, et qui mérite toute l'attention des médecins. Nous voulons parler de la valeur relative des divers désinfectants que l'on recommande en temps d'épidémie cholérique. Soit qu'il s'agisse de préserver une maison, un quartier, une ville que le fléau n'aura pas encore atteints; soit qu'il s'agisse de désinfecter les maisons ou les localités dans lesquelles un cas de choléra aura été signalé, il importe de savoir quel procédé mérite le plus de confiance. Or il résulte d'expériences très intéressantes et très décisives, faites dans le laboratoire de M. Pasteur par un savant d'une compétence indéniable, M. Chamberlan, que de tous les agents parasiticides, le sulfate de cuivre est celui qui arrête le plus rapidement et le plus sûrement la vie des microbes. Si, dans un tube de verre renfermant un bouillon de culture quelconque, on ajoute une solution de sulfate de cuivre très diluée, tout ensemencement devient impossible. Les microbes du choléra des poules ou du charbon cessent de vivre dans ce milieu, alors que dans un tube voisin, additionné d'acide phénique ou de sulfate de fer, ils conservent leurs propriétés actives. Le sulfate de cuivre doit donc, jusqu'à nouvel avis, être recommandé comme liquide anticholérique. Et voici dès lors, d'après les conclusions adoptées par la commission choisie au sein de la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, comment il faut en faire usage :

1° Dans les maisons où le choléra n'aura point été signalé on pourra, chaque jour, verser dans les latrines de l'eau contenant par litre un grand verre à boire de la solution suivante :

Sulfate de cuivre du commerce.	50 grammes.
Eau commune...............	1 litre.

Le lavage des cabinets d'aisance devra être fait le plus souvent possible à l'aide de cette solution qui, ne détériorant ni les réservoirs ni les conduits, sera d'un usage facile.

2° Dans les cas de maladie, les selles du malade devront être immédiatement désinfectées à l'aide de la même solution, c'est-à-dire que les vases dans lesquels seront reçues les garde-robes devront contenir au préalable la valeur d'un à deux verres à boire de cette solution. Après les avoir projetées dans les latrines, on achèvera la désinfection des conduites en y versant une grande quantité d'eau additionnée de cette même solution.

3° Quant aux linges de corps ou de literie, aux objets de pansement, etc., ils devront être plongés dans un baquet contenant vingt litres d'eau auxquels on mêlera quatre litres de la solution de sulfate de cuivre.

A ces moyens de désinfection, M. Vallin, dans l'*Instruction* qu'il a rédigée au nom de la commission dont il est rapporteur, ajoute l'usage du chlorure de chaux sec, du chlorure de zinc et du soufre. 80 grammes environ, soit une tasse à café, de chlorure de chaux sec peuvent remplacer un verre à boire de la solution de sulfate de cuivre pour la désinfection des garde-robes. Pour le lavage des linges souillés on peut, dans le liquide du baquet, répandre 150 à 200 grammes de chlorure de chaux sec ou les nouer dans un sac de toile et les mélanger par pression à l'eau du baquet. Le soufre sera utile en fumigations pour désinfecter les pièces de vêtements en drap ou en laine. Pour les égouts on peut se servir de chlorure de chaux ou de chlorure de zinc (au centième). Mais de tous les désinfectants le bichlorure de mercure ou sublimé, dont il n'est pas parlé en raison des dangers que présente le maniement de cette substance, si l'on venait à la confier à des mains inexpérimentées, est encore le plus efficace. Dans certains cas déterminés nous ne voyons point pourquoi les médecins ne seraient pas en droit de le recommander aux malades appartenant à des familles où l'on ne peut craindre ni étourderie ni imprudence.

Il nous suffisait de signaler brièvement ces désinfectants.

Les deux premières doses furent régulièrement administrées; au moment de donner la troisième le malade était si faible, si abattu, que la garde hésitait à le troubler. Tout à coup, il souleva faiblement la tête, fixa sur elle son regard déjà vitreux : « J'y suis encore, » dit-il d'une voix éteinte. Ce furent ses derniers mots.

— Aucun pays n'a une législation moins uniforme que les États-Unis; le fédéralisme est poussé jusqu'à ses dernières conséquences. Les lois de l'Espagne ressemblent probablement plus à celles de la Suède ou de la Norvège que les lois du Texas à celles du Minnesota. Les dispositions générales sont peu nombreuses et très simples et il est extrêmement difficile à l'étranger de s'orienter dans un pareil dédale. Pour l'exercice de la médecine, les mesures que prend un Etat ne ressemblent en rien à celles de son voisin. Voici ce qui se passe dans le Missouri par exemple : tous ceux qui désirent exercer dans le pays doivent se présenter devant le *Board of health*, y déposer leur diplôme qu'il enregistre, ou passer un examen s'ils n'en ont pas; cela ne coûte qu'un dollar; mais si un mauvais plaisant s'avise de se servir d'un titre appartenant à autrui ou d'une qualification pour rire, comme l'Amérique en exporte annuellement un assez grand nombre en Europe, il est frappé d'une amende de 20 dollars.

Le fait est que si l'on frappait de bannissement tous ceux qui ont recours à ces aimables expédients, on exciterait partout une véritable émotion. Un individu parfaitement honorable, incapable de ne rien prendre dans la poche de son voisin, de vendre à faux poids ou à fausse mesure, trouvera tout naturel d'acheter un parchemin et de profiter des avantages qu'il confère. « Nous allons donner, dit un journal de Philadelphie, un extrait d'une lettre reçue par un honorable gentleman de cette ville et qui montrera le degré d'estime que nous accordent certains de nos concitoyens : « J'aurais, dit-il, besoin que vous m'achetiez deux diplômes; l'un de

Tous les médecins feront bien d'ailleurs de lire les *instructions populaires* qui vont être publiées (1). Ils se trouveront ainsi préparés à mieux lutter contre le choléra si, malgré les précautions prises, l'épidémie pénétrait en France.

L. LEREBOULLET.

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA QUASSINE

D'après les observations publiées jusqu'à ce jour, la quassine est un médicament sur lequel le médecin a le droit de compter. Un travail de M. le docteur Campardon, lu à la Société de thérapeutique, en fait bien connaître les propriétés. L'année dernière, la quassine nous venait d'Allemagne sous la dénomination de quassine amorphe. C'était une matière noire, impure, si irrégulière dans ses effets, que la quassine cristallisée paraissait toujours préférable.

Aujourd'hui les choses ont bien changé et la quassine amorphe que l'on trouve dans le commerce est très bien préparée et possède toutes les propriétés de la quassine cristallisée ; elle est d'un prix très abordable et se manie facilement, tandis que la quassine cristallisée, d'un prix plus élevé, est tellement énergique, qu'administrée à la dose de quelques milligrammes elle occasionne des sensations bien désagréables à la gorge.

Il semble donc qu'on a tout intérêt à ne pas l'employer. Le meilleur mode d'administration de la quassine amorphe, est la forme pilulaire.

On peut la prescrire ainsi :

Quassine amorphe, 2 grammes. Excipient 9,1, pour 100 pilules égales.

Dose: de 2 à 3 par jour.

Pierre VIGIER.

---

(1) L'instruction rédigée par M. Vallin, paraît aujourd'hui même dans le n° 7 de la *Revue d'hygiène* (Paris, G. Masson, 20 juillet 1883).

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DU TRAITEMENT DE LA SUEUR FÉTIDE DES PIEDS AU MOYEN DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH, par M. VIEUSSE, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire d'Oran.

Le traitement de la transpiration abondante et fétide des pieds a dû, à toutes les époques, occuper les nombreux praticiens qui se sont trouvés en présence de cette infirmité.

Néanmoins la littérature médicale renferme peu de travaux sur ce sujet, et les quelques mémoires qui ont été publiés concernant le traitement de cette affection, témoignent du peu de confiance accordé aux agents thérapeutiques mis en usage.

Ce manque de foi dans l'intervention médicale tient surtout à l'idée qui, pendant fort longtemps, a fait considérer la transpiration abondante et fétide des pieds comme un bénéfice de nature, un émonctoire nécessaire, qui servait de dérivatif à quelque âcreté du sang et qu'il était toujours bon de respecter.

C'était, selon l'opinion régnante de l'époque, un nouveau *noli me tangere* auquel les esprits téméraires seuls avaient l'audace de toucher.

Lobstein a rapporté plusieurs observations détaillées de maladies causées par la disparition et la transpiration des pieds.

Ces maladies étaient une phthisie pulmonaire, un asthme violent, un embarras gastrique, etc.

Beaucoup d'auteurs, et des plus recommandables, ont écrit et soutenu que lorsqu'un individu est sujet à une transpiration abondante des pieds, il ne doit rien faire pour s'en délivrer ; il doit seulement prendre des soins de propreté, changer fréquemment de chaussure, prendre des bains, etc. Telle est l'opinion qui est là plus répandue dans le public.

En ce qui me concerne, je ne puis partager cette manière de voir. Je n'ai jamais remarqué que la suppression de cette infirmité pût être suivie d'effets fâcheux ou d'accidents d'aucune sorte. Il ne m'est jamais arrivé de voir la perte de la vue ou de l'ouïe, l'aphonie, les coliques, des ulcères aux pieds, la chute des dents, la phthisie pulmonaire, etc., remplacer une pareille sécrétion tarie ou diminuée.

Ajoutons, pour expliquer l'inefficacité relative des traitements employés jusqu'ici, qu'ils l'ont été sans doute avec une persévérance insuffisante.

Toutes ces circonstances ont contribué à faire abandonner et oublier les essais qui avaient été tentés pour guérir la sueur fétide et abondante des pieds.

Nous n'avons nullement l'intention, dans ce travail, de faire un historique complet des efforts tentés pour obtenir la

---

M. D. (docteur en médecine) pour un de mes bons amis ; l'autre pour un pharmacien. Je n'entends pas naturellement un document légitime, mais il y en a beaucoup d'autres que l'on peut avoir à des prix doux ; vous laisserez en blanc la place des noms, nous la remplirons. »

L'article 10 est à la fois doux et sévère ; cet article consacre l'existence officielle du charlatanisme dans le Missouri. Le vendeur d'orviétan, d'élixir de longue vie, devient un commerçant qui a droit, comme tout autre, à l'estime du public, à condition toutefois, qu'il paye une patente, une grosse patente. La licence des empiriques ambulants leur coûte cent dollars par mois; s'ils se mettent en contravention sur ce point, la loi les frappe d'une amende de cinq cents dollars ou d'un emprisonnement qui peut aller jusqu'à six mois. Les Américains n'entendent nullement la plaisanterie en matière de finances.

— Les médecins de Chicago ont occupé ces derniers temps sérieusement l'attention publique. Il y a eu d'abord dans le procès d'une certaine Sturla, hystérique accusée de meurtre, dissentiment complet entre les experts de l'accusation qui la déclaraient responsable, et ceux de la défense, dont les affirmations étaient naturellement opposées. Presque en même temps deux médecins furent dévalisés en pleine rue; l'un d'eux fut en outre jeté par terre et si maltraité, qu'on craignit pour sa vie ; la chose eut lieu au moment où il se rendait de son cabinet de consultation à son domicile. L'autre avait été appelé pendant la nuit près d'un malade et c'est au moment où il sortait que les voleurs l'attaquèrent. Ces deux attentats ont eu lieu dans les parties les plus populeuses et les mieux fréquentées de la ville.

— Que la charité, la miséricorde, la philanthropie fassent partie du rôle des missionnaires, c'est un fait dont personne ne doute.

Il est intéressant malgré tout d'enregistrer chaque exemple

cure de cette infirmité; notre but est seulement de faire connaître une méthode de traitement, que nous croyons nouvelle, et qui consiste dans l'application sur les parties malades du sous-nitrate de bismuth en poudre. Je mentionnerai toutefois la communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 25 janvier 1881, par M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), qui renferme la relation de deux guérisons de cette affection par l'emploi de la pilocarpine en injections sous-cutanées.

Depuis bientôt quinze ans, j'ai eu l'occasion de donner des soins à un certain nombre de malades atteints de bromhydrose. Tous ont été soumis au même traitement, et dans tous les cas la guérison a été obtenue, sans que jamais durant la cure le moindre accident soit survenu.

Quelques-uns de mes malades ont été vus plusieurs années après la guérison, et j'ai été heureux de constater que celle-ci s'était maintenue.

J'ai soumis tous mes malades au même traitement, qui consiste à frotter les parties atteintes avec le sous-nitrate de bismuth en poudre.

Ce sont les résultats obtenus au moyen de cette médication que je vais faire connaître. Cependant comme la transpiration abondante et fétide des pieds se montre à différentes époques de la vie, qu'elle se présente sous différentes formes, qui toutes sont justiciables du même traitement, nous devons décrire les différentes formes qu'elle présente avant d'aborder la question de traitement.

Des différentes formes sous lesquelles se manifeste la sueur exagérée des pieds. — En ce qui concerne l'époque de son apparition, la bromhydrose est très variable; elle se montre à divers âges. Souvent, d'après certains auteurs, elle date de la naissance; d'autres fois, elle se développe à l'âge de la puberté; parfois elle survient sans prodromes, tandis que quelquefois elle peut être précédée d'une violente douleur ou d'une démangeaison des plus désagréables. Dans quelques cas, elle a pour prélude de fortes douleurs ostéocopes ou rhumatismales. La transpiration des pieds a été aussi signalée comme pouvant être la conséquence d'une crise, amenant dans certaines maladies graves un changement favorable; elle serait un épiphénomène de névroses graves, de l'hystérie, de l'hypochondrie.

Lobstein s'est beaucoup occupé de la transpiration des pieds; il a présenté à la Société médicale d'émulation, en 1815, de nombreuses et bonnes observations sur la nature et l'importance de la sueur habituelle des pieds. C'est à la suite de nombreuses observations que cet auteur a émis l'opinion que cette maladie était contagieuse; elle se serait communiquée par l'usage de bas, de souliers qu'avaient portés des individus qui en étaient affectés. Lobstein avance en outre qu'elle peut être héréditaire.

La matière que renferme la sueur n'est pas toujours identique à celle de la transpiration cutanée. Elle paraît en effet plus animalisée; elle est susceptible d'un grand nombre de modifications dans ses propriétés physiques; son odeur, sa consistance, sa couleur même présentent des différences remarquables. Elle est mélangée quelquefois avec des éléments qui n'entrent pas dans la composition normale de la sueur, avec le sang, la bile, la graisse. Certaines substances, l'ail, l'oignon donnent chez quelques personnes à son odeur un caractère particulier. On sait qu'elle devient fétide chez un grand nombre d'animaux pendant le rut; en général, elle est nauséabonde, quelles que soient ses variétés, et peu d'individus ont partagé avec Cujas et Alexandre le Grand l'avantage d'exhaler une sueur qui répandait une odeur agréable. La constitution de la peau n'est pas sans influence sur l'odeur que la sueur répand. Il est d'observation commune que les personnes à peau brune sécrètent une sueur beaucoup moins âcre et moins odorante que les personnes blondes.

Toutes les parties de la peau ne produisent pas une égale quantité de sueur; elle est plus abondante aux aines, à la marge de l'anus, aux pieds, à la tête qu'ailleurs.

Les pieds placés à la partie la plus déclive du corps, où la circulation est activée par la marche, et enfermés dans des chaussures qui conservent à cette région une température relativement élevée, sont le siège de sécrétions très actives en sueur et en matières sébacées. La partie aqueuse s'évapore; il reste un enduit plus ou moins épais de substances grasses qui, peu à peu, fermente et se putréfie, et il arrive un moment où le résidu de la sueur des pieds exhale une odeur des plus désagréables.

Au contact de cette matière grasse qui a fermenté, l'épiderme se ramollit, perd sa couleur normale, adhère moins au derme et se détache au bout d'un certain temps, en laissant cette membrane à nu.

Les symptômes que présentent les malades qui transpirent abondamment des pieds ne sont pas toujours tels que nous venons de le dire; d'où la nécessité de décrire les principales formes sous lesquelles se présente cette affection.

Chez certains malades, l'infirmité se traduit par une sécrétion très abondante de la sueur, qui a pour effet de maintenir les pieds dans un milieu saturé d'humidité; il en résulte que l'épiderme qui baigne constamment dans cette atmosphère humide se ramollit, se ride, et perd son adhérence avec les parties placées au-dessous. Cette membrane se trouve aussi modifiée dans ses propriétés physiques, elle devient blanche et moins résistante; il est facile d'en détacher avec une pince de grands lambeaux. Le derme mis à nu par la chute de l'épiderme se présente sous la forme d'une plaque rouge d'une étendue plus ou moins considérable; on dirait que les pieds ont subi une macération prolongée: le derme

---

nouveau capable de le rappeler : il y a quelque temps, on lisait l'avis suivant dans une Revue thérapeutique de Détroit: « Que tous ceux qui ont été atteints, à la suite d'erreurs ou d'indiscrétions de jeunesse, d'affaiblissements nerveux, de caducité prématurée ou d'impuissance, s'adressent à moi Joseph T. Immermann, et je leur enverrai gratis une recette infaillible pour se guérir; ce grand remède a été découvert par un missionnaire dans l'Amérique du Sud (le missionnaire c'était l'honorable M. Immermann lui-même). »

Naturellement les lettres affluèrent; il y en eut de pécheurs endurcis pleurant la perte de certaine..... félicité passée qui ne peut revenir, et la regrettant d'autant plus qu'ils n'avaient point

..... En la perdant perdu le souvenir.

Il y en eut de gens sages jusque-là, mais faibles et qui ne se croyaient pas tout à fait incapables d'indiscrétions; ces gens-là voulaient le secret comme un préservatif. Il y en eut de droguistes curieux, de pharmaciens peu scrupuleux qui songeaient à exploiter pour leur compte le secret du missionnaire sous forme de *patent medicine*, de spécialité, comme nous dirions. Le révérend tint sa promesse; et répondit à ses correspondants : Faites une poudre composée des substances suivantes, en parties égales :

Extrait de Corassa apimis,
— de Selarmo umbellifera,
Poudre d'Alkermès latifolia,
Extrait de Carsados herbalis.

Cela ressemblait singulièrement aux recettes données dans le Grémoire du pape Honorius III pour se rendre invisible ou toucher le cœur d'une belle inexorable. La préparation était très simple, le difficile était de se procurer les ingrédients. A ceux qui lui demandaient des renseignements à ce sujet le philantrope répétait infailliblement que c'étaient des plantes des pampas connues de lui seul; que, prévoyant les difficultés

au contact de l'air est très douloureux, et les souffrances que les malades éprouvent à la suite de cette dénudation sont des plus vives. Les patients qui présentent ces symptômes se plaignent également d'une douleur des plus vives dans leurs pieds; c'est une sensation de cuisson, une douleur mordicante qui les empêche de se tenir debout et que la plupart d'entre eux comparent à celle que détermineraient des piqûres d'épingles ou un fer rouge. Ces malades, pour soulager leurs douleurs, viennent-ils à se mettre au lit ou à s'asseoir, aussitôt les douleurs redoublent; elles deviennent même quelquefois tellement vives qu'elles rendent tout repos impossible. Il n'existe pour ces malheureux ni trêve ni soulagement à leurs maux, et souvent ce sont de pauvres ouvriers qui sont obligés de se tenir debout toute la journée. Ces accidents qui se manifestent à la suite d'une transpiration abondante des pieds se rencontrent assez souvent; je les ai vus céder facilement à l'emploi du sous-nitrate de bismuth *loco dolenti*. Sous cette forme, la transpiration exagérée des pieds n'exhale pas une très mauvaise odeur, et les malades viennent surtout demander au médecin de les délivrer des douleurs atroces qui leur rendent la vie insupportable. Je donne plus loin la relation d'un certain nombre d'observations, qui se rapportent au type que je viens de décrire. C'est la forme la plus grave que revêt la bromhydrose.

La seconde forme sous laquelle se présente cette infirmité est de beaucoup la plus fréquente; dans ce cas, le malade n'accuse aucun des phénomènes douloureux qui ont été décrits précédemment, l'affection gêne peu le patient qui en est atteint et ne présente des inconvénients que pour les personnes qui approchent le malade. En effet, tout se traduit par une simple modification de la sueur qui est très abondante et très fétide. Les malades peuvent se livrer à leurs travaux et souvent même ils ne paraissent pas incommodés par la mauvaise odeur qu'ils exhalent. Cette odeur cependant est des plus repoussantes, et rappelle celle de la viande putréfiée; chez certaines personnes, elle impressionne même l'odorat d'une façon si désagréable, qu'elle provoque des nausées, quelquefois même le vomissement.

Les parties qui sont le siège de cette sécrétion exagérée ne subissent que peu de changements dans leurs éléments constitutifs; les pieds sont seulement humides et constamment couverts de sueur. L'épiderme n'est modifié en aucune manière, c'est à peine s'il éprouve un changement de coloration, il est souple et résistant; cependant, dans quelques cas, on dirait qu'il est plus mince qu'à l'état normal. Cette transpiration fétide des pieds résiste aux soins de propreté les plus minutieux que prennent les personnes qui en sont atteintes. C'est à ce point que les ablutions nombreuses et variées, ainsi que les différents parfums mis en usage, parviennent à peine à masquer la mauvaise odeur. Aussi arrive-t-il souvent que les malheureux atteints de cette infirmité sont un objet de dégoût et de répulsion pour les personnes qui les approchent.

Dans quelques cas, l'affection se traduit par une augmentation pure et simple de la transpiration des pieds, sans que cette hypersécrétion provoque ni douleurs ni mauvaise odeur. Alors la maladie se présente sous sa forme la plus légère et rarement, pour ce cas, les malades, qui n'éprouvent du reste aucun inconvénient, viennent demander l'avis du médecin. Cette dernière forme ne demande pas une médication active; quelques soins de propreté suffisent ordinairement pour produire une amélioration sensible.

Tels sont, esquissés à grands traits, les accidents que peut occasionner la transpiration abondante des pieds. On l'observe dans toutes les classes de la société; elle est assez fréquente, et soit à cause des douleurs qu'elle fait naître dans quelques cas, aussi bien qu'à cause des inconvénients qu'elle détermine dans d'autres, elle me paraît digne de toute la sollicitude du médecin. C'est toujours sous l'une des formes que je viens de décrire que l'on observe cette infirmité; toutes sont justiciables du même traitement, et toutes les fois que les malades ont consenti à faire usage du traitement décrit plus loin, le succès a couronné mes efforts à la grande satisfaction du patient.

OBSERVATIONS (1). — Mes premiers essais pour obtenir la guérison de la transpiration abondante et fétide des pieds remontent à l'année 1869.

Dès cette époque, jusqu'au mois de juillet 1870, j'ai eu l'occasion de soigner cinq soldats qui étaient atteints de cette infirmité. J'ai essayé l'application du sous-nitrate de bismuth en poudre sur les parties malades et me souviens d'avoir obtenu la guérison après quelques jours de traitement. Un peu plus tard, dans le courant de l'année 1873, j'ai traité deux soldats du 34e régiment d'infanterie de la même manière.

Le premier, âgé de vingt-trois ans, me déclara que depuis son bas âge, il était atteint de cette infirmité. Je le fis mettre pieds nus, et aussitôt je sentis une odeur repoussante et très fétide qu'il était impossible de respirer sans en être profondément incommodé. Les pieds ne présentaient rien d'anormal, ils étaient le siège d'une transpiration très abondante, l'épiderme était dur et résistant, sans changement de couleur et seulement un peu ramolli entre les orteils. Je lui donnai 20 grammes de sous-nitrate de bismuth en poudre, lui recommandant de s'en servir de la manière suivante :

Après avoir mis ses pieds nus sur une feuille de papier, je lui dis de frotter ces parties sur tous les points avec le médicament, et surtout de ne pas oublier de faire cette opération sur la peau qui se trouve entre les orteils. Mes recommandations furent ponctuellement exécutées, et le 9 juin, deux jours après la première consultation, le malade vint me trouver, enchanté de son

(1) Nous avons dû, faute de place, abréger les observations qui nous avaient été envoyées *in-extenso*.

---

qui pourraient survenir de ce chef, il avait préparé une quantité respectable de boîtes qu'il céderait au prix modeste de trois dollars et demi, pas un cent de moins. Certains s'y laissèrent prendre et achetèrent. L'extrait de Corassa apimis c'était du bicarbonate de soude; l'Alkermès latifolia, de la poudre de lycopode. Le tour est vieux comme le monde et il réussit toujours, même dans le pays de Barnum!

— Aux Indes anglaises, Mlle H. Johnson, directrice de la mission médicale d'Agra, s'intéresse tout spécialement aux femmes indigènes. Leur situation peu enviable lorsqu'elles sont bien portantes devient épouvantable aussitôt qu'elles sont malades (il est probable qu'il s'agit de femmes musulmanes). Partout, grâce aux habitudes sociales et aux préjugés religieux, on les tient étroitement séquestrées; l'absence d'exercice, une alimentation insuffisante, les rendent faibles et anémiques au dernier point; le mode d'habitation, l'absence de toute mesure d'hygiène et de nettoyage rendent meurtrières pour elles les moindres affections épidémiques. Aucun homme ne pouvant arriver jusqu'aux malades, elles sont privées de tout secours; si par impossible des médicaments européens pénètrent de seconde main dans l'atrium de l'Hindou, ses femmes n'en profitent guère, car il faut compter avec l'opposition jalouse et superstitieuse de l'entourage. Pour remédier à ce déplorable état de choses, miss Johnson propose un mesure très rationnelle, très pratique : former des praticiens du sexe féminin. Elle a ouvert à Bombay une souscription destinée à élever un grand hôpital réservé aux femmes indigènes et dans lequel les soins seraient donnés exclusivement par des femmes médecins.

— Un journal de l'Australie relate un mode d'infection syphilitique dont les médecins se sont peu occupés jusqu'à ce jour.

En 1848, un nommé Sutton vécut quelque temps parmi les Swarka, tribu canaque de la Nouvelle-Calédonie et fut

nouvel état, me priant de vouloir bien continuer le traitement. En examinant de nouveau les pieds de mon malade, je pus me convaincre que la sueur était moins abondante qu'à la première consultation, que l'épiderme paraissait plus fort et plus résistant, et que l'odeur dont ces parties étaient le siège deux jours auparavant avait très sensiblement diminué. Le traitement fut encore continué pendant deux jours, conformément aux règles énoncées plus haut et, le 11 juin, je revis de nouveau mon malade. Cette fois encore la sueur était moindre qu'au moment de la dernière visite; l'épiderme plus fort et l'odeur à peine sensible. Le traitement fut continué encore pendant huit jours, et au bout de ce temps la guérison était complète.

Je revis mon malade pour la dernière fois, le 25 août de la même année, et pus constater que la guérison s'était maintenue sans la moindre récidive.

Le second malade fut guéri au bout de quinze jours par le même traitement, et la guérison persistait cinq mois plus tard.

Dans un troisième cas, où avec la sueur fétide existaient de nombreuses ulcérations épidermiques, le même traitement amena la guérison en quinze jours.

Dans un quatrième cas où les douleurs étaient très vives, surtout la nuit, et où de nombreux traitements avaient échoué, les frictions faites journellement avec 30 grammes de sous-nitrate de bismuth produisirent un résultat très favorable en six jours.

Trois fois encore les mêmes résultats ont été obtenus, qu'il y ait eu ulcération et douleur ou seulement sécrétion fétide. Jamais la suppression de la sécrétion sudorale n'a eu d'effet nuisible sur la santé générale.

Du mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la sueur abondante et fétide des pieds.— Le lecteur est dès à présent convaincu que la thérapeutique possède un agent puissant, un médicament sûr pour la guérison de la transpiration abondante et fétide des pieds. Le sous-nitrate de bismuth en poudre guérit, en effet, comme nous venons de le voir, cette infirmité sous toutes les formes qu'elle peut revêtir. Nous pensons avoir également démontré que ce médicament, qui est d'une application facile et exempte de danger, guérit la transpiration exagérée des pieds sans provoquer aucun de ces accidents de métastase que les médecins redoutaient de voir arriver, comme conséquence de la suppression brusque de la sueur.

Il nous faut actuellement rechercher quel est le mode d'action de ce médicament; quels sont les effets qu'il produit sur les parties où on l'applique; de quelle manière enfin il parvient à guérir l'affection dont nous nous occupons.

Le premier effet que l'on constate, le second ou le troisième jour après l'application du sous-nitrate de bismuth sur des pieds qui sont le siège d'une sécrétion exagérée et fétide, consiste dans une modification des divers éléments de la peau dont le résultat fonctionnel est une diminution immédiate de la production de la sueur.

L'épiderme devient plus fort, plus résistant; il perd sa teinte blanche, il est moins ridé et adhère plus intimement au derme sous-jacent. En même temps que l'épiderme devient plus fort et plus résistant, certaines propriétés physiologiques des organes annexés à la peau sont modifiées. La sécrétion des glandes sudoripares est diminuée, leur produit est moins âcre, moins irritant; il en est de même de la matière grasse sécrétée par les glandes sébacées, qui diminue de quantité pendant que ces modifications se produisent; les douleurs violentes dont ces parties sont quelquefois le siège diminuent peu à peu et finissent par disparaître complètement. C'est environ vers le dixième jour du traitement que les parties malades ont récupéré leurs qualités normales et que la guérison complète est obtenue.

Reste à savoir si ces changements dont la peau et ses annexes sont le siège, se maintiennent longtemps, si l'application du sous-nitrate de bismuth en poudre détermine des modifications permanentes dans les parties où on l'applique, ou si son action est simplement passagère, s'il agit en diminuant la sécrétion de la sueur, ou seulement si cette humeur se trouve modifiée dans ses propriétés. Nous pouvons dire que, dans la généralité des cas, le sous-nitrate de bismuth agit d'une façon permanente, que les modifications qu'il détermine dans les parties où on l'applique sont de longue durée, et que c'est grâce à elles que la guérison de la sueur abondante et fétide des pieds se produit.

Tels sont les résultats que nous permet d'enregistrer l'étude attentive des observations que renferme ce travail. Nous avons vu, en effet, que dans tous les cas la guérison s'est maintenue longtemps après la fin du traitement. Il y a eu une seule exception, qui concerne une jeune fille qui fait le sujet de notre sixième observation.

Dans ce cas, nous avons vu que les changements imprimés aux tissus par le sous-nitrate de bismuth se sont en partie maintenus, sauf en ce qui concerne la sueur qui, après avoir disparu pendant deux mois, s'est ensuite montrée très abondante, mais sans mauvaise odeur.

Ces changements que le sous-nitrate de bismuth imprime aux téguments des pieds qui transpirent abondamment, comment sont-ils obtenus? Quels sont les éléments de la peau et de ses annexes qui sont modifiés? Pour produire cette action, le sous-nitrate de bismuth exerce-t-il une action purement locale, ou bien agit-il sur la circulation? Nous avouons facilement notre embarras à trancher ces questions, cependant il ne nous paraît pas improbable que, sous l'influence de l'acide sulfhydrique qui se trouve en abondance dans la sueur des pieds, le sous-nitrate de bismuth perd une partie de sa base, et que, devenu acide, il exerce sur la peau une action astringente et cathérétique. C'est sous cette influence que l'épiderme prend plus de force, devient plus résistant, se sépare plus difficilement du derme sous-jacent. C'est également sous cette influence qu'à notre

même adopté par elle. Plus tard, il l'abandonna on ne sait pour quelle cause, poussa l'ingratitude jusqu'à faire feu sur les membres que la tribu lui députa pour l'engager à revenir. Les Swarka attendirent une occasion propice et attaquèrent son camp, établi dans une île peu distante. Il se défendit avec courage, mais le nombre finit par l'emporter. Son cadavre pris par ses adversaires fut enseveli selon leurs rites habituels, c'est-à-dire qu'après l'avoir fait cuire le mieux possible, ils s'en régalèrent. Voici où le bizarre commence: il paraît que Sutton était en pleine syphilis, du moins le correspondant du journal l'affirme; quelques jours plus tard, tous les guerriers qui avaient pris part au festin de victoire étaient morts empoisonnés.

L. Thomas.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le conseil supérieur de l'instruction publique vient d'adopter trois projets de décret relatifs à l'enseignement supérieur.

Le premier fixe le régime d'études des aspirants au titre d'officier de santé: tout candidat, en prenant sa première inscription, doit justifier, à défaut d'un diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le second projet de décret concerne les Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie; il accorde aux aspirants au doctorat en médecine, élèves de ces Écoles, le privilège nouveau d'y prendre seize inscriptions.

Un troisième projet de décret réorganise les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, fixe à 2500 francs le traitement des professeurs titulaires, ajoute la physique aux matières de l'enseignement, établit six professeurs suppléants au lieu de quatre, et impose aux villes l'obligation de mettre à la disposition des Écoles une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

avis la circulation se ralentit dans ces parties; il arrive alors que les glandes sudoripares et les follicules sébacés sécrètent moins de matière grasse; en même temps, le derme protégé par son revêtement plus épais et plus résistant, n'étant plus à nu, ne provoque plus de douleurs.

Tel est, en quelques mots, le mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans la guérison de la transpiration abondante et fétide des pieds.

Conclusions. — 1° La transpiration exagérée des pieds, sous quelque forme qu'elle se présente, soit qu'elle se traduise par une simple hypersécrétion de la sueur, soit qu'elle s'accompagne de vives douleurs, soit enfin qu'elle se manifeste par une sueur abondante et fétide des pieds, est facilement guérie avec des frictions faites sur les parties malades avec le sous-nitrate de bismuth en poudre.

2° Contrairement à l'opinion généralement répandue, et d'après laquelle la suppression de la transpiration exagérée pourrait entraîner des accidents de métastase nombreux, mes observations démontrent que la guérison de cette infirmité par le sous-nitrate de bismuth en poudre n'a jamais été suivie d'accidents, qui, s'ils ont été observés, devraient être attribués aux méthodes de traitement employées jusqu'à ce jour.

3° Dans la guérison de cette affection, le sous-nitrate de bismuth paraît exercer une action purement locale; il modifie la surface cutanée, la rend plus forte, plus résistante. Cet agent exerce probablement aussi une action sur les glandes sudoripares et les follicules sébacés, en changeant la qualité et la quantité de leurs produits. Il se pourrait enfin que cette substance, par suite des changements qu'elle fait subir aux parties sur lesquelles on l'applique, provoquât des modifications profondes dans la circulation capillaire.

4° Dans certains cas, le sous-nitrate de bismuth ne supprime que temporairement la sueur abondante des pieds; mais même alors il fait disparaître d'une manière permanente l'odeur fétide, ainsi que la douleur des pieds, qui fréquemment sont la conséquence de cette sécrétion exagérée, font le désespoir des malades et avaient résisté jusqu'ici à tous les traitements.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR LA CAUSE DE LA MORT DES ANIMAUX D'EAU DOUCE QU'ON PLONGE DANS L'EAU DE MER ET RÉCIPROQUEMENT. Note de M. *Paul Bert.* — Dans une série de travaux communiqués à l'Académie de médecine en 1871, M. P. Bert avait démontré : 1° que, dans la mort des animaux d'eau douce plongés dans l'eau de mer, il n'y a pas, comme l'avait cru un physiologiste distingué, empoisonnement par la potasse ou la magnésie; 2° qu'une quantité donnée de sodium ou de magnésium est beaucoup plus dangereuse à l'état de chlorure qu'à l'état de sulfate; 3° que les sulfates, à la dose où ils existent dans l'eau de mer, n'ont aucune action appréciable; 4° que si l'on suppose, comme cela est possible, tout le magnésium de l'eau de mer à l'état de chlorure, ce sel jouerait un rôle dans la mort des animaux d'eau douce (les vairons y meurent en quatre heures quarante-cinq minutes); que, même dans cette hypothèse, la mort aurait lieu, surtout par le chlorure de sodium formé aux dépens du reste du chlore non uni au magnésium (les vairons y meurent en trente-trois minutes); 5° que si l'on suppose tout le chlore de l'eau de mer uni au sodium, la mort arrive dans une telle solution au bout du même temps que dans l'eau de mer pure (vingt-cinq minutes). D'où la conclusion que c'est le chlorure de sodium qui est, dans l'eau de mer, la substance mortelle pour les animaux d'eau douce.

Dans une note adressée le 2 juillet dernier à l'Académie des sciences, M. de Varigny est arrivé aux mêmes résultats.

M. P. Bert a étudié ensuite le mécanisme de la mort des animaux d'eau douce plongés dans l'eau de mer. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

Elle a lieu chez les animaux dont le corps est recouvert d'un mucus protecteur, par une action exosmotique sur les branchies, dont l'épithélium devient opaque, et où la circulation sanguine s'arrête. Cette action, s'exerçant sur les yeux, rend opaques les couches antérieures du cristallin.

Chez les animaux sans mucus, comme les grenouilles, les têtards, etc., l'exostose a pour conséquence une dessiccation de l'animal qui périt après avoir perdu un quart à un tiers de son poids. On peut drainer et tuer une grenouille en plongeant simplement une de ses pattes dans l'eau de mer.

Ainsi, une anguille adulte, bien intacte, vit très longtemps dans l'eau de mer; mais, pour peu qu'on ait essuyé sur quelques points du corps le mucus qui la revêt, elle périt en quelques heures.

J'ai étudié, à ce propos, l'influence de la température de l'eau (plus elle est basse, plus les animaux résistent), de la taille des animaux (plus ils sont grands, plus les animaux résistent) et la durée de la survie d'un grand nombre d'espèces (poissons, batraciens et têtards, crustacés, larves d'insectes, annélides, etc.) : l'anguille, puis le saumon et l'épinoche se sont montrés particulièrement résistants; l'ablette est, au contraire, le plus susceptible des poissons.

En ajoutant chaque jour à l'eau douce dans laquelle vivaient les poissons, têtards, crustacés, etc., et aussi des conferves, de petites quantités d'eau de mer, j'étais arrivé, à l'époque où j'ai publié mes premières Notes, à une demi-accoutumance. Je veux dire par là que ces êtres continuaient à vivre dans une eau progressivement salée où périssaient rapidement ceux de même espèce quand on les y plongeait au sortir de l'eau douce. Depuis, j'ai obtenu une accoutumance entière, c'est-à-dire que les animaux ainsi lentement transformés par leur séjour dans l'eau amenée à un degré de salure un peu supérieur à la moitié de celui de l'eau de mer périssaient quand on les remettait dans l'eau douce, leur milieu primitif. Ces expériences ont été faites sur de petits crustacés, les *Daphnies puces.* Ces animaux m'ont présenté un phénomène très intéressant. Quand l'eau douce où ils vivent est arrivée en quelques jours à un degré de salure correspondant environ au tiers de celui de l'eau de mer, ils meurent tous assez rapidement; mais quelques jours plus tard on voit reparaître des daphnies nouvelles, qui proviennent des œufs de celles qui sont mortes. Il y a ainsi acclimatation, non dans l'individu, mais dans l'espèce. Ces daphnies diffèrent notablement par la taille de celles qui les ont précédées; mais l'examen microscopique n'a fait reconnaître aucune modification appréciable dans leur structure. Les infusoires (paramécies, kolpodes, vorticelles, diatomées) de l'eau douce et les conferves résistent parfaitement à un degré de salure qui tue les poissons et les crustacés. Il en est de même des notonectes, des arachnides aquatiques, et à un moindre degré des larves de cousins et de chironomus. En général, le degré de salure plus ou moins rapidement mortel pour les animaux d'eau douce correspond environ au tiers de celui de l'eau de mer. On peut assez aisément les amener à vivre dans l'eau progressivement salée jusqu'à un degré de salure un peu supérieur à la moitié de celui de l'eau de mer. Au delà on éprouve les plus grandes difficultés à obtenir l'acclimatation, et il faut ralentir beaucoup la salure; elle ne doit pas être de plus de 0gr,1 par litre et par jour.

Ayant déterminé complètement, dès 1871, la cause et le mécanisme de la mort des animaux d'eau douce immergés dans l'eau de mer, je me suis occupé du problème inverse, je veux dire de la mort des animaux d'eau de mer que l'on plonge dans l'eau douce. J'ai vu que, inversement, c'est la suppression du chlorure de sodium qui occasionne la mort. Je n'ai pu le remplacer ni par les sels de soude, ni par ceux de magnésie, ni par le sucre, la glycérine et autres substances destinées à donner à l'eau douce la densité de l'eau de mer. L'eau douce agit par endosmose exagérée, gonflant les branchies des poissons, où la circulation s'arrête, et aussi celles des mollusques et des annélides, rendant opaques les épithéliums transparents, supprimant la contractilité des chromatophores des céphalopodes, des muscles des annélides,

de l'Amphioxus, etc. J'ai commencé des expériences sur l'acclimatation des animaux d'eau de mer dans l'eau douce. Elles m'ont donné des résultats analogues à celles que je viens de rapporter dans le cas inverse, c'est-à-dire que l'acclimatation se fait assez facilement jusqu'à une diminution d'un tiers environ dans la salure de l'eau de mer, et qu'au delà la mort arrive très aisément. J'ai, du reste, recommencé depuis quelques semaines ces expériences au laboratoire du Havre. J'en ai mis d'autres en train, qui, je crois, n'ont jamais été tentées depuis Beudant. Elles consistent à étudier l'action sur les animaux marins d'une augmentation progressive dans la salure de l'eau de mer elle même. Ces diverses recherches présentent un grand intérêt, non seulement au point de vue de la physiologie des épithéliums, mais pour l'histoire générale des êtres aquatiques pendant l'époque actuelle et dans les temps géologiques.

Sur le mal des montagnes, par M. *A. d'Abbadie*. — M. d'Abbadie a communiqué à l'Académie une lettre écrite par M. Ch. Vattier, ingénieur civil. Dans cette lettre se trouvent décrits les symptômes de la *puna* ou *mal des montagnes* que l'on observe sur les sommets de la Cordillière.

Comme le fait remarquer M. *P. Bert*, cette communication ne méritait pas de prendre place dans les *Comptes rendus* de l'Académie, vu qu'elle ne renferme rien de nouveau. Elle contient, au contraire, une erreur grave en recommandant la saignée comme moyen préventif ou curatif du *mal des montagnes*.

Nouvelle contribution a l'étude des concrétions sanguines intra-vasculaire, par M. *G. Hayem*. — Après avoir établi, dit l'auteur, que les lésions de la paroi vasculaire produisent, par leur influence sur les hématoblastes, des concrétions sanguines auxquelles on pourrait donner le nom de *caillots par battage*, il restait à rechercher l'action que peuvent exercer les modifications du plasma sur la coagulation.

Pour y parvenir M. Hayem a fait usage du procédé suivant. Lorsqu'on comprend entre deux ligatures, sur l'animal vivant, un segment veineux (une portion de la jugulaire externe par exemple), de manière qu'il reste gonflé de sang, on sait qu'il s'écoule un temps assez long avant que le sang soustrait de la sorte à la circulation se coagule. Qu'on pratique alors une injection intra-veineuse à l'aide d'un liquide pouvant altérer la constitution du sang, on conçoit que la coagulabilité de ce liquide pourra être profondément modifiée et que le sang arrêté dans la seconde jugulaire, comprise à son tour entre les deux ligatures, pourra se comporter autrement qu'à l'état normal. En opérant avec des liquides de composition variable, il sera donc possible de reconnaître, à l'aide de cette méthode, l'influence particulière exercée par chacun d'eux sur la coagulabilité du sang en question.

A la suite d'une série d'expériences, M. Hayem est arrivé aux résultats suivants :

I. Un certain nombre de liquides introduits, même en très faible proportion, dans les vaisseaux, déterminent la coagulation plus ou moins rapide du sang en stagnation, sans entraîner aucun trouble de la circulation générale, ni aucune lésion organique. Le plus actif de ces liquides est le sérum du sang emprunté à l'animal lui-même ou à un animal de même espèce; de sorte qu'en se servant chez le chien de sérum de sang de chien, on a sous les yeux un animal qui présente des particularités singulières. D'un côté, dans une des jugulaires (celle qui a été liée avant l'injection intra-veineuse), le sang en stagnation est parfaitement liquide; de l'autre, au contraire, il est complètement coagulé, et cependant la circulation générale continue à s'effectuer normalement.

II. L'eau distillée, la solution aqueuse de ferment de la fibrine, le sérum artificiel au chlorure de sodium (dans la proportion de 5/1000e), les injections de sang complet ou défibriné augmentent également, dans une mesure plus faible et variable, la coagulabilité du sang en stagnation.

III. Les sérosités naturelles non spontanément coagulables, comme celle de l'hydrocèle, sont, en général, complètement inactives, même lorsqu'elles sont introduites dans le sang en forte proportion.

IV. L'injection de sérum de sang étranger, de sérum de bœuf chez le chien, est suivie d'effets tout particuliers qui me paraissent avoir un grand intérêt. Après l'introduction d'une proportion suffisante de sérum de bœuf dans les vaisseaux du chien, le sang de cet animal devient immédiatement grumeleux. Retenu par des ligatures dans un segment veineux, au lieu de rester liquide ou de se prendre en masse comme dans les cas précédents, il laisse déposer de petites concrétions ressemblant à un précipité, et, retiré du vaisseau, il a perdu plus ou moins complètement la propriété de se coaguler. Le sang en circulation charriant les mêmes concrétions, cette expérience détermine un état morbide grave qui entraîne assez rapidement la mort de l'animal, tandis que les injections précédentes sont inoffensives.

Les principaux symptômes de cet état pathologique consistent en une diarrhée sanguinolente, parfois très abondante, en une anurie le plus souvent complète et en un abaissement de la température centrale.

L'autopsie des animaux fait reconnaître que ces phénomènes sont la conséquence d'embolies multiples, et par suite d'infarctus hémorrhagiques.

Les principaux siègent habituellement dans la muqueuse intestinale, le parenchyme des reins, de la rate et du foie, dans les muqueuses vésicale et stomacale. On en peut trouver également dans beaucoup d'autres points, notamment dans les poumons et dans les séreuses péritonéale, péricardiaque, pleurale.

Les principales déductions qui peuvent être tirées de ces expériences sont les suivantes :

1° L'intégrité de la paroi vasculaire n'est pas la seule condition essentielle qui intervienne dans le maintien de la fluidité du sang. Une seconde condition paraît tout aussi importante : c'est le mouvement du sang dans les vaisseaux, puisqu'un sang capable de se coaguler lorsqu'il est stagnant reste cependant parfaitement liquide dans tous les points où il circule. Le caillot qui se forme dans ces circonstances ayant les mêmes caractères que le coagulum obtenu lorsque le sang issu du corps est abandonné au repos dans un vase, on peut l'appeler *caillot par stase* ou par *stagnation*, pour le différencier de la première variété ou *caillot par battage*.

2° Les phénomènes qui succèdent à l'introduction du sérum du sang de bœuf dans le sang du chien nous conduisent à admettre une troisième variété de coagulation pendant la vie. Je propose de lui réserver le nom de *coagulation par précipitation*.

3° En tenant compte de la composition des liquides injectés et du mode d'action que chacun d'eux peut exercer sur les éléments figurés et la constitution du sang, on arrive à ces deux conclusions : (*a*) L'augmentation de la coagulabilité du sang stagnant, sous l'influence des injections intra-vasculaires, est due soit à la mise en liberté du ferment de la fibrine par altération du sang lui-même, soit à l'introduction directe de ce ferment contenu dans certains liquides albuminoïdes. (*b*) La formation des caillots par précipitation est due à la réunion de ces deux causes d'altération du sang, agissant avec une grande intensité. C'est du moins ce qui paraît se produire lorsqu'on injecte du sérum de bœuf dans le sang du chien.

4° Ces expériences permettent encore de supposer que, dans la production des coagulations spontanées chez l'homme, les substances albuminoïdes du sang jouent un rôle important; que peut-être même certaines maladies hémorrhagipares, la *purpura hemorragica* par exemple, sont dues parfois à une altération du plasma, capable de déterminer une coagulation par précipitation.

5° La possibilité de rendre le sang stagnant plus coagulable en introduisant dans le torrent circulatoire des liquides ne faisant éprouver aucun préjudice à l'organisme est applicable en thérapeutique au traitement des hémorrhagies graves et peut-être à la cure des anévrysmes. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Contribution a l'histoire du développement du cœur, par M. *G. Assaky*.

I. Le premier rudiment du cœur paraît être double. Lorsqu'on examine par la face ventrale le cœur d'un embryon de poulet au bout de quarante-deux heures d'incubation, il n'est pas rare de constater que sa cavité est séparée en deux moitiés symétriques, par une cloison médiane qui commence, en arrière, au point d'abouchement des veines omphalo-mésentériques, traverse la portion ventriculaire et va se perdre, en avant, avec la portion bulbaire du cœur, au moment où celle-ci plonge vers les parties profondes. Cette cloison, qui suit la direction générale du cœur et décrit, par rapport à l'axe médullaire, une courbe à convexité

droite, n'offre pas toujours les mêmes caractères d'épaisseur et de continuité. Elle est parfois interrompue dans son trajet, et la solution de continuité porte alors sur la portion ventriculaire proprement dite. En avant, il reste un vestige de cloison qui se prolonge du côté du bulbe artériel, et l'on trouve, d'autre part, dans la région des veines omphalo-mésentériques, un éperon plus ou moins saillant.

II. Le myocarde est constitué au début par des cellules anastomosées en réseau ; les fibrilles musculaires naissent par génération endo-cellulaire. Chez l'embryon de poulet au deuxième jour de l'incubation, on voit partir du protoplasma clair et homogène qui constitue le corps de ces cellules des prolongements qui se rendent aux cellules voisines. Ces prolongements, que la dissociation peut seule mettre en évidence, n'ont dans les premiers temps aucune direction déterminée et ils se présentent avec des dimensions qui varient avec l'écartement qu'on a artificiellement imposé aux cellules. Une dissociation poussée trop loin rompt ces connectifs et donne aux cellules une forme générale allongée. Les cellules musculaires du deuxième jour sont pourvues d'un noyau volumineux, allongé, granuleux. Chez l'embryon du troisième jour, les cellules et les noyaux conservent à peu près les mêmes caractères, sauf cependant que le protoplasma paraît un peu moins clair et moins homogène. Au quatrième jour, le protoplasma prend un aspect granuleux irrégulier, les noyaux ont une forme arrondie, ils possèdent un ou deux nucléoles manifestes et leur volume équivaut à celui de la moitié des noyaux du deuxième jour. Au cinquième jour de l'incubation, les cellules musculaires présentent une striation longitudinale très marquée. Lorsque les cellules n'ont pas été écartées, l'état strié se continue d'une cellule à l'autre sans solution apparente de continuité ; lorsqu'au contraire les cellules ne sont plus juxtaposées, les stries des prolongements rétablissent seules les connexions. Les noyaux sont ovalaires et contiennent en général deux nucléoles brillants. Chez l'embryon humain de la huitième semaine, les cellules allongées, munies d'un noyau nucléolé, sont parcourues d'une striation longitudinale qu'on retrouve dans toutes leurs ramifications, fait constaté déjà par M. Ch. Robin.

III. Les cellules musculaires du cœur reconnaissent, selon toute probabilité, pour origine des cellules migratrices du feuillet moyen.

STRUCTURE ET TEXTURE DE LA RATE CHEZ « L'ANGUILLA COMMUNIS », par M. *C. Phisalix.*

RECHERCHES SUR LA TEXTURE DE LA VENTOUSE DES CÉPHALOPODES, par M. *P. Girod.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1883.— PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

L'Académie reçoit, pour le concours du prix Orfila de 1884, un mémoire manuscrit, intitulé: *De la vératrine et de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc;* le nom de l'auteur est renfermé dans un pli cacheté, ayant pour devise: « Dans l'état actuel de la science, l'action propre de la sabadilline et de la sabatrine demanderait à être étudiée spécialement » (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* article SABADILLINE). (Inscrit sous le n° 1.)

M. *Gariel* dépose sur le bureau le compte rendu de la session de 1882 (à La Rochelle) *de l'Association française pour l'avancement des sciences.*

M. *Tarnier* présente un *appareil destiné à la cuisson prolongée du lait,* imaginé par M. le docteur *Albrecht,* professeur agrégé à l'Université de Berne.

LATHYRISME. — M. *Magne,* à l'occasion du procès-verbal, rappelle qu'un jugement en date de 1840 a constaté les effets pernicieux chez l'homme et chez les animaux de l'usage alimentaire de la jarosse, *Lathyrus cicera.* Les grains de l'*Ers ervum ervilia,* du *Lentillum ervum lens* sont également nuisibles, surtout pour le cheval et le mouton.

FIÈVRE TYPHOÏDE ET CASERNEMENT. — A l'occasion des discussions qui ont eu lieu récemment à l'Académie au sujet des fièvres typhoïdes, les casernes ont été mises en cause. M. *Tollet* estime que ce n'est pas sans raison; car de toutes les armées européennes, l'armée française est celle qui est la plus éprouvée par les épidémies. Le mal va en croissant; la mortalité, qui était de ce chef de 2 pour 1000 hommes de 1862 à 1874, s'est élevée depuis la nouvelle organisation de l'armée à 3,20 pour 1000, tandis qu'elle n'est que de 0,95 en Prusse, soit du tiers, et de 0,31 en Angleterre, soit du dixième. En résumé la France a perdu dans les casernes, depuis dix ans, 40 000 hommes, dont 15 000 hommes par la fièvre typhoïde. Plus de 6000 jeunes gens entrés bien portants au service militaire ont été réformés pour maladies ou infirmités. La mortalité pour l'armée entière est plus élevée que pour les jeunes gens du même âge laissés dans leur famille comme étant d'une faible constitution. Enfin on compte annuellement dans l'armée 7 millions de journées de malades et 240 entrées à l'hôpital pour 1000 hommes, dont 12 pour fièvre typhoïde. Ces déplorables résultats sont attribués principalement à la mauvaise installation du casernement qui agglomère les masses vivantes sur des surfaces de terrains trop restreintes, et dans des bâtiments massifs à étages superposés où les rations d'air sont trop parcimonieusement mesurées et insuffisamment renouvelées.

M. Tollet a cherché, dès 1871, à remédier autant que possible à cette situation par un système de casernement qui porte son nom, lequel a pour bases principales : 1° l'emplacement en dehors des grands centres de population ; 2° le fractionnement des groupes par unités d'effectif : 100 hommes au plus par bâtiment ; 3° la dissémination des bâtiments sur une surface de terrain suffisante pour que les intervalles libres permettent l'accès de l'air et de la lumière sur toutes les parois enveloppantes des salles ; 4° une disposition architecturale qui réduit de moitié le cube des matériaux recéleurs des miasmes, supprime les étages, les cloisonnements, les charpentes saillantes, porte au double les rations d'air et favorise au maximum la ventilation naturelle ; 5° la division des logements en salles de jour (écoles, salles d'exercices, réfectoires) et salles de nuit ou dortoirs. — Appliqué depuis 1872, dans le 8ᵉ corps d'armée, pour 3000 artilleurs et 36 000 fantassins, ce système a donné des résultats encourageants. Les statistiques officielles de l'armée française prouvent, en effet, qu'il n'y a pas eu d'épidémie dans les casernes Tollet depuis qu'elles existent, sauf des cas de diphthérie constatés dans 4 pavillons seulement sur 64 dont se compose le casernement de la 8ᵉ brigade, et le mal a été si peu grave que la mortalité du régiment atteint est restée encore au-dessous de la moyenne générale. En ce qui concerne les maladies dites de refroidissement que l'on pouvait craindre dans des salles placées presque au rez-de-chaussée, très largement ventilées, elles ont été un peu au-dessous de la moyenne générale. Quant aux maladies de toute nature, elles sont de moitié moins nombreuses que dans l'armée entière. La mortalité au 1ᵉʳ régiment d'artillerie a été réduite de moitié, depuis que les baraques en bois qu'il habitait ont été transformées sur le même emplacement.

Sans vouloir s'appuyer sur les statistiques, les commissions d'hygiène, se basant sur les conditions sanitaires et économiques présentées par leurs installations du nouveau système, ont conclu à l'unanimité à son adoption. Le Sénat, saisi de la question, a également émis pour son extension des vœux qui sont restés lettre morte et on a continué à construire les casernes d'après les anciens types. Le nouveau système a été écarté sous divers prétextes, et on a surtout exagéré quelques défauts de détail dus à une insuffisance de crédits et qui n'infirment en rien ses qualités sanitaires et économiques. On s'est plaint surtout de la longueur des parcours horizontaux occasionnés par l'espacement des groupes; or cet espacement est une des principales conditions sanitaires et on n'a pas tenu suffisamment compte de la suppression des escaliers, réceptacles de toutes les malpropretés et des fatigues occasionnées par leur ascension. — La communication de M. Tollet est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. *Rochard, Larrey* et *Léon Colin.*

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN ÉGYPTE. — M. *Fauvel,* inspecteur général des services sanitaires, fait une importante

communication sur la situation en Egypte, l'origine de l'épidémie et les chances que l'Europe a d'en être préservée. Nous n'insisterons pas sur l'exposé des faits; ils confirment les indications que la *Gazette* reproduit depuis plusieurs semaines et ils montrent nettement que le choléra a été importé à Damiette par des marchands arrivés de Bombay sur des navires en patente nette, malgré la recrudescence du choléra dans ce port depuis quelque temps. Les autorités anglaises, par esprit mercantile, se sont toujours refusées à considérer comme infectés les ports indiens tant que le choléra n'y est qu'à l'état endémique; or ce ne sont pas les natifs, ainsi que l'a démontré M. Fauvel, qui y contractent la maladie, mais bien les personnes venant s'embarquer dans ces villes; le choléra n'existe pas dans l'intérieur de l'Inde, mais c'est aux ports d'embarquement qu'il existe de tout temps, frappant les personnes non acclimatées, d'où la nécessité de ne jamais accorder de libre pratique aux navires qui en partent. C'est ainsi que l'Angleterre a agi elle-même quand son armée a été directement menacée l'année dernière; mais cette année, sa situation dans « les conseils de l'Egypte » lui a permis d'annihiler l'action tutélaire du Conseil sanitaire international d'Alexandrie et de supprimer en fait les mesures sanitaires auxquelles l'Egypte devait depuis longtemps d'être préservée.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'au Caire l'épidémie prendra de grandes proportions et que de ce foyer la maladie va s'étendre à toute l'Egypte. Le premier soin de l'autorité anglaise a été de mettre autant que possible les troupes britanniques à l'abri de l'épidémie en les envoyant camper et en les isolant à quelque distance de la ville. On affirme cependant que quelques hommes parmi les troupes auraient déjà été atteints. Mais, Alexandrie étant contaminée, il n'est pas douteux que commence pour l'Europe la période de grand danger, et c'est ainsi que se pose la question des chances que nous avons d'y échapper.

S'il existe actuellement des accidents cholériformes, comme cela a lieu chaque année à pareille époque, accidents qui n'ont qu'une analogie grossière avec le choléra asiatique, il n'en reste pas moins prouvé que cette maladie ne s'est pas encore propagée hors de l'Egypte. En 1865, la propagation fut rapide, mais l'Europe n'était pas alors préparée à se défendre. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, et on peut dire qu'à certains égards les moyens de défense sont exagérés, et que sous ce rapport l'Angleterre paye chèrement la faute qu'elle a commise en Egypte. Pour avoir voulu épargner certaines mesures de précaution à quelques-uns de ses navires, tout son commerce est rudement frappé.

Les prescriptions quarantenaires sont plutôt exagérées qu'insuffisantes partout en Europe, mais autre chose est la prescription, autre chose est l'exécution, et il est à craindre que celle-ci ne fasse défaut sur quelques points. Le danger de l'invasion du choléra est en raison inverse de la distance du point infecté. C'est ainsi que la Syrie est le pays le plus menacé par sa proximité avec l'Egypte, mais l'extension du fléau dans ce pays ne compromettrait pas nécessairement l'Europe. Il n'en serait pas de même de Constantinople, si le choléra venait à y pénétrer. C'est en vain que la Russie, la Roumanie, la Bulgarie, etc., chercheraient à se garantir du fléau; celui-ci se ferait jour dans ces pays où le terrain est tout préparé pour le recevoir. Vient ensuite la Grèce, qui très probablement réussira à se préserver encore cette fois, grâce aux mesures d'isolement qu'elle vient d'adopter. Pour Trieste, les garanties sont moins certaines, car c'est là un des points faibles de la défense européenne. Le gouvernement italien fait tous ses efforts pour se garantir contre les provenances contaminées : mais que peuvent les bonnes intentions avec des moyens d'action insuffisants et contre les habitudes invétérées des agents chargés de l'exécution? Et comme la masse des fuyards se dirigera vers les ports d'Italie, il est à craindre que ce pays ne devienne la porte d'entrée du choléra en Europe. En Espagne, il y a peu à redouter.

Quant au littoral français, les mesures qu'on y pratique depuis le début de l'épidémie permettent d'affirmer qu'il y a bien peu de chances pour que le choléra pénètre en France de ce côté. Mais il ne faut pas oublier que les mesures prises par notre gouvernement n'auront plus qu'une efficacité restreinte le jour où le choléra aura pénétré en Europe. Dès lors, aucun obstacle sérieux ne pourrait être opposé à sa marche envahissante par les moyens de communications rapides qui unissent entre elles toutes les parties de l'Europe. Il ne resterait plus dans chaque pays qu'à se préparer à en diminuer les ravages par des mesures d'hygiène appropriées. Ainsi l'intérêt capital du moment consiste à prévenir l'invasion de l'Europe par un point quelconque de son territoire.

On a beaucoup agité la question de savoir si l'Angleterre, par le fait de son obstination à ne prendre chez elle aucune mesure de quarantaine contre les provenances des pays infectés, ne pourrait pas en ce moment être la voie d'introduction du choléra qui se propagerait ensuite au continent.

M. Fauvel ne partage pas cette crainte. On ne doit pas perdre de vue que l'Angleterre est en relations constantes avec les pays indiens où règne le choléra, sans qu'il en soit jamais résulté une importation de la maladie. La durée du voyage entre Port-Saïd et l'Angleterre n'est pas moindre de quatorze jours par les paquebots rapides. Or, après quatorze jours sans accidents cholériques à bord, il n'y a plus aucune chance d'importation par les personnes, et comme le gouvernement anglais déclare qu'en cas de cargaison suspecte, il a ordonné des mesures de désinfection, presque tout danger de ce côté est écarté. L'histoire du choléra en Angleterre montre, en effet, que toutes les fois que ce pays a été le théâtre d'une épidémie cholérique, c'est quand la maladie régnait dans les mers du nord de l'Europe que l'invasion a eu lieu.

Après les considérations qui précèdent, peut-on affirmer qu'il y ait encore des chances sérieuses pour l'Europe d'échapper à l'épidémie qui la menace? En tenant compte des lois auxquelles sont soumises les épidémies de choléra, l'orateur n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Une de ces lois est que plus une épidémie de choléra a une extension rapide et sévit avec violence dans un pays, plus sa durée est courte et son extinction rapide. Telle fut l'épidémie de 1865 en Egypte, où les médecins envoyés d'Europe n'eurent pas le temps d'arriver pour observer la maladie. A voir ce qui se passe aujourd'hui, il est probable qu'il en sera de même pour l'épidémie actuelle, et que d'ici à un mois, cinq semaines au plus, le choléra sera éteint en Egypte. On ne peut aller jusqu'à dire qu'après ce temps tout danger aura disparu pour l'Europe, car il y aura encore pendant quelque temps des cas retardataires et la désinfection du pays ne sera pas complète, mais le danger d'exportation sera considérablement diminué et la défense sera devenue plus facile. *Il est donc permis d'affirmer que si l'Europe continue à bien se défendre pendant un mois encore, elle aura des chances sérieuses pour échapper au choléra.*

En résumé, l'épidémie de choléra asiatique qui sévit en Egypte aujourd'hui, y a été importée de l'Inde. Cette importation est la conséquence de la suppression des mesures préventives qui défendaient le pays. La responsabilité en revient tout entière à l'autorité anglaise, venant à l'appui de la doctrine mercantile imaginée dans l'Inde. L'Europe, aujourd'hui, est grandement menacée de l'invasion du fléau, mais grâce aux mesures défensives instituées de toutes parts, et à la probabilité que l'épidémie n'aura qu'une courte durée en Egypte, il y a espoir fondé que l'Europe ne sera pas envahie.

Cette communication de M. Fauvel est accueillie par les applaudissements unanimes de l'Académie; seul, M. *Jules Guérin* déclare qu'il ne voit pas dans les faits actuels, qu'il est d'ailleurs difficile de contrôler, dit-il, des motifs suffisants pour admettre la doctrine de la contagiosité du cho-

léra, non plus que la nécessité des lazarets et des quarantaines et le rôle joué, à un point de vue purement égoïste et mercantile, par l'Angleterre. Il maintient son opinion ancienne que rien ne prouve l'importation du choléra de l'extérieur, et qu'il ne se produit d'épidémie cholérique dans un pays qu'autant que des accidents cholériformes nombreux ont montré l'existence d'un terrain favorable de germination.

M. *Fauvel* se borne à maintenir son opinion et à rappeler qu'elle a été adoptée à l'unanimité à la conférence de Constantinople, d'après l'examen de tous les faits d'observation.

M. *Jules Guérin* objecte que l'Académie a émis l'opinion contraire il y a cinquante ans. — C'est de l'histoire ancienne, lui réplique M. *Laboulbène.*

M. *Bouley* fait toutefois remarquer que l'origine de l'épidémie actuelle a la rigueur et la valeur d'une expérience scientifique; l'Egypte a été préservée du choléra et l'Europe par contre-coup, tant qu'on a pu y résister aux doctrines de l'Angleterre vis-à-vis des mesures quarantenaires. Du jour où elle a acquis assez d'influence dans ce pays pour pouvoir y faire supprimer ces mesures, le choléra n'a pas tardé à y être importé.

A la demande de MM. *Rochard* et *Bergeron* et sur l'observation de M. *le Secrétaire perpétuel* qu'il convient de ne pas enrayer les préparatifs sérieux de défense opposés par notre gouvernement contre l'invasion du choléra, il est décidé que le procès-verbal et le *Bulletin* mentionneront spécialement que la communication de M. Fauvel a obtenu l'assentiment unanime de l'Académie, tandis que les opinions émises par M. Jules Guérin n'ont recueilli que des marques, également unanimes, de désapprobation.

Consolidation des fractures chez les diabétiques. — Depuis onze ans, M. le professeur *Verneuil* a recueilli quatre observations concernant la consolidation des fractures chez les diabétiques. Dans la première, il s'agissait de fracture compliquée de la jambe gauche; dans la deuxième, d'une fracture de l'humérus chez un malade en état de misère physiologique très prononcé; la troisième était une fracture des deux os de l'avant-bras; et la quatrième, une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Ces quatre fractures étaient glycosuriques. Bien que ces faits soient en trop petit nombre pour qu'on en puisse tirer des conclusions définitives, ils permettent cependant de croire à l'influence fâcheuse exercée par le diabète sur la formation du cal. En effet, une fois sur quatre seulement, cette formation a paru normale, mais chez les trois autres patients, la réparation a été défectueuse. Par un singulier hasard même, ces trois cas représentent les trois degrés différents de la même lésion, savoir : la consolidation tardive, la consolidation imparfaite, la consolidation nulle.

Si l'on cherche les causes de ces anomalies du travail réparateur, il est difficile de contester le rôle de la dyscrasie, car dans ces trois cas la fracture, reconnue de très bonne heure, a été aussitôt réduite et très exactement maintenue avec de bons appareils. Le côté mécanique de la cure a donc été irréprochable. Il n'y a pas davantage à tenir compte de la petite plaie qui compliquait la fracture de jambe, car elle n'a pas suppuré, ni du mauvais état de santé et de la misère du deuxième blessé, pas plus que de la constitution chétive du premier, car on sait fort bien que l'état cachectique ne nuit pas, d'une façon générale, à la formation du cal. Il faut donc, d'une part, grossir d'une nouvelle unité la liste déjà si longue des causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures, et, d'autre part, charger d'un nouvel ordre d'accidents le bilan pathogénique déjà lourd de la glycosurie. Ce fait s'explique d'ailleurs facilement. Tous les chirurgiens savent que si les plaies se comportent parfois chez les diabétiques comme chez les sujets sains, elles deviennent par contre et assez souvent même le point de départ d'accidents sérieux, et le siège de complications locales variées. La formation du cal, n'étant, en somme, qu'une variété du processus traumatique général, est soumise aux mêmes éventualités. On peut donc, à priori, inscrire dans la pathogénie des pseudarthroses toutes les causes avérées de retard dans la cicatrisation des parties molles. Quant à la quatrième observation, dans laquelle la consolidation n'a subi aucun retard, malgré le mauvais état relatif du malade, M. Verneuil croit pouvoir l'expliquer en disant que ce blessé n'était atteint que de glycosurie éphémère et qu'il était beaucoup moins dyscrasique quant à la gravité, mais dyscrasique de la même manière. Enfin, en dehors de leur consolidation, les fractures ne présentent, chez les diabétiques, que la particularité d'être insensibles à la douleur; et il ne paraît exister aucun rapport entre la marche de la glycosurie et l'évolution du processus réparateur. Si bien, que, parmi les diverses théories émises sur l'origine du diabète, celle qui paraît le mieux prouvée par les observations précédentes, est assurément celle de M. le professeur Bouchard qui classe, sans hésiter, le diabète parmi les maladies imputables à un ralentissement de la nutrition, ou du moins traduisant ce ralentissement. En effet, la réparation des tissus blessés est une forme de nutrition, tout retard et surtout tout défaut dans les actes réparateurs implique la longueur et la suspension de cette nutrition. Parfois, l'hypertrophie ou la bradytrophie au point blessé résulte simplement des conditions locales, mais souvent aussi elle trahit l'atteinte plus ou moins profonde qu'a subie la grande fonction de la nutrition générale.

De ces faits et de ces considérations, corroborés par une observation analogue que vient de lui remettre M. Berger, M. Verneuil conclut par les propositions suivantes : 1° le retard et l'absence de consolidation constatés dans trois cas de fracture semblent devoir être rapportés à la dyscrasie simultanément reconnue, c'est-à-dire au diabète; 2° ce retard et cette absence de consolidation impliquent nécessairement un ralentissement ou une suppression du travail réparateur, forme particulière de la nutrition; 3° d'où il est permis de conclure que le diabète, lorsqu'il entrave ou empêche la formation du cal, traduit au moins, si même il n'occasionne pas directement, la diminution ou la suppression de la nutrition.

Société de chirurgie.

Séance du 11 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Kystes ovariques inclus dans le ligament large. — Résection du coude. — Tumeurs kystiques du cou.

M. *Terrillon* répond aux objections qu'on lui a faites dans la précédente séance à propos des kystes ovariques plus ou moins enclavés dans le ligament large. Il n'a pas eu la prétention de faire du nouveau sur ce sujet et il a cité Péan, Urdy, S. Wells, Kœberlé, Muller, etc., qui ont donné quelques notions sur cette question intéressante.

M. Terrillon a distingué les cas dans lesquels l'énucléation de la poche est facile, et les cas dans lesquels la décortication est difficile à cause des adhérences acquises. M. Terrier a probablement rencontré des cas appartenant à la première catégorie.

M. *Trélat* voudrait que le mot enclavement ne pénétrât point dans le langage chirurgical, à ce propos; il préfère le mot inclusion, parce qu'il s'agit de kystes qui se développent dans le ligament large, et non de kystes qui y pénètrent.

M. *Verneuil.* Il y a une différence capitale entre les kystes adhérents et les kystes inclus; ces derniers sont plus faciles

à énucléer ; les autres adhèrent parfois à des vaisseaux importants et leur ablation expose à des accidents.

— M. *Nepveu* lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude des résections du coude ;* trois observations recueillies dans le service de M. Verneuil.

— M. *Terrillon.* Une jeune fille de dix-huit ans portait depuis plusieurs mois trois tumeurs mobiles sous le muscle sterno-mastoïdien ; elles étaient fixées par la contraction du muscle. M. Terrillon fit l'ablation de ces tumeurs. Ce sont des poches kystiques ; l'une d'elles est intacte, les deux autres ont servi à l'examen histologique ; la malade est guérie.

Le liquide contenu dans les kystes est citrin, transparent ; la poche est traversée par des cloisons incomplètes. Si on fait des coupes de la paroi, on trouve des tubes garnis à l'intérieur d'épithélium cubique, à peu près comme dans les épithéliomas tubulés. En d'autres points encore, autour des tubes, on voit un réticulum comme dans les ganglions lymphatiques.

M. Terrillon n'a trouvé que deux cas semblables dans la science ; l'un est dû à Richard (*Bulletin de la Société de chirurgie*) ; mais l'examen histologique n'a pas été fait.

Le deuxième cas appartient à M. Verneuil et a été examiné par Muron (*Société de biologie*). On trouva en certains points un réticulum comme dans les ganglions lymphatiques ; pour Muron c'était un kyste développé dans un ganglion lymphatique. La structure de ces kystes a une certaine analogie avec la structure de certains kystes de l'ovaire ; il s'agirait d'une espèce d'épithélioma kystique.

M. *Lannelongue.* Il semble que ces kystes ont une origine ganglionnaire. M. Lannelongue a fait au Collège de France l'étude de kystes congénitaux du cou : il a aussi trouvé des tubes remplis d'épithélium et en divers points des tubes transformés en kystes. Voilà pour le développement des kystes congénitaux ; mais quelle est leur origine première ? Nous n'en savons rien. L'épithélium de ces kystes est différent de celui des ganglions lymphatiques. Dans les ablations qu'il a faites, M. Lannelongue a dû lier beaucoup de veines ; en outre, le liquide est parfois rempli d'éléments sanguins ; ce serait une raison pour admettre la théorie des kystes vasculaires.

M. *Monod* n'admet pas le développement dans les ganglions ; il se rattacherait plutôt à l'origine congénitale.

M. *Trélat* a vingt-cinq observations de kystes congénitaux du cou et il n'a pu en tirer l'origine certaine de ces kystes ; mais il serait porté à admettre l'origine veineuse.

M. *Richelot.* Les abcès froids des ganglions se métamorphosent et parfois ils contiennent un liquide clair, transparent.

M. *Lannelongue.* L'épithélium est la caractéristique du kyste ; les abcès tuberculeux transformés ne contiennent pas d'épithélium. L'origine première doit être le tissu vasculaire, car l'épithélium est analogue à celui des veines.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT (1).

Microbes dans les liquides de l'organisme normal : MM. Ollivier et Ch. Richet. — Influence de l'hyperthermie sur la gestation : M. Doléris. — Effets toxiques de l'urine albumineuse avec microbes : M. Doléris. — Topographie des fibres blanches du cerveau : M. Luys. — Action favorable de divers poisons sur le tremblement alcoolique : M. Dubois. — Action nutritive de l'hémopulvine : M. Laborde. — Effets du froid prolongé : MM. Couty et Guimaraës.

MM. *Ollivier* et *Ch. Richet* ont poursuivi leurs recherches sur l'existence d'éléments microbiens dans les liquides de l'organisme, à l'état normal, chez les poissons. Ils avaient déjà indiqué la présence de microbes dans la lymphe des cavités péritonéale, péricardique, céphalo-rachidienne chez certains squales. Aujourd'hui, c'est dans le sang de ces animaux, recueilli pendant la vie, dans le cœur lui-même, avec les précautions antiseptiques appropriées, qu'ils annoncent avoir retrouvé les mêmes éléments. La culture de ces microbes n'a pas provoqué le développement de la putréfaction dans les pipettes purifiées et fermées, tandis que le sang, recueilli dans des vases ouverts, a subi une putréfaction rapide. MM. Olivier et Ch. Richet concluent de leurs recherches que les liquides soit lymphatiques, soit sanguins des poissons qu'ils ont examinés, renferment normalement des éléments microbiens dont la nature et l'évolution restent à déterminer.

— M. *Doléris*, après avoir rappelé les recherches faites à l'étranger sur les effets que le surchauffage des femelles pleines exerce sur le produit de la gestation, expose ses propres expériences relatives à la même question. Au lieu de soumettre les animaux (lapines) à une température extérieure plus élevée que leur propre température, ils se sont contentés de les maintenir dans une étuve ventilée, sèche, à 35 degrés ; il a vu alors le thermomètre marquer dans le rectum deux et trois degrés de plus qu'au moment de l'introduction dans l'étuve, c'est-à-dire qu'ils ont provoqué une sorte de fièvre artificielle, se maintenant plusieurs heures après la mise en liberté des animaux, ne dépassant pas le degré thermométrique maximum qui soit atteint chez la femme atteinte d'une affection fébrile : dans ces conditions il n'a pas observé, comme les auteurs précédents l'avaient vu avec un surchauffage excessif, l'expulsion des fœtus avant terme et la mort de ceux-ci. Il conclut que l'accouchement prématuré et la mort du fœtus chez la femme présentant une hyperthermie notable, ne sont pas la conséquence directe de l'élévation de température du sang et doivent être attribués à quelque autre influence morbide.

— M. *Doléris* fait une seconde communication sur la propriété toxique de l'urine albumineuse, recueillie sur des femmes enceintes et renfermant des éléments bactériens. L'inoculation du liquide de culture obtenu avec ces éléments a provoqué la pullulation des mêmes microbes dans le sang des animaux inoculés qui ont présenté avant la mort des accidents convulsifs.

— M. *Luys* présente des moulages sur nature de cerveaux durcis par ses nouveaux procédés ; ces moulages ont été obtenus sur des pièces dont les fibres blanches avaient été dissociées par une sorte de « clivage naturel ». Ces procédés d'étude permettent, d'après M. Luys, de reconnaître : 1° « qu'une portion des fibres blanches cérébrales constitue un plan de fibres très nettement isolé » dont les diverses parties sont décrites isolément par les auteurs sous les noms de *capsule interne* pour la partie antérieure, *couronne rayonnante* pour la partie moyenne, fibres de Köl-

(1) La Société n'a pas tenu séance le 14 juillet à l'occasion de la fête nationale.

liker ou de Gratiolet, pour la partie postérieure; 2° que ces fibres se groupent par un trajet centripète autour de la couche optique pour s'y perdre en partie, et que, pour s'y rendre, elles ne font que traversor le corps strié sans s'y arrêter (capsule interne).

— M. *Dubois*, revenant sur la communication faite par M. Ferris au sujet do l'action salutaire de la vératrine dans les tremblements, fait remarquer que la plupart des substances actives, administrées pendant la phase d'état d'une intoxication par l'alcool, au moment où le tremblement se manifeste avec le plus d'intensité, le sujet ayant brusquement suspendu l'usage de l'alcool, agissent comme la vératrine pour supprimer le tremblement.

— M. *Laborde* expose les bons effets produits chez des sujets atteints d'anémie grave, par l'emploi de la poudre de sang desséché (hémopulvine de MM. Bert et Regnard); il insiste sur l'action nutritive énergique de cet aliment, à petites doses et sur l'économie qui résulte de son emploi pour les usages domestiques.

— MM. *Couty* et *Guimaraës* adressent une note sur l'influence du froid prolongé: leurs expériences, en cours d'exécution, leur ont montré qu'« on peut faire passer un animal dans un milieu plus froid de 15 à 20 degrés sans observer aucune perturbation marquée, prolongée et durable, des fonctions de calorification qui paraissaient, à priori, devoir être le plus directement modifiées». « ...Le changement produit par cette modification de milieu est presque nul pour certains fonctionnements facilement visibles, tandis qu'il est considérable en ce qui regarde la nutrition dans ce qu'elle a de plus intime. » L'animal perdant beaucoup de chaleur par rayonnement, commence presque immédiatement à consommer uno plus grande quantité de nourriture azotée, et, au moins dans les conditions de confinement et de repos réalisées dans ces expériences, le poids du corps augmente légèrement.

REVUE DES JOURNAUX

De l'eau chaude comme hémostatique, par M. le docteur Chax.

L'emploi de ce topique serait ancien, mais en général trop peu connu. Ses avantages sont les suivants : 1° par son innocuité sur les tissus, il ne modifie pas la rapidité de la réunion des plaies ; 2° son usage peut être continué pendant un temps plus long que celui de l'eau froide ; 3° pendant les opérations, le lavage des plaies avec ce liquide a l'avantage d'absterger mieux les tissus et d'augmenter les chances de cicatrisation par première intention. La température la plus convenable serait de 115 à 125 ou 130 degrés Farenheit. En terminant cette communication à la Société médicale de New-York, l'auteur démontre, par des exemples, l'efficacité de ce topique contre les hémorrhagies utérines, et non puerpérales. (*The Medical Record*, 10 février 1883, p. 151.)

De la fièvre des foins, sa pathogénie et sa cure radicale, par M. le docteur Rot.

Sous le nom de *hay-fever*, on désigne une affection dont la pathogénie est loin d'être connue. Trois théories prétendent donner la clef de ses phénomènes : la théorie du pollen, la théorie d'Helmoltz et la théorie nerveuse de Beard.

Pour l'auteur, la fièvre des foins aurait pour cause prédisposante la susceptibilité individuelle de certaines personnes; véritable hyperesthésie de la muqueuse olfactive, due à une condition morbide de son tissu. Les troubles pulmonaires, laryngés et autres, sont d'origine réflexe et le résultat des altérations de la muqueuse nasale. Pendant les accès, la médication doit donc être exclusivement palliative ; mais dans leur intervalle, le traitement curatif consistera dans l'ablation des tissus malades. (*The Medical Record*, 10 février 1883, p. 152.)

De l'hémophilie, par M. le docteur Dunn.

Par l'analyse d'un certain nombre de cas de cette maladie, le docteur Dunn est arrivé aux conclusions suivantes : les femmes en sont moins souvent atteintes que les hommes et, au point de vue de l'hérédité, il constate la même influence du sexe. La maladie possède trois formes : 1° la forme grave, dans laquelle on observe des hémorrhagies spontanées ou traumatiques et des hémorrhagies interstitielles; cette forme peut amener la mort; 2° la forme moyenne, dans laquelle les ecchymoses sous-muqueuses et sous-cutanées sont fréquentes; 3° enfin, une forme légère et bénigne particulière aux femmes et caractérisée par des ecchymoses et souvent par une augmentation en durée de la menstruation. (*American Journal of the medical Sciences*, janvier 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par M. le docteur A. Corre, médecin de 1re classe de la marine, professeur agrégé à l'École de médecine navale de Brest. — Paris, O. Doin, 1883.

Le plan de ce remarquable ouvrage est des plus simples; l'œuvre se partage en huit chapitres, le premier synthétisant l'étude des fièvres, les sept autres ayant pour sujet l'étude analytique des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, tous ayant pour but de mettre de l'ordre dans un sujet des moins élucidés en pathologie exotique.

Dans la partie synthétique, la valeur des arguments invoqués par l'auteur pour combattre les tendances microbiatriques est grande, et nous ne saurions nous associer trop ardemment à cette réaction indispensable. Le parasite nous envahit décidément; à lui, pour des disciples trop fervents, toutes les maladies générales, transmissibles ou non; que dis-je! à lui bientôt les maladies locales les moins suspectes de parasitisme. Cependant la pathologie animée ne doit donner à la science et à la pratique médicales que ce qu'elle a le droit de lui imposer, et ce qui nous paraît le plus probable, c'est que la division des parasites, dans l'avenir, sera celle qui les partagera en actifs et en indifférents, les premiers peu nombreux, les seconds banals et communs à une foule de maladies à la cause desquelles ils ne seront point liés. Nous signalerons également dans le même chapitre les vues originales de l'auteur sur le biliphéisme et l'hémaphéisme comparés, les complications, les combinaisons, les transformations des fièvres et sur la classification qui leur est applicable. Ces pages révèlent une pénétration d'esprit d'autant plus fructueuse pour le lecteur et le praticien, qu'elle a pour base l'observation.

Les sept chapitres de pathologie spéciale qui font suite à cette sorte d'introduction se rapportent à l'étude des fièvres bilieuses gastrique et inflammatoire, à celle de la bilieuse paludéenne, de l'hématurique ou mélanurique, que l'auteur dénomme plus justement hémoglobinurique, des trois typhus classiques et de la fièvre jaune. Chacune de ces études exigerait une longue exposition critique qui dépasserait le but de ce simple compte rendu.

Au sujet de la fièvre bilieuse inflammatoire, notre collègue se sépare nettement de la doctrine de Bérenger-Féraud, suivant laquelle la fièvre, *dite* bilieuse inflammatoire, observée dans l'Amérique intertropicale, est « *une maladie extrême-*

ment voisine, sinon identique à la fièvre jaune, une fièvre jaune incomplète, une fébricule ictérode ». Formulée ainsi par Bérenger-Féraud, cette doctrine nous paraît trop exclusive. Il nous semble incontestable que Rufz de Lavison, Loto, B.-Féraud, Burot et quelques autres médecins ont observé dans les pays intertropicaux où règne le typhus amaril une forme spéciale de la fièvre jaune qui a des rapports symptomatiques avec la fièvre bilieuse inflammatoire climatique, mais est-il possible de supprimer cette dernière de la pathologie américaine alors que les influences étiologiques dont elle procède sont communes aux régions torrides du nouveau continent et de l'ancien? Il nous paraît décidément résulter des arguments invoqués par les deux partis, qu'il y a, dans les pays intertropicaux, une fièvre bilieuse inflammatoire climatique qui leur est commune à tous, et en outre, une fièvre dite provisoirement bilieuse inflammatoire, dont l'identité avec la fièvre jaune est probable, qui sévit sur les adultes et les enfants créoles, surtout pendant les épidémies de fièvre jaune et qui confère l'immunité.

Les chapitre relatifs à la fièvre bilieuse hématurique, aux fièvres typho-malariennes et à la fièvre jaune, sont, à notre avis, les plus remarquables de l'ouvrage; ces études très approfondies éclaireront bien des points de pathogénie et de traitement. La fièvre bilieuse hématurique nous paraît définitivement jugée par le docteur Corre au point de vue des symptômes, de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, du traitement, et surtout de la nature de la maladie. Chacun sait la part qu'a prise l'auteur, dans des travaux antérieurs, à la démonstration de la présence du sang dans les urines émises pendant le cours de cette affection; ici le docteur Corre, creusant davantage le sujet et recherchant ses preuves dans les données positives de la chimie et de l'examen microscopique, nous démontre que la fièvre bilieuse hématurique de B. Benoît, mélanurique de B. Féraud, doit désormais prendre le nom d'hémoglobinurique qui précise mieux sa nature.

Quant aux fièvres typho-malariennes, l'auteur en fait un groupe nouveau comprenant « *les pyrexies qui, engendrées sous la double influence de conditions malariennes et de conditions typhiques, présentent un enchaînement de phénomènes rappelant ceux de l'une et de l'autre intoxication.* » Plusieurs de nos collègues retrouveront, à coup sûr, dans la description qu'en donne l'auteur, le tableau des cas de fièvres mixtes observées par eux dans les pays torrides.

Les pages relatives à la fièvre jaune ont un caractère de netteté et de précision descriptives qui tient à la connaissance parfaite de l'auteur, des physionomies cliniques de cette affection. C'est un chapitre très étendu, une véritable monographie, qui s'adresse aux débutants, aussi bien qu'aux médecins qui ont déjà parcouru une partie de leur carrière. Cette qualité, d'ailleurs, nous l'appliquerions volontiers à tout le livre, lequel fera date en pathologie exotique et prendra prochainement sa place dans toutes les bibliothèques.

Dr Nielly.

Recherche et diagnostic des microbes parasitaires, chapitre spécial du Traité de microscopie clinique du professeur Bizzozero, par M. le docteur Ch. Firket, assistant à l'Université de Liège.

L'étude des maladies parasitaires a pris une telle importance dans ces dernières années, que les méthodes de recherche des parasites inférieurs doivent être dès aujourd'hui à la portée du médecin. Il faut pour cela que les procédés techniques, disséminés pour la plupart dans des recueils étrangers, soient exposés dans notre langue avec tous les détails nécessaires pour des recherches aussi délicates. C'est ce que vient de faire M. le docteur Firket, assistant à l'Université de Liège et traducteur du *Manuel de microscopie clinique* du professeur Bizzozero. Il a eu l'heureuse idée de réunir dans un chapitre spécial, constituant pour ainsi dire un traité distinct, toutes les notions utiles pour la recherche des microbes parasitaires.

L'introduction à cette étude comprend en premier lieu des notions générales sur les caractères morphologiques, la constitution intime et le développement de ces êtres inférieurs. A propos de la classification, l'auteur fait remarquer avec raison qu'on ne saurait y voir qu'un système de classement provisoire, car on ne considère que la forme actuelle des éléments là où il s'agit peut-être d'états successifs du développement d'une même espèce. Les recherches récentes nous ramènent à l'idée du polymorphisme des formes microbiennes. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'une grande partie des publications dont la littérature médicale a été encombrée dans ces dernières années émane de médecins qu'aucune étude botanique n'avait préparés à ces délicates observations.

Mais laissons de côté ce point de vue spécial, qui a pourtant bien son importance, pour revenir aux méthodes générales applicables à la recherche des microbes.

M. Firket donne d'abord les préceptes relatifs à l'examen des liquides évacués naturellement ou obtenus par une opération, ainsi qu'à la recherche des parasites dans l'intérieur des tissus; ce qui l'amène à passer en revue la récolte des liquides, les méthodes de fixation et de dessiccation, les réactifs colorants, dont il donne les formules avec toutes les indications nécessaires, en insistant surtout sur les couleurs d'aniline sur l'emploi desquelles sont fondés les procédés de Koch, Erlich, Weigert, etc.

Viennent ensuite les méthodes spéciales pour la recherche de certains microbes plus étudiés dans ces derniers temps, tels que le bacille de la tuberculose.

On sait que le travail de Koch, basé sur l'étude d'un grand nombre de cas et sur des expériences variées, a fait connaître une méthode de coloration qui jusqu'ici paraît assez caractéristique; ce travail est généralement considéré comme établissant définitivement la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose. Cependant la méthode de Koch n'a plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique; celle d'Erlich, que nous employons journellement dans le service de M. Debove, nous paraît aussi commode et plus sûre.

Ceux qui s'occupent plus spécialement de ces recherches trouveront aussi dans l'exposé du docteur Firket, avec la discussion des méthodes, de nombreuses indications bibliographiques. Nous y ajouterons celle d'un important travail du docteur Zopf, sur le polymorphisme des ferments, dont l'auteur ne paraît pas avoir eu connaissance (*Encyklopædie der naturwissenschaften*, 32e livraison, 1883).

Il n'est guère possible d'insister davantage sur des procédés techniques. L'auteur les a d'ailleurs décrits avec une clarté et une précision qui font de cette étude un traité essentiellement pratique et destiné à rendre les plus grands services dans ce genre d'observations.

L. Guignard.

VARIÉTÉS

CONVOCATION DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS DE RÉSERVE.

Une circulaire ministérielle, en date du 11 juillet dernier, annonce qu'à dater de ce jour les médecins de réserve seront appelés à faire un stage de vingt-huit jours dans un établissement ou dans un corps de troupe du corps d'armée sur le territoire duquel ils ont leur domicile d'après la désignation du directeur du service de santé de ce corps d'armée. En

principe on ne peut que reconnaître à l'administration de la guerre le droit de forcer au stage réglementaire les médecins, qui, comme tous les autres officiers de l'armée, doivent connaître le service dont ils pourraient être chargés en temps de guerre. Il est évident qu'il ne saurait suffire pour mériter un grade d'officier de réserve, de se présenter une fois par an devant le médecin directeur du corps d'armée et de lui décliner ses noms et qualités, sans lui donner aucune garantie d'expérience militaire ou de savoir professionnel. En fait, il faut cependant avouer que les médecins se trouvent souvent dans une situation toute différente « des autres personnes exerçant une profession quelconque ». L'administration militaire l'a bien compris, bien qu'une phrase assez malheureuse de la circulaire dise le contraire, et les conditions dans lesquelles seront appelés les médecins de réserve, offrent à cet égard les garanties que l'on est en droit d'exiger. Dix médecins de réserve seulement seront convoqués cette année dans chaque corps d'armée. Ces dix médecins, choisis parmi les plus anciens de ceux dont la classe est appelée à passer légalement dans l'armée territoriale le 1er juillet 1884, seront désignés très prochainement par le ministre de la guerre. Ils seront immédiatement prévenus par le directeur de santé afin de lui faire connaître, dans le plus bref délai, à quel moment ils seront prêts à répondre à la convocation. C'est d'après ces données que les ordres d'appel seront échelonnés jusqu'au 31 décembre 1883. Il ne sera accordé de dispense d'appel aux médecins de réserve que dans des cas de force majeure qui auront été signalés par MM. les préfets des départements et dans l'intérêt du service médical des populations.

Toutes ces restrictions étaient nécessaires pour ne pas priver à un moment déterminé, en cas d'épidémie par exemple, ou lorsque le service médical est dans une circonscription assez étendue, confié à un seul médecin, toute une population des secours médicaux dont elle a besoin. En procédant avec mesure et en acceptant les excuses légitimes, on rendra exécutoire une loi militaire à laquelle personne ne doit se soustraire, tout en ne provoquant pas des réclamations et des récriminations qui deviendraient légitimes si le service médical de toute une région devait pendant vingt-huit jours rester en souffrance.

LE CHOLÉRA.

La situation s'aggrave en Egypte. Le choléra a reparu dans l'isthme de Suez; on en signale deux cas à Ismaïlia et trois à Suez. Dans la seule journée de lundi, l'épidémie qui sévit au Caire avec la plus vive intensité a causé en Egypte 886 décès. Le 25, on en compte 731, dont 425 au Caire. A Alexandrie, la mortalité est relativement faible. L'état sanitaire de l'armée anglaise est assez mauvais. Plusieurs décès cholériques y ont été signalés. Sur 650 hommes en traitement dans les hôpitaux, il y aurait 70 cholériques. On ne signale cependant jusqu'à ce jour que 10 décès : 9 soldats et 1 officier. Malgré la présence du khédive et les ordres qu'il a donnés lui-même au Caire, le désordre administratif reste grand et les soins médicaux continuent à faire défaut au plus grand nombre des malades. On annonce toutefois que des missions médicales vont arriver au secours de l'Egypte.

Le ministre du commerce français vient de décider que jusqu'à nouvel ordre, la production d'une patente de santé serait obligatoire pour tous les navires venant d'Italie, de Malte, de tout le littoral de l'Adriatique et de la Grèce, de Chypre, de l'Espagne et du Portugal. En temps ordinaire, cette patente n'est que facultative (art. 9, décret du 22 février 1876).

Il a décidé en outre que les navires infectés qui se présenteraient dans les ports de la Manche et de l'Océan seraient envoyés aux lazarets de Pauillac et de Mindin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Folet, professeur de pathologie externe, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale précédemment occupée par M. Parise, nommé professeur honoraire, et M. Paquet, professeur de médecine opératoire à la même Faculté, dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté par suite du décès de M. Houzé de l'Aulnoit.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, qui vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en opérant un malade de l'hôpital, et celle de M. le docteur Paul Dubois, membre du conseil municipal de Paris, qui a été enlevé, jeune encore, par une pneumonie.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — *Prix à décerner en 1884.* — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante: De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile. (Crèches de sevrage. Salles d'asile du premier âge.)

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés franco avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, à ses frais, le mémoire couronné.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Adhéran (Léon), conseiller municipal d'Annonay (Ardèche), est nommé chevalier.

MORTALITÉ A PARIS (29e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 juillet 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 993, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 6. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 32. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 109; au sein et mixte, 61; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 70; de l'appareil circulatoire, 50; de l'appareil respiratoire, 41; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 10.

Conclusions de la 29e semaine. — Le nombre des décès n'a atteint pendant la semaine dernière que 993, ce qui est un nombre exceptionnellement faible. Les chiffres des semaines précédentes qui, elles-mêmes, présentaient peu de décès, étaient 1030, 1024, 1042, 1074. Les maladies épidémiques ne donnent lieu à aucune observation importante. La fièvre typhoïde paraît plutôt diminuer (34 décès au lieu de 39; 87 admissions dans les hôpitaux au lieu de 127). La variole (6 décès) et la scarlatine (3 décès) continuent à être rares. La rougeole (28 décès) se maintient à l'état stationnaire. La coqueluche n'a fourni que 10 décès pendant la semaine dernière. La diphthérie et le croup ont fourni 32 décès. La bronchite aiguë (17 décès au lieu de 27) et la pneumonie (43 décès au lieu de 59) ont fait encore moins de victimes pendant cette semaine que pendant les précédentes.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 2 août 1883.

Synovite fongueuse des gaines des tendons.

Le domaine de la tuberculose s'agrandit tous les jours. A peine les travaux de Koster, ceux de Cornil, de Laveran, de Brissaud, de Lannelongue, de Kiener et Poulet, de Pollosson eurent-ils démontré l'existence presque constante des follicules dans les tumeurs blanches articulaires que les chirurgiens soupçonnèrent d'abord — et trouvèrent bientôt — les mêmes lésions caractéristiques dans les fongosités des synovites tendineuses. Depuis l'observation de Trélat, les recherches si nettes de Terrier et Verchère, le fait est hors de doute, et les matériaux sont assez abondants désormais pour qu'on puisse tracer une histoire précise de cette affection.

I

Les synovites tendineuses ne sont connues que depuis peu; on les confondait avec les arthrites chroniques des jointures avoisinantes ou, lorsqu'on reconnaissait la localisation dans la gaine, on croyait à l'existence d'un cancer; il n'y a pas cinquante ans en effet, leurs fongosités furent souvent prises pour les végétations d'une tumeur maligne, et l'on n'a pas besoin de remonter au cas célèbre de Platner pour en trouver la preuve. Chassaignac, en 1855, qualifiait de sarcome les bourgeons charnus d'une gaine enflammée, et H. Larrey, en 1856, commettait une erreur semblable.

Cependant il y avait eu déjà, dans la science, quelques faits bien observés. En 1851, Deville publiait un cas remarquable où l'aspect de fongosités et leur évolution étaient fort bien étudiés. La même année, on trouvait dans la thèse de concours de Michon quelques allusions discrètes à la synovite fongueuse des tendons; six ans plus tard, aussi dans une thèse de concours, Legouest montrait qu'il soupçonnait la vraie nature de cette affection dont la description était encore toute à faire.

Il appartenait au microscope de dissiper les confusions qui existaient encore. Robin reconnut que la structure des fongosités des gaines ne rappelait en rien celle des végétations

FEUILLETON

Notes sur Xavier Bichat.

I. Famille; naissance; jeunesse. — II. Arrivée à Paris; Desault; le Journal de chirurgie. — III. La Société médicale d'émulation. — IV. Les œuvres chirurgicales de Desault; le Traité des maladies des voies urinaires du même auteur. — V. 1800-1802. — VI. La Faculté de médecine de Paris et Xavier Bichat.

(Suite. — Voyez le n° 25.)

II. — Arrivée a Paris; Desault; le journal de chirurgie.

Voilà donc nos deux jeunes gens (1) dans la grande ville. A eux deux ils comptaient quarante-trois ans. A cette époque, le sceptre de la chirurgie était tenu par un des hommes les plus remarquables de la fin du dix-huitième siècle, par Desault, qui depuis cinq ans avait créé à l'Hôtel-Dieu la première grande école de chirurgie clinique qu'on ait eue en France, et qui y attirait une foule d'élèves ardents à entendre la voix du maître. Le choix de nos deux jeunes gens fut bientôt fait : ils furent au nombre des plus zélés auditeurs du grand chirurgien. Quelles circonstances rapprochèrent le maître de l'élève? C'est souvent l'affaire d'un instant, d'une lueur qui passe, d'un lien magnétique, en quelque sorte, qui unit deux âmes nées pour s'entendre. Buisson a cependant dévoilé la cause de cette sympathie, qui ne devait être brisée que par la mort : c'était un usage établi dans l'école de Desault que certains élèves choisis se chargeaient de recueillir, chacun à son tour, la leçon clinique, et de la rédiger en forme d'extrait. On lisait cet extrait le lendemain après la leçon du jour... Un jour où Desault avait disserté longtemps sur la fracture de la clavicule, l'élève qui devait recueillir ces détails se trouva absent. Bichat s'offrit pour le remplacer. La lecture de son extrait causa la plus vive sensation. La pureté de son style, la précision et la netteté de ses idées,

(1) Bichat et Buisson.

cancéreuses, et Verneuil démontrait leur frappante analogie avec les granulations des tumeurs blanches. La thèse qu'en 1858, notre maître inspira à Bidart est le premier travail d'ensemble où l'origine et la nature des synovites fongueuses des tendons se trouvent définitivement consacrées. Ses successeurs n'ont eu que peu à ajouter à cette étude.

Cette thèse ne contenait pas moins de 22 observations, dont 12 étaient complètement inédites. Grâce aux pièces que M. Verneuil avait mises à sa disposition, Bidart put faire une excellente description anatomique et montrer les lésions successives de la synovite depuis le premier dépoli de la séreuse jusqu'à la végétation de ces masses luxuriantes qui distendent la cavité et perforent les téguments. Son étude clinique est aussi fort sérieuse et l'on possédait, dès lors, une véritable monographie sur cette affection presque inconnue jusque-là.

Son analogie avec la synovite fongueuse des articulations n'était plus discutée. Une pièce de M. Verneuil avait montré d'ailleurs que les fongosités tendineuses peuvent perforer la capsule de la jointure sous-jacente, se greffer sur la synoviale, y pulluler et créer de toutes pièces une véritable tumeur blanche. On montra plus tard la réalité de la réciproque et l'invasion de la gaine tendineuse par les végétations nées de la séreuse articulaire. L'identité des deux affections, établie déjà par la ressemblance des produits morbides, recevait ainsi une démonstration nouvelle. Tumeur blanche et synovite fongueuse des tendons étaient désormais de même famille.

Aussi, lorsqu'on eut reconnu la nature tuberculeuse de la plupart des tumeurs blanches, lorsque Koster y eut découvert le follicule type, que Kœnig provoqua leur éclosion, chez les lapins, par l'inoculation des fongosités articulaires, que Max Schüller vit se développer des arthrites tuberculeuses dans les jointures contusionnées d'animaux atteints de tuberculose expérimentale, qu'enfin Koch, Cornil et Babes eurent trouvé le bacille dans les végétations des synoviales, on se demanda bientôt si les fongosités des gaines tendineuses n'avaient pas même structure et même origine. Lancereaux, en 1873, Labbé et Coyne, puis Bouilly se posèrent les premiers la question que devaient résoudre l'observation de Trélat et les faits plus positifs encore de Terrier et Verchère.

Terrier et Verchère, dans un mémoire publié, en 1882, par la *Revue de chirurgie*, nous montrent, en s'appuyant sur deux observations personnelles où l'examen microscopique fut pratiqué par Gilson, que les masses fongueuses rencontrées dans la gaine des fléchisseurs de la main gauche et de l'extenseur des doigts de la main droite de leurs deux malades, étaient probablement de nature tuberculeuse. Cependant, si la clinique était aussi affirmative que possible, l'histologie laissait encore prise à quelque doute, et ces faits, à la rigueur, pouvaient être contestés comme celui de Trélat et Latteux. « La présence de cellules géantes et l'oblitération des vaisseaux plaident en faveur d'une lésion tuberculeuse, mais l'absence de noyau caséeux, nous dit Gilson, nous force de n'admettre le diagnostic histologique que d'une manière dubitative. »

La même année, au mois d'octobre 1882, M. Terrier lit, devant la Société de chirurgie, un travail où il donne enfin la démonstration complète de la nature tuberculeuse des fongosités des synovites des gaines des tendons. Sur des végétations de la coulisse des péroniers latéraux gauches, M. Gilson constata, dans la masse du granulome, l'oblitération des vaisseaux, la présence de cellules géantes entourées de zones de cellules embryonnaires, enfin l'existence de foyers embryonnaires dont le centre était en dégénérescence caséeuse. M. Terrier considère cette observation comme « la seule indiscutable » parce qu'elle seule présente l'ensemble des lésions qui, actuellement au moins, sont regardées comme caractéristiques de la tuberculose.

Depuis ce mémoire important de Terrier, on a recueilli quelques observations nouvelles. Mais nous citerons surtout l'excellente thèse d'agrégation de Chandelux sur les *synovites fongueuses articulaires et tendineuses*. Ce travail, remarquable à plusieurs titres, expose d'une manière fort claire et à un point de vue élevé, l'histoire des fongosités des séreuses. Nous lui avons emprunté beaucoup pour cette étude, dont l'idée nous a été suggérée par une observation intéressante que nous avons récemment recueillie dans notre service à Bicêtre.

II

La synovite fongueuse, avons-nous vu, naît directement dans la coulisse des tendons ou y pénètre et s'y greffe par envahissement des végétations articulaires qui perforent la capsule de la jointure et pullulent dans les tissus ambiants avant de distendre les gaines. Le premier mode est de beaucoup le plus fréquent : c'est celui que l'on note dans les cas de Lancereaux, de Bouilly, de Trélat, dans les observations de Terrier et Verchère, et dans notre propre fait. Le second, que Bonnet avait déjà signalé, se retrouve dans les

---

l'exactitude scrupuleuse de son résumé annonçaient plutôt un professeur qu'un élève. Il fut écouté avec un silence extraordinaire, et sortit comblé d'éloges, couvert d'applaudissements.

Ce jour-là, Desault, juste appréciateur des talents, accoutumé à les distinguer aux traces les plus fugitives, conçut pour le jeune Xavier une vive sympathie; il l'admit dans son intimité, dans sa maison, le fit collaborateur de ses travaux, et lui donna la direction du *Journal de chirurgie*, qu'il avait fondé deux ans auparavant.

On sait la mort prématurée, inattendue du célèbre chirurgien, qui succomba le 1er juin 1795, dans sa cinquante et unième année, mort attribuée sans raison à un assassinat politique (1), tandis qu'il ne faut y voir qu'une fièvre maligne, qui devait sept ans plus tard frapper aussi Xavier. La création du *Journal de chirurgie*, la première feuille périodique consacrée principalement à la pathologie externe, reçut du public médical l'accueil le plus favorable. Paraissant tous les quinze jours en une feuille in-8° de 32 pages, et ayant pris pour épigraphe cette honnête maxime : *Occidit qui non servat*, son premier numéro porte cette date : janvier 1791, et comprend en tout 46 numéros, formant 4 volumes. Jusqu'au numéro de la deuxième quinzaine de septembre 1792, le journal est en propre l'œuvre de Desault; mais, à cette époque, la publication de la feuille est interrompue par suite de « circonstances particulières ». Est-il besoin de dire que ces « circonstances particulières » furent les affreux égare-

(1) Bichat savait mieux que personne la fausseté de cette accusation, à l'occasion de laquelle il s'exprime ainsi : « Le vulgaire se persuada que Desault avait été empoisonné. Ce bruit, accrédité encore aujourd'hui dans l'esprit de plusieurs personnes, eut pour fondement l'époque de sa mort, qui ne précéda que de quelques jours celle du fils de Louis XVI, qu'il voyait malade dans sa prison du Temple. On publia qu'il mourut victime de son refus constant de se prêter à des vues criminelles sur la vie de cet enfant. Quel est l'homme célèbre dont la mort n'a pas été le sujet de fausses conjectures du public, toujours empressé d'y trouver quelque chose d'extraordinaire ? Heureux celui dont ces conjectures honorent la mémoire ! »

pièces examinées par Debove. N'oublions pas, d'ailleurs, que la réciproque peut être vraie. En 1856, M. Verneuil a montré, à la Société de chirurgie, une tumeur blanche provoquée par une traînée végétante, dont le point de départ était une gaine tendineuse.

Les fongosités envahissent le plus souvent les gaines des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, celle des péroniers latéraux, des fléchisseurs communs des orteils et du jambier postérieur. La coulisse du jambier antérieur et des extenseurs des orteils est aussi quelquefois atteinte. Plusieurs peuvent être simultanément prises, et une observation de Bidart nous montre les altérations à la fois dans la séreuse du jambier postérieur, du fléchisseur commun des orteils et du fléchisseur propre du petit orteil; Lenoir nous cite un fait analogue. C'est donc à la face palmaire du poignet et dans les deux gouttières rétro-malléolaires du cou-de-pied que la synovite se rencontre d'habitude. Au lieu d'occuper la totalité de la gaine, elle se circonscrit parfois et distend un ou plusieurs segments de la cavité. Terrier et Verchère ont insisté sur ce point.

Voici quelle serait l'évolution des lésions de la synovite : d'abord la séreuse se dépolit, elle se vascularise et s'épaissit. A sa surface s'élèvent des saillies longitudinales, des crêtes parallèles à l'axe des tendons et que Deville a comparées à l'arête du *verumontanum*. Elles se multiplient, se fusionnent et remplissent la cavité que distend un liquide séreux, ou filant, comme de la synovite louche, jaune ou verdâtre, ou plus ou moins colorée par du sang et tenant en suspension des grumeaux et des débris de fongosités. Dans plusieurs observations on a noté de la matière séro-purulente, due au ramollissement des foyers caséeux.

Les tendons sont le plus souvent intacts au milieu des fongosités; ils glissent dans les masses végétantes et leur surface saine ne présente pas le moindre dépoli. Terrier, Lancereaux, Doyen, Bidart, nous-même avons observé leur intégrité parfaite. Il n'en est pas toujours ainsi; parfois ils sont ternes, parcourus par une ligne rouge, sinueuse, due à des bourgeons charnus qui, des parois de la gaine, gagnent le tendon et érodent son tissu. Le glissement dans la coulisse est alors plus difficile, et ce sont ces lésions arrivées à ce degré que l'on constate dans les faits de Casanou et de Deville.

Enfin les fongosités peuvent revêtir la surface tout entière du tendon, qui peu à peu se désorganise; la perte de substance s'accroît; il existe d'abord une profonde encoche, puis une solution de continuité complète, une destruction plus ou moins totale. Les muscles, privés de l'une de leurs insertions, se rétractent et la fonction est abolie. Kyriacou, dans sa thèse de 1872, et M. Trélat ont observé ce terme ultime des altérations que produisent les fongosités.

Ces fongosités, d'ailleurs, ressemblent de tous points à celles que l'on rencontre dans les synovites articulaires. De volume, de forme et de couleur variables, tantôt rares, petites et grêles, tantôt exubérantes par leur masse mammelonnée, elles sont villeuses, papillaires, réticulaires ou arborescentes. Elles sont rouges, carminées, couleur lie de vin et apoplectiques, ou à peine rosées, grisâtres, semblables à du frai de poisson ou à de la chair d'anguille. Elles rappellent parfois la pulpe de groseille ou transparaît, comme le pépin, un petit noyau, à centre jaunâtre, nodule tuberculeux en voie de destruction.

Nous n'insisterons pas sur l'histologie de ces nodules tuberculeux. Nous avons vu que l'observation de Trélat, celles de Terrier et Verchère n'étaient pas absolument démonstratives. Vint le nouveau cas de Terrier, où l'on constata les lésions caractéristiques qui, d'après lui, rendent son fait « indiscutable ». Certes nous sommes loin de nous inscrire en faux et, dans cette observation comme dans celles qu'il avait publiées précédemment, la clinique s'accordait assez avec l'aspect du tissu morbide pour permettre d'affirmer le diagnostic de synovite tuberculeuse. Cependant, à cette heure, et depuis les recherches de Martin, pour qu'un fait de tuberculose soit « indiscutable », il faut un autre critérium.

On sait, en effet, qu'il existe de fausses granulations anatomiquement semblables aux vrais nodules tuberculeux. Dans les uns et dans les autres, mêmes éléments fondamentaux, même groupement de ces éléments, même genèse apparente et même processus; le microscope ne saurait les distinguer, à quelque phase de leur évolution qu'on les examine. La forme nodulaire, l'oblitération des vaisseaux, les cellules géantes environnées de cellules embryonnaires, la dégénérescence caséeuse du centre des foyers, en un mot tout ce qui constitue la granulation tuberculeuse typique peut se développer en dehors de la tuberculose. N'a-t-on pas retrouvé les follicules dans les gommes syphilitiques? Laulanié les a décrits autour des œufs de certains parasites et H. Martin, dans ses remarquables expériences, les a vus envelopper les corpuscules des poudres inertes injectées dans les tissus de divers animaux. Aussi peut-on formuler cette conclusion que le

---

ments de la Révolution, et la détention de Desault au Luxembourg, dont il ne sortit que par une sorte de miracle (mai 1793)? Quelle dut être la douleur des élèves de l'Hôtel-Dieu, quelle dut être celle de Xavier en voyant le maître vénéré arraché à son enseignement, au milieu même de son amphithéâtre, par un décret du Comité révolutionnaire et sur la dénonciation de Chaumette? On aime à penser que Bichat eut une grande part dans la délivrance de Desault; on le voit aisément réunir ses camarades d'hôpital, les haranguer, et se mettre à leur tête pour sauver le grand chirurgien.

Bichat avait déjà donné au journal de son maître et ami plusieurs articles, presque tous sans signature, mais que l'on reconnaît aisément par la forme et le style. Mais après la mort de Desault la feuille vit sous la direction principale de Xavier, qui y donne plusieurs mémoires, « tous puisés en partie dans les papiers laissés par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. » L'élève veut ainsi que Desault mort revive, en quelque sorte, dans son œuvre. Il le fait revivre aussi par une *Notice historique* (t. IV, p. 195).

Les mémoires insérés par Bichat dans le *Journal de chirurgie* sont : 1° *Observation du gros orteil entré dans les chairs* (t. IV, p. 218-223); 2° *Opération de taille pratiquée à un malade de quatre-vingt-sept ans et affecté d'une rétention d'urine* (t. IV, p. 223-227); 3° *Observation de la fistule lacrymale pratiquée à la méthode de Jean Hunter* (t. IV, p. 227-232); 4° *Hydrocèle de la tunique vaginale guérie à la suite d'un dépôt au scrotum* (t. IV, p. 232-236); 5° *Fractures obliques du fémur* (t. IV, p. 240-247); 6° *Spina ventosa du péroné; amputation partielle pour enlever la tumeur; observation* (t. IV, p. 254-261); 7° *Réflexions et observations sur la cure des polypes* (t. IV, p. 261-289); 8° *Luxation de l'humérus en dedans, réduite au bout d'un mois et demi; emphysème considérable survenu subitement au moment de la réduction; observation* (t. IV, p. 301-316); 9° *Réflexions sur la commotion et*

nodule dit tuberculeux n'est qu'une « édification » banale due à la réaction particulière des tissus irrités par certains corps étrangers.

Mais si le microscope échoue à distinguer ces nodules, les uns simplement inflammatoires, les autres véritablement tuberculeux, l'expérimentation survient, qui nous donne un criterium « indiscutable ». H. Martin a démontré que « les inoculations en séries » peuvent résoudre le problème. L'injection de poudres inertes ou d'huile de croton, provoque une éruption abondante de granulations mais ces faux tubercules inoculés à un autre animal ne déterminent plus qu'une apparition fort discrète : la troisième et la quatrième inoculation restent toujours sans effet. Lorsqu'au contraire on inocule des tubercules légitimes, l'expérience est toujours positive; l'éruption même devient de plus en plus abondante à mesure que les inoculations se multiplient. L'activité des produits semble s'accroître avec les nouveaux termes de la série.

Le corps étranger qui, dans la tuberculose, provoque « l'édification » nodulaire est donc spécifique; il fait souche dans l'organisme, il se reproduit, toujours semblable à lui-même, et c'est là ce qui le distingue des corps étrangers qui déterminent l'éruption des faux tubercules. Depuis les travaux de Koch on sait que ce corps est un bacille, que l'on isole et que l'on cultive selon les procédés de Pasteur. Aussi pourrions-nous proposer comme définition pathogénique du tubercule vrai la formule suivante : la granulation tuberculeuse procède de la réaction nodulaire des tissus irrités par le bacille.

Il manque donc à nos observations de synovites tuberculeuses des gaines l'épreuve des inoculations en séries, suivant la méthode de Villemin et d'H. Martin. Cette épreuve a été faite pour les fongosités des synovites articulaires. Les expériences de Max Schüller, de Kœnig, de Hueter et de Lannelongue ne sauraient laisser aucun doute. Le résultat de ces expériences doit nous donner d'ailleurs la plus grande tranquillité d'esprit. Les fongosités articulaires, au point de vue clinique et histologique, ressemblent trop aux fongosités des gaines tendineuses pour que des inoculations en séries ne démontrent pas leur identité d'origine.

III

Des observations publiées, il ressort que les synovites fongueuses des gaines succèdent parfois aux diverses inflammations de la coulisse tendineuse. Velpeau, Deville, Michon en ont signalé à la suite des épanchements séreux et des synovites à grains riziformes. On les a vues encore apparaître après une injection iodée, et Cooper, dans un cas, incrimine le passage d'un séton. Mais il n'est pas démontré que ces végétations fussent tuberculeuses, et on pourrait ici avoir affaire à des fongosités inflammatoires, comme celles qui se développent dans les articulations au cours de fièvres graves, de la scarlatine, de l'infection purulente et de la blennorrhagie.

Malgré le doute émis par Follin, il faut admettre que les synovites fongueuses naissent surtout chez les affaiblis et chez les scrofuleux. Sur cinq des observations du mémoire de Terrier et Verchère, quatre ont trait à des individus en puissance d'accidents pulmonaires. Le malade de M. Terrier était aussi tuberculeux. Dans notre fait, nous n'avons trouvé ni strume antérieure, ni signe actuel de tuberculose, mais notre enfant, né avant terme, était pâle et chétif. Aussi croyons-nous, avec la plupart des auteurs, à l'influence prépondérante du tempérament.

Des causes déterminantes seront, d'ailleurs, souvent nécessaires pour éveiller la diathèse et en localiser les manifestations. Dans leurs deux observations personnelles, Terrier et Verchère signalent le traumatisme. On sait, du reste, que les synovites des gaines sont plus fréquentes dans certaines professions qui nécessitent des mouvements exagérés dans les coulisses tendineuses, chez les couturières, les pianistes, les serruriers pour le membre supérieur; pour le membre inférieur, chez les facteurs et les gardiens de troupeaux. L'expérimentation prête ici son appui à la clinique, et les recherches si souvent citées de Schüller ne montrent-elles pas qu'un violent exercice ou la contusion de la jointure d'animaux à qui l'on inocule la tuberculose provoque bientôt l'apparition d'un fongus articulaire?

Parfois cependant on ne peut trouver aucune cause déterminante appréciable. Chez notre petit malade il n'y avait pas eu de traumatisme, c'est même à la main gauche, la main peu active d'habitude, qu'apparurent les altérations. On nous amena un petit garçon âgé de six ans, à la consultation de Bicêtre, le 17 avril 1883. Il présentait à la face antérieure du poignet gauche une tuméfaction du volume d'une noix. A ce niveau la peau est mobile, la coloration est normale, et la pression ne détermine qu'une douleur peu accentuée.

La mère nous raconte que, le 10 janvier, sans traumatisme antérieur, sans fatigue excessive, le poignet enfla tout à coup, et dès le lendemain l'empâtement avait gagné toute la région qu'il occupe maintenant. Il ne fallut pas plus de dix jours pour qu'il atteignît son volume maximum. Cependant, comme

---

l'inflammation du cerveau à la suite de coups reçus à la tête (t. IV, p. 307-326).

Il faut bien le dire, Desault était peu versé en littérature, ses études humanitaires avaient été fort incomplètes, et sans des collaborateurs, sans Bichat surtout, il n'eût pas pu empreindre ses ouvrages du vernis de la philosophie.

III. — La Société médicale d'émulation.

Xavier entrait à peine dans sa vingt-cinquième année lorsqu'il perdit son maître et ami. Le jeune homme, évidemment, n'avait pas encore trouvé sa voie, et jusqu'alors il ne s'était guère occupé que de la pratique chirurgicale, et ne s'était pas lancé dans les grandes et brillantes conceptions qui devaient à jamais l'illustrer. La cessation brusque du *Journal de chirurgie* dit assez que Bichat, déjà mûri par la réflexion et par de constantes études en anatomie, ne considérait pas la chirurgie comme un champ suffisant à son génie, et qu'il se sentait appelé à une philosophie de bien plus grande envergure.

Mais auparavant il voulut attacher son nom à la fondation d'une Société médicale, et ce fut sous son inspiration que fut créée la *Société médicale d'émulation de Paris*.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir la juste célébrité de cette Compagnie, qui, pendant de longues années, a tenu haut et ferme le drapeau de la science. Réunie pour la première fois, le 5 messidor an IV (23 juin 1796), dans un local de la Faculté de médecine, que lui avait libéralement accordé Thouret, alors directeur de la nouvelle Ecole de santé, elle commença à fonctionner avec soixante-neuf membres résidents et cinquante membres correspondants, nationaux ou étrangers. Citons quelques noms; tous ont leur place dans les annales de la science : Alibert, Bosquillon, Bretonneau, Cabanis, Desgenettes, Duméril, Dupuytren, Fourcroy, Larrey, Pinel, Portal, Thouret, Barthès, Brugnatelli, Girtanner, Hildebrand, Malacarne, Mascagni, Moscati, Scarpa, Spal-

l'enfant se plaignait peu, que les mouvements étaient seulement gênés, les parents, rassurés d'ailleurs par le médecin, n'y prirent point garde, et ne s'adressèrent à nous qu'au bout de trois mois, lorsqu'ils virent qu'il n'y avait aucune tendance à la guérison spontanée. Voici ce que nous pûmes constater alors.

Au-dessus du ligament annulaire du carpe, on voit une saillie hémisphérique semblable à un petit lipome sous-cutané. Elle n'adhère pas aux téguments, qui paraissent normaux. La pression est un peu douloureuse, et l'on constate une fluctuation obscure qui se transmet jusque dans la paume de la main, où existent aussi des déformations, une tumeur qui, en dedans et en dehors, envoie un prolongement vers les éminences thénar et hypothénar. Cette déformation particulière en bissac, bridée par le ligament annulaire du carpe, cette fluctuation, transmise du poignet à la paume de la main, nous paraissent caractéristiques d'une affection de la gaine tendineuse.

D'autant que l'articulation est saine, les mouvements en sont libres, la flexion surtout. En effet, l'extension entière ne peut s'obtenir que si, au préalable, le malade fléchit les doigts. Encore éprouve-t-il alors une douleur assez vive. Pendant ces mouvements d'extension et de flexion des doigts on observe un va-et-vient dans la masse morbide, et l'on voit se déplacer, sous la peau, les saillies sus et sous-annulaires, et celles qui donnent sa forme conique à la base élargie du pouce.

L'obscurité de la fluctuation, la sensation de mollesse, la dépressibilité de la tumeur nous firent écarter l'idée de kyste avec ou sans grains riziformes, et le diagnostic de synovite fongueuse fut porté. Nous n'avons pourtant constaté chez l'enfant aucun signe de strume, ni coryza, ni maladie d'yeux, ni gourme, ni écoulement par l'oreille; à peine existait-il quelques ganglions mobiles sous les téguments du cou. Mais il était né avant terme, et il est toujours resté pâle et chétif. Dans les antécédents paternels et maternels nous n'avons trouvé ni tuberculose ni syphilis.

Nous pratiquons, au-dessus du ligament annulaire du carpe, une incision de 4 centimètres environ qui traverse la peau et l'aponévrose. Une petite quantité de matière puriforme s'écoule, et des fongosités viennent faire saillie entre les lèvres de la plaie. Avec une curette de Volkman nous grattons la cavité au-dessus et au-dessous du ligament annulaire; mais l'évolution de l'instrument est bien difficile dans la paume de la main, et nous ne pourrions atteindre, qu'avec une nouvelle incision, les végétations de la base du pouce. La valeur d'une cuillerée à café de débris est ainsi enlevée, et un tube est placé dans l'angle de la plaie, que nous recouvrons d'un pansement antiseptique.

Il n'y a pas eu de réaction inflammatoire; peu à peu la tuméfaction diminue, surtout au-dessus du ligament annulaire du carpe. Trois semaines après l'opération, le petit malade quitte l'hôpital : le poignet est à peu près revenu à sa forme primitive. Une fistulette persiste cependant, par où s'écoule un peu de sérosité purulente. La paume de la main est empâtée encore, quoique bien moins qu'au début du traitement. Nous avons revu notre opéré le 28 juillet. La guérison est maintenant presque complète; la tuméfaction a disparu aussi bien à la main qu'au poignet; les mouvements sont faciles, mais la fistulette, adhérente aux tendons, n'est pas absolument tarie.

IV

Si l'on en croyait cette observation, déjà assez insolite par le jeune âge du malade, le début de la synovite tuberculeuse serait brusque. Il n'en est rien, et d'ordinaire elle s'établit sournoisement dans la gaine. Mais pour exceptionnel que soit notre fait, il n'a rien qui doive nous surprendre et l'on sait que la tuberculose qui, le plus souvent se dépose à froid, procède parfois d'une manière plus brutale et s'installe, dans les tissus, avec la vivacité d'un processus inflammatoire.

Lorsque les fongosités ont envahi la gaine, la synovite se reconnaît à plusieurs caractères. D'abord elle siège au niveau d'une coulisse dont elle dessine les contours et peut suivre les prolongements. Dans les faits de Bidart, dans celui de Trélat, de Bouilly, dans le nôtre, il en était ainsi et la tumeur se montrait comme une masse allongée et molle, qui distendait la séreuse. Cet aspect se modifie suivant la région : en bissac et fusiforme, avec prolongement possible vers le pouce et le petit doigt, au niveau de la main, la tumeur est curviligne au cou-de-pied, en arrière des malléoles qu'elle embrasse dans sa concavité antérieure.

Parfois une partie de la gaine est seule envahie et la tumeur se localise. Il en était ainsi dans les deux observations de Terrier et Verchère. Les foyers étaient disséminés; une saillie se montre « à la partie antérieure du poignet, une autre au petit doigt, une troisième à la paume de la main sans que la séreuse intermédiaire à ces lésions présente le moindre gonflement. Jamais nous n'avons vu le gonflement envahir toute la gaine ainsi que cela s'observe dans la synovite fongueuse classique. »

---

lanzani, etc. La Société avait une sœur aînée d'un mois, qui s'était baptisée de *Société de santé de Paris;* composée principalement des anciens docteurs régents de l'ancienne Faculté, on pourrait l'appeler la Société des vieux médecins; la Société d'émulation représenta la génération moderne, et se trouva composée surtout de jeunes gens avides de se communiquer leurs idées, d'établir entre eux un lien d'amitié, de bonne confraternité.

Moins d'un an après sa fondation, la Société d'émulation publiait un volume de mémoires (1). Bichat anime encore de son souffle puissant cet ouvrage par un *Discours préliminaire* qu'il ne signe pas, mais dans lequel on trouve les belles qualités de style de l'auteur des *Recherches sur la vie et la mort.* C'est le cœur navré qu'au premier signal de la Révolution il a vu le sanctuaire de la médecine ouvert à deux battants, et la foule s'y précipitant, « nuée d'hommes inconnus dans les amphithéâtres et les écoles ». C'est avec bonheur qu'il a vu la commission d'instruction publique ne pas rester indifférente devant un tel chaos, et créer les Ecoles de santé (23 novembre 1794). C'est enfin avec enthousiasme qu'il a assisté au grand mouvement scientifique de la nouvelle Ecole de Paris, mouvement pourtant insuffisant devant l'immense élan qui s'était emparé de toute la jeunesse studieuse. On finit par ne plus se contenter des séances, des cours de l'Ecole; on fit, pour ainsi dire, des excursions sur tout le territoire des sciences : le Collège de France, le Muséum national, l'Ecole polytechnique, celle des mines, les lycées, tout fut mis à contribution. Admirable impulsion qui fut d'autant plus vive, d'autant plus irrésistible, que pendant plusieurs années la France avait été sevrée de la science qui fait sa grandeur et sa gloire. Sans doute, cette ardeur fut d'abord un peu irréfléchie; sans doute, l'attention éparpillée ne donna d'abord que la superficie des sciences. Mais on se ravisa bientôt : à la marche irrégulière et étourdie de l'irréflexion on substitua la

(1) Paris, chez Maradan, libraire, an VI (1798). 1 vol. in-8° de 537 pages.

La tuméfaction est mobile. Dans les mouvements de flexion et d'extension on la voit se déplacer suivant l'axe du membre. Le doigt, posé au-dessus de la peau, sent le va-et-vient des fongosités. Mais, si le chirurgien essaye d'imprimer une translation dans ce sens, il échoue; la masse reste immobile; au contraire, pour peu que les tendons soient relâchés, on imprime très facilement des mouvements de latéralité. Et ces signes suffisent pour préciser le siège de la tumeur et son développement dans la coulisse de glissement des tendons.

Au début, la tuméfaction est régulière, mais l'inégale résistance de la gaine, les ligaments qui la brident ont pour résultat l'apparition de bosselures et d'étranglement; de là la forme en bissac de la synovite du poignet et les saillies qui se font à sa surface. « Si les fongosités de la gaine se développent surtout dans les parties profondes sous-jacentes au tendon, ce tendon dessinera à la surface une sorte de gouttière en les rejetant vers chacun de ses bords où elles forment un relief considérable. » Les extrémités de la tumeur s'effilent d'ordinaire en fuseau.

La consistance de la synovite est variable. Au début, on sent sous la peau, une tuméfaction assez dure; peu à peu la gaine s'éraille, sa résistance est moindre, surtout au niveau des bosselures où les fongosités sont plus voisines de la peau. On ne tarde pas à sentir une véritable fluctuation due à la sérosité grumeleuse qui provient de la dégénérescence des foyers caséeux. A ce moment, d'ailleurs, la peau se couvre de veinosités; elle devient adhérente aux tissus sous-jacents, s'échauffe et ne tarde pas à s'ulcérer.

La marche de l'affection est essentiellement chronique. Peu ou pas de douleurs, avons-nous dit, seulement gêne des mouvements. Inhabileté de la main au membre supérieur, incertitude et faiblesse du pied au membre inférieur. Cependant il est des cas où de véritables douleurs ont été ressenties non seulement à la pression, mais d'une manière spontanée et les irradiations, d'ordinaire, remontent vers la racine du membre. Bidart et Bouilly nous en citent des observations. Bidart a signalé, en outre, un cas où il existait une anesthésie très accusée, et Kyriacou, un autre cas où il y avait au contraire de l'hypéresthésie.

Après un laps plus ou moins long, six mois, douze mois, deux ans, sous l'influence d'un traumatisme ou sans cause appréciable, les fongosités ulcèrent la peau; une petite quantité de matière puriforme s'écoule et les végétations rouges, carminées, saignantes, apoplectiques s'élèvent et forment un fongus d'ordinaire peu volumineux. L'orifice de la fistule s'agrandit; il se réunit parfois aux fistules voisines qui se sont creusées par le même mécanisme et la perte de substance devient considérable. D'autres fois, c'est seulement vers la profondeur que se fait l'extension des fongosités, vers les os et les articulations.

Au milieu de ces végétations les tendons, avons-nous vu, résistent d'habitude, mais ils peuvent se détruire. Des déviations n'en sont pas toujours la conséquence. Les tissus œdémateux, chroniquement enflammés n'obéissent pas aux muscles antagonistes; les bouts des tendons font corps avec la masse fongueuse. La volonté ou l'électricité ne peuvent alors provoquer des mouvements dans les segments des membres mus par ces tendons et cette constatation sera de grande importance pour le diagnostic.

On n'a jamais vu la synovite fongueuse guérir spontanément. La transformation graisseuse observée par Broca n'a pas été retrouvée. Ou le traitement a eu raison des fongosités, ou elles ont persisté jusqu'à ce que le malade ait été emporté par quelque manifestation nouvelle de la tuberculose. Sept mois après le début de la synovite, l'un des malades de Terrier et Verchère succombait à des accidents pulmonaires, et cette observation n'est malheureusement pas isolée.

On a proposé, contre la synovite fongueuse, la compression, la cautérisation superficielle, les applications irritantes sur la peau, l'ignipuncture, les injections d'iodoforme au milieu des végétations. A notre connaissance, il n'est pas une observation où ces moyens aient procuré une complète guérison. L'extirpation compte, au contraire, un certain nombre de succès. Elle a été pratiquée, il y a déjà longtemps, par Lenoir. Depuis, Trélat y a eu recours. Il pratiqua « la dissection lente et minutieuse du tendon » et son malade a guéri.

Bouilly, dans une observation que nous avons déjà citée, notre ami Antonin Poncet (de Lyon) et Augagneur ont préféré le raclage. Après avoir largement incisé les téguments au-dessus de la tumeur, ils ont enlevé les fongosités avec la cuiller tranchante, et ces trois cas ont été trois succès. Nous-même avons eu recours à ce procédé et, bien que l'extirpation des fongosités n'ait pas été complète à la paume de la main et dans la gaine du fléchisseur du pouce, notre petit malade a parfaitement guéri.

C'est donc la dissection ou le raclage que nous conseillerions. M. Daniel Mollière propose « la fongotripsie », « qui consiste à presser fortement avec la pulpe des pouces tout autour du trajet fistuleux, de manière à faire saillir les fon-

---

marche philosophique et raisonnée de la méthode. « On ne vola plus de fleurs en fleurs, comme le papillon, mais comme l'abeille on épuisa le nectar d'une plante avant de voler à des plantes nouvelles. » La fondation de la Société médicale d'émulation n'eut pas d'autre origine que la nécessité où l'on se trouvait de se réunir, de se grouper, de se communiquer mutuellement ses idées, ses aspirations, d'être enfin un centre d'*émulation* pour tous. « Ainsi, écrit Bichat, s'est réalisé un pacte d'union entre ceux qui savent et ceux qui désirent savoir; ainsi s'est formée pour nous cette affiliation respectable qui doit éclairer notre jeunesse et notre inexpérience, en même temps qu'elle nous honore. Faut-il avouer ici que la modeste réunion de quelques jeunes amis des sciences effaroucha quelques graves personnages, qui semblaient n'y soupçonner qu'une conjuration sourdement ourdie contre leurs principes surannés et la caducité de leurs doctrines? Croira-t-on qu'il a fallu quelque courage à nos premiers fondateurs? Mais nous reçûmes tous les traits de l'envie et de la malignité avec le sang-froid de la raison, qui laisse au temps le soin de venger une critique inconsidérée. C'est aujourd'hui que nous appelons nos censeurs à se mettre avec nous dans la balance du public, qui nous jugera. »

Voici maintenant comment s'exprime notre grand homme relativement aux doctrines qu'il entend bien toujours professer, et à la magnifique solidarité qui unit les connaissances humaines. Ce morceau, écrit par un jeune homme de vingt-cinq ans, est bien digne d'appeler l'attention de nos modernes.

« Passionnés pour notre art, avides de connaissances et de vérités nouvelles, nous voudrions forcer toutes les sciences humaines à payer un juste tribut à la médecine; ainsi, nous aimons les belles-lettres parce qu'elles peuvent jeter quelques fleurs sur une science sublime et belle, dont une philosophie farouche n'a que trop souvent profané les charmes éternels; nous aimons les sciences mathématiques, parce qu'elles forment l'esprit de méthode et d'analyse; nous aimons la mo-

gosités par l'orifice. A mesure qu'un bourgeon fongueux devient saillant, il est énucléé avec les ongles. Des pressions de plus en plus fortes étant successivement faites, on arrive à faire fondre les fongosités profondes. La fongotripsie est douloureuse....., on répète l'opération tous les cinq ou six jours... » M. Chandelux, craignant que le grattage ne déchire certains tendons érodés, croit que la fongotripsie, « qui semble agir d'une façon moins brutale, pourrait peut-être offrir quelque avantage ». Tel n'est pas notre avis, et nous croyons la curette moins « brutale » et certainement moins aveugle que ces pressions « de plus en plus fortes ».

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

De la syphilis équine (mal du coït, dourine, etc.), par M. Laquerrière, vétérinaire militaire.

Il existe, chez le cheval et l'âne, une maladie désignée généralement sous le nom de *mal du coït*. Toutefois, le nom de *dourine* donné de temps immémorial, par les Arabes, à cette affection, tend à s'imposer en France. C'est sous cette appellation que Signol, le général Daumas, Bonsol, les docteurs Vital, Viardot, Sipière nous en ont parlé en en variant néanmoins l'orthographe. Le mot *el dourine* pour les Arabes signifie *malpropre* et, d'après eux, la maladie proviendrait effectivement de la malpropreté des organes génitaux des reproducteurs, de là le nom de *dourine* qu'ils lui ont donné. On l'a appelée *maladie vénérienne, maladie de l'étalon, de l'accouplement, de concupiscence*, d'après son mode ordinaire de transmission, le rapprochement sexuel. Enfin, d'après l'importance de certains symptômes, ainsi érigés en maladies, on l'a décrite sous le nom de *maladie vénérienne nerveuse, maladie du système nerveux, maladie paralytique du cheval, paralysie ou paraplégie épizootique, morve génitale, maladie des organes génitaux, maladie pustuleuse ou chancreuse maligne, épizootie chancreuse, cachexie lymphatico-nerveuse, phthisie nerveuse, maladie prurigineuse, affection paralytique des reproducteurs, typhus vénérien, eczéma contagieux*, etc., etc. La plupart de ces appellations ont été créées, en grande partie, par les Allemands. Ce sont eux, du reste, qui ont observé les premiers cette affection, qu'ils désignent encore parfois sous les noms de *mal français, mal du Hanovre*. Sous ce rapport, celui de *mal prussien* lui conviendrait mieux, suivant la juste remarque de M. Saint-Cyr.

Les noms de *syphilis* et de *vérole* des solipèdes désignent également la maladie. Ces noms lui conviennent véritablement par sa nature et ses caractères symptomatiques, et seuls ils méritent d'être conservés.

Cette affection est essentiellement contagieuse et virulente, se transmet par le rapprochement des sexes et ne se développe *jamais spontanément*. Localisée d'abord à la sphère génitale, elle se généralise ensuite en envahissant progressivement tout l'organisme; elle attaque la peau et ses annexes, les muqueuses, l'œil; aucun organe, aucun tissu, aucun système ne saurait, bien plus encore chez le cheval que chez l'homme, échapper à ses graves atteintes. Sa marche est lente, insidieuse, sujette à des temps d'arrêt, à des *poussées;* elle se termine assez généralement par la mort.

En dehors du rapprochement sexuel, l'affection peut encore se transmettre par l'inoculation et l'hérédité. On ne saurait accorder aucune créance au récit de chevaux hongres, de poulains ou pouliches vierges, de chevaux ou juments privés du coït ayant contracté le mal.

Depuis le commencement du siècle, la syphilis a causé des pertes considérables sur la population chevaline de l'Europe occidentale et notamment en Russie, en Prusse, en Bohême et en Hongrie. En Algérie, elle fait chaque année un assez grand nombre de victimes sur les étalons de l'Etat et aussi sur les chevaux et juments des indigènes des trois provinces. C'est ainsi qu'en 1847, elle y a fait périr 600 chevaux et juments dans la tribu des Rigas (province de Constantine).

Plusieurs auteurs de tous pays l'ont souvent confondue avec d'autres affections et particulièrement avec une maladie bénigne des organes génitaux, à forme éruptive, se transmettant également par l'accouplement, et qui a été décrite, généralement, sous le nom d'*exanthème coïtal*. Ainsi que l'a signalé M. Saint-Cyr, cet exanthème n'est autre que le horse-pox; les expériences si intéressantes, publiées en 1880 par M. Peuch, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard.

La maladie prend naissance à l'époque de la monte, au printemps. L'année suivante elle se propage sur un plus ou moins grand nombre de sujets de la circonscription de monte et même parfois dans des centres éloignés, par le fait de la vente de juments contaminées ou déjà malades.

Historique. — Elle n'est réellement connue que depuis la fin du siècle dernier. Elle existait depuis longtemps déjà, cependant, en Russie et en Orient. Les hippiâtres arabes, dans des ouvrages datant de plusieurs siècles, signalent les affections des organes génitaux. Nos hippiâtres français, les premiers professeurs de nos Ecoles vétérinaires, en ont absolument ignoré l'existence. Les naturalistes, les poètes latins ou grecs qui se sont occupés des animaux, n'en font nulle mention. Doit-on conclure de leur silence que la maladie n'existait pas de leur temps? Nous croyons, au contraire, qu'elle a marqué sa trace aux époques les plus

---

rale, parce que sans elle on n'a de l'homme qu'une connaissance imparfaite, grossière et matérielle; nous aimons la physique, parce que nous sommes nous-mêmes un élément du grand système du monde, et que sans elle nous serions condamnés à ne rien connaître de tout ce qui nous entoure, et à nous ignorer nous-mêmes; nous aimons la chimie parce qu'elle oblige la nature à nous mettre dans la confidence de ses secrets et de ses plus profonds mystères; nous aimons l'histoire naturelle; en un mot, nous aimons la philosophie universelle, parce que nous sommes convaincus qu'une théorie médicale sera d'autant plus sage et mieux établie, qu'elle s'identifiera plus intimement avec la science générale des rapports, dont la médecine pratique n'est que le corollaire ou l'application. Ainsi, les sciences simplement appelées *sciences accessoires* n'ont plus cette acception impropre dans notre langage; elles sont pour nous des sciences essentielles, parce que la médecine en est tout ensemble le résultat et le complément. Cependant, en les étudiant toutes, nous tâchons de nous soustraire à de funestes excès; nous savons que la chimie a fait des *paracelses;* nous nous souvenons que la physique a fait les *mécaniciens;* nous n'avons pas oublié combien les physiologistes ont forgé de romans; et si nous avons quelque idée juste de ce qu'on appelle sagesse en médecine, nous profitons des fautes des autres en marchant invariablement sur la ligne de l'expérience et de l'observation. »

Cependant, à part ce magistral *Discours préliminaire*, ce tome Ier des *Mémoires de la Société d'émulation* ne contient aucun travail particulier de Bichat. Ce n'est que dans le deuxième volume (1) qu'il se décide à prendre la plume. Ses premiers essais ont encore la chirurgie pour objet : c'est la *Description d'un nouveau trépan* (p. 277-282); c'est un *Mémoire sur la fracture de l'extrémité supérieure de la clavicule* (p. 309-315); c'est une *Description d'un procédé nouveau pour la ligature des polypes* (p. 333-338).

(1) Paris, chez Richard, Caille et Ravier, an VII, in-8° de 516 pages.

reculées, comme la syphilis de l'homme, et qu'on n'a pas su la reconnaître. Quoi qu'il en soit, c'est en 1796 qu'elle a été observée pour la première fois dans le nord de la Prusse, dans la circonscription du haras de Trakehnen. Elle y sévit jusqu'en 1801 et y reparut en 1807. Elle fut décrite lors de son apparition par Ammon, puis en 1803 par Ammon et Dickauser et en 1807 par Reckleben; en 1815, Waltersdorf l'observait dans le district de Bromberg. Naumann l'étudiait en 1817 et 1818 à Trakehnen, où elle s'était développée de nouveau. Haxthausen l'observa en Poméranie de 1833 à 1839. Rodloff et Hertwig la suivirent, de 1840 à 1843, dans la Haute-Silésie. De 1816 à 1820, Havemann l'étudia à Hanovre. En Autriche, elle apparaît et y est décrite, en 1821, par Strauss et Hayne. De cette époque, jusqu'en 1830, elle y fit des ravages marqués dans plusieurs contrées et principalement en Bohême, en Silésie et en Styrie. De nouvelles apparitions eurent lieu dans ces mêmes contrées et elle y fut étudiée par Erdelyi en 1835 et 1836; par Pylwax, en 1846, et par Maresch et Roll, de 1859 à 1862. En 1840, de sérieuses mesures de police sanitaire furent prises en Prusse; aussi, depuis cette époque, n'eut-on plus que des cas isolés à combattre dans cette contrée. En Russie, le mal sévit depuis longtemps, principalement dans les provinces méridionales; cependant la première description, par Renner, date seulement de 1843. Kesting, Busse, en 1857, puis Jessen, en 1859, ont aussi décrit l'affection. En Italie, Guilo, Rigoni, Perrosino, Sylvestris, Eletti ont décrit la syphilis équine; mais celle-ci, vue en Lombardie, en 1837 et 1838, notamment, s'est réduite à un petit nombre de cas. On la constata en Suisse, en 1830, et elle y fut étudiée par Wirth et Rychner.

En France, la syphilis se montra, pour la première fois, dans la plaine de Tarbes, en 1851, et y fit de véritables ravages jusqu'en 1854. Elle y fut étudiée, d'abord, par une commission officielle, composée de médecins et de vétérinaires, puis par Aries, Roturier, Louchard, Yvart, Prince et M. Lafosse. De 1857 à 1859, et aussi en 1861, elle fit de nouveau quelques victimes au haras de Tarbes et aux environs. En 1874, elle prit naissance dans l'Aveyron, mais des mesures énergiques y arrêtèrent bientôt son extension. A chacune de ses apparitions dans le Midi, elle y fut importée par des étalons syriens ainsi que le démontrent les travaux de Trélut. Les affections décrites par Lautour, en 1833, par Dayot, en 1850, par Degoix et Renaud dans l'Avallonnais, en 1863, n'ont aucun rapport avec la syphilis et appartiennent au horse-pox. En Algérie, où la maladie existe constamment, Signol (1847), Bonsol, Merche, le général Daumas (1853), le docteur Vital (1866), Laquerrière (1873 à 1875), Sipière (1878) l'ont étudiée successivement. En Europe, les contrées non citées sont restées indemnes du mal.

Or, cette affection, je la crois de nature syphilitique, spécifiquement semblable à celle qui porte le nom de *syphilis* chez l'homme et c'est sous cette appellation que je me propose d'en tracer ici l'histoire.

I. Incubation. — Elle constitue la première période de la maladie et comprend le temps qui s'écoule depuis le moment de la pénétration du virus dans l'organisme, jusqu'à celui où ce virus vient manifester son activité fonctionnelle par l'apparition d'accidents locaux. Cette période varie, pour les auteurs, de six jours à deux mois; Haubner la croit plus longue encore. Hertwig a constaté des accidents primitifs deux jours après l'accouplement et quatre jours après l'inoculation. Rodloff a constaté également ces mêmes accidents du huitième au quatorzième jour. Prince et M. Lafosse, dans leurs expériences de Toulouse, ont assigné une durée variant du septième au soixantième jour après le coït infectant. En Algérie, un jeune cheval de remonte, acheté chez les Arabes, nous offrit les premiers symptômes spécifiques plus de six semaines après tout rapprochement sexuel. Dans les autres cas que nous avons observés, sur des chevaux et sur des juments, il nous a été impossible de déterminer l'époque du coït infectant et, par suite, la durée de l'incubation. C'est par l'accouplement expérimental et par l'inoculation que ce point peut être le plus convenablement élucidé.

II. Symptomatologie. — Plusieurs auteurs ont reconnu deux formes à l'affection; l'une bénigne, l'autre maligne. Nous ne nous arrêterons pas à cette division; la syphilis équine est *une*, seules ses manifestations sont plus ou moins graves suivant que, d'après la réceptivité spéciale du sujet infecté, elle parcourt toutes ses phases fatales ou s'arrête dans son évolution. Comme en médecine humaine, nous la diviserons en syphilis *primitive* ou *locale*, comprenant les accidents qui précèdent la généralisation de l'infection, et en syphilis *constitutionnelle*, *générale*, *confirmée*, *invétérée*, comprenant toute la série d'accidents qui se développent consécutivement sur tout l'organisme.

A. Syphilis primitive. — Cette partie de notre étude est encore obscure; cette obscurité s'explique par ce fait que l'animal ne peut ni *s'observer*, ni *fournir de renseignements*. Aussi les symptômes de début passent-ils souvent inaperçus. Chez l'homme, *le chancre est l'exorde obligé de la syphilis acquise*, suivant l'axiome émis par Ricord; en vétérinaire, le chancre existe et même sous ses diverses formes; mais ses caractères anatomo-pathologiques n'ont pas encore été suffisamment établis. Nombre d'auteurs ont constaté l'existence d'ampoules, de vésicules, de pustules, de papules, d'ulcérations et même de véritables chancres (?)

Puis brusquement Xavier, quittant une spécialité peu appropriée à son génie généralisateur, étonne le monde savant par un *Mémoire sur la membrane synoviale des articulations* (p. 350-370), par une *Dissertation sur les membranes et sur leurs rapports d'organisation* (p. 371-385), et par un *Mémoire sur les rapports qui existent entre les organes à forme symétrique et ceux à forme irrégulière* (p. 477-487).

IV. — Les œuvres chirurgicales de Desault. — Le Traité des maladies des voies urinaires, du même auteur.

Bichat, toujours fidèle à la mémoire de Desault, voulut lui rendre encore un hommage public en faisant connaître les doctrines et la pratique de son maître. De là les deux ouvrages suivants :

1° *Œuvres chirurgicales de P.-J. Desault, chirurgien en chef du grand hospice d'humanité, ou Tableau de sa doctrine et de sa pratique dans le traitement des maladies externes. Ouvrage publié par Xavier Bichat, son élève. Paris, chez la citoyenne veuve Desault, cloître Notre-Dame, n° 48. 2 vol. in-8°.*

L'ouvrage débute par l'éloge de Desault, par Bichat. Tous les exemplaires que nous avons vus portent la signature de ce dernier, qui a écrit un *Discours préliminaire* dans lequel on lit le passage suivant :

« C'était la dernière année de Desault, son but était de publier un Traité de chirurgie. Associé par lui à cette entreprise, je devais y remplir la fonction, attirante auprès d'un grand homme, repoussante auprès de tout autre, de rendre ses idées. Déjà les matériaux étaient en partie assemblés pour les maladies des parties dures, lorsque la mort est venue l'enlever. Seul, j'ai continué la route où j'étais engagé sous ses auspices... La pratique a été en partie dictée par lui, et puisée en partie dans des cahiers soigneusement rédigés d'après les observations, et surtout dans la riche et complète

au début. Pendant la grave épizootie de la plaine de Tarbes, Roturier et Louchard rencontrèrent de légères érosions sur le vagin ou le pénis des malades, et Yvart et Lafosse remarquèrent des ampoules et des érosions sur des étalons. Avant eux, Hertwig avait signalé, chez les juments, des ampoules de début qui s'ulcéraient bientôt pour faire place à des érosions superficielles, ou même à de *véritables chancres* arrondis, à fond lardacé, à bords saillants, se recouvrant de croûtes jaunâtres et laissant, après guérison, une tache blanche cicatricielle; chez l'étalon, cet auteur avait également vu des ampoules miliaires, surtout au gland et à l'orifice uréthral. Erdelyi, Pheitz, ont remarqué des *chancres*, qu'ils ont décrits sous le nom d'ulcères chancreux. M. Lafosse parle de pustules miliaires discrètes qui, se développant chez les deux sexes, seraient suivies d'ulcérations superficielles se recouvrant de croûtes jaunâtres; chez les juments, ces ulcérations seraient d'un quart à un demi-centimètre de largeur. M. Trasbot, dans deux expériences, des plus hautement intéressantes, a obtenu sur une première jument, soumise plusieurs fois à l'accouplement avec un étalon porteur de *plaques muqueuses*, une petite ulcération « à » bord déchiqueté, non décollé, un peu résistant et rouge » terne. Son fond, très peu excavé, était gris plombé et » enduit d'une mince couche de pus visqueux ». M. le docteur Fournier, qui examina cette plaie, « affirma qu'elle » rappelait exactement l'une des formes les plus caractéristiques des chancres syphilitiques et qu'en la rencontrant sur un individu de l'espèce humaine il n'hésiterait » pas un instant à diagnostiquer un chancre infectant. » C'était tout à fait, suivant cet éminent spécialiste, ce que » l'on nomme *chancre parcheminé* ». Sur la deuxième jument, saillie par l'étalon précité, M. Trasbot obtint trois petites élevures acnéiformes qui s'ulcérèrent. Ces ulcérations avaient un fond gris et des bords résistants. « L'une n'était » pas plus large qu'une tête d'épingle; les autres avaient » à peu près le diamètre d'une lentille. Elles laissaient » suinter une très petite quantité de pus ou plutôt de sérosité visqueuse ». Un mois après l'évolution de ces ulcérations, l'apparition de plaques cutanées indiquait la généralisation du mal (*Archives vétérinaires*, 1878). Pour notre part, nous avons rencontré, en 1874, sur six juments de la subdivision d'Orléansville, se recommandant par tous les signes généraux apparents de la santé, la lésion suivante : petite ulcération lenticulaire, *solitaire*, cupulliforme, à fond grisâtre, recouverte d'une légère croûte jaunâtre et siégeant vers la commissure inférieure de la vulve. Ayant changé de résidence à cette époque, il nous fut impossible de revoir ces malades, mais les caïds de leur tribu nous assurèrent qu'elles avaient eu la dourine consécutivement à notre examen. Nous pensons, sans oser rien affirmer à cet égard, que ces ulcérations se rapportaient également à la variété de chancre dite *parcheminée.* Sur plusieurs autres juments, nous avons vu, sur différents points de la muqueuse vulvo-vaginale, des ulcérations variant du diamètre d'une grosse lentille à celui d'une pièce de vingt centimes; ces plaies étaient circulaires et ne paraissaient intéresser que l'épiderme; leurs bords, taillés à pic, étaient entourés d'une aréole inflammatoire; rouges et saignantes au contact, elles étaient recouvertes d'un muco-pus très abondant. Enfin, sur trois juments, nous avons rencontré la muqueuse vulvo-vaginale et même les lèvres de la vulve rongées par le phagédénisme.

D'après les commémoratifs qui nous furent fournis sur l'étalon Reitre, mort de syphilis confirmée, en 1873, dans notre service, à Orléansville, cet animal avait présenté, dans les premiers jours de mai de cette même année, trois excoriations sur la face dorsale de la verge; deux d'entre elles s'étaient promptement cicatrisées, alors qu'à la surface de la troisième se développait une forte élevure qui plus tard s'ulcéra en prenant des bords durs et calleux. A cette ulcération succéda une tache blanchâtre, résistante, déprimée et un peu rayonnée. Sur un étalon de la station du Djeudel qui avait cessé la monte depuis quinze jours, comme étant porteur d'une petite plaie suspecte à la face dorsale de la verge, nous rencontrâmes une lésion qui, cautérisée depuis cinq ou six jours avec une solution de sulfate de cuivre, défiait tout diagnostic. Par un traitement approprié, nous obtînmes, en huit jours, la cicatrisation. Pendant ce temps, la plaie accusa un rebord saillant, blanchâtre, très dur et elle revêtit quelque peu l'aspect d'une induration chancroïde. Par le fait de la cautérisation effectuée, ces caractères n'ont, il est vrai, rien de probant. Quoi qu'il en soit, quatre jours après la cicatrisation, un léger engorgement œdémateux apparaissait au fourreau; huit jours plus tard, la naissance de plaques cutanées annonçait d'une manière indéniable la spécificité de l'affection. Sur les autres chevaux que nous avons examinés et chez lesquels des symptômes secondaires s'étaient déjà manifestés, nous n'avons pu constater d'accidents primitifs.

Hertwig, dans une expérience d'inoculation pratiquée sur une jument avec du muco-pus provenant des organes génitaux d'une autre jument malade, provoqua l'apparition de phlyctènes qui se transformèrent en ulcères de la dimension d'un grain de millet à celui d'un petit pois. La jument ainsi inoculée contracta la syphilis constitutionnelle. En 1858, à Alfort, nous nous rappelons avoir vu accoupler, expérimentalement, une jument avec l'un des étalons malades à l'École; cette jument présenta consécutivement des ulcérations superficielles *qui se cicatrisèrent bientôt sans être suivies d'infection.* Dans cette expérience qui aurait besoin

collection d'observations manuscrites dont je suis le dépositaire. »

2° *Traité des maladies des voies urinaires, par J.-P. Desault. Ouvrage extrait du* Journal de chirurgie, *augmenté et publié par Xavier Bichat. Paris, chez la cit. veuve Desault, cloître Notre-Dame, n° 18. 1 vol. in-8°.*

V. — 1800-1802.

Ces deux années, les dernières que le sort lui réservait, sont les plus glorieuses pour Bichat; ce sont celles qui ont vu naître le *Traité des membranes*, les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, le *Traité d'anatomie générale*, et les premiers volumes d'une *Anatomie descriptive.* Quel prodigieux génie! Deux années pour enfanter de tels chefs-d'œuvre! Rapprochons les dates : le *Traité des membranes* est livré à l'impression dans les mois de janvier et février 1800; trois ou quatre mois après (mai ou juin 1800), les éditeurs Brosson et Gabon recevaient le manuscrit des *Recherches sur la vie et la mort;* quinze mois de plus (septembre ou octobre 1801), et l'*Anatomie générale* faisait son apparition dans le monde savant; et, presque en même temps, l'*Anatomie descriptive* est lancée à l'admiration de tous... Ne dirait-on pas que Xavier, pressentant sa fin prochaine, se hâtait de donner tout ce qu'il avait?

Pourtant, qui le croirait? au milieu du concert général d'admiration que provoqua la naissance de tels ouvrages, il se trouva une note discordante : un compatriote de Bichat, un Bressan comme lui, osa, dans une Revue (1), tremper sa plume dans un fiel mal déguisé, pour critiquer le *Traité des membranes*, qui avait reçu l'hommage du monde entier, et pour verser la bile noire de la jalousie et de l'envie sur le glorieux auteur.

(1) Réflexions critiques sur un ouvrage ayant pour titre : *Traité des membranes*, par le C. Bichat. (*Signé :* A. Richeraud, *Magasin encyclopédique*, 5e année, 1799 t. VI, p. 288.)

d'être répétée, un malade atteint d'accidents constitutionnels n'aurait ainsi produit, chez un sujet sain, que des accidents locaux offrant de l'analogie avec le chancre simple. Nous reviendrons sur ce point en parlant du virus syphilitique.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Traitement de la sueur des pieds par le sous-nitrate de bismuth.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Le dernier numéro de la *Gazette* renferme un article de M. le docteur Vieusse sur le traitement nouveau de la sueur fétide des pieds par *le sous-nitrate de bismuth*. Cette médication est indiquée par moi depuis plusieurs années, et se trouve dans le *Dictionnaire thérapeutique* de MM. Bouchut et Després à l'article Sueur. — Je vous serai obligé de vouloir bien insérer cette rectification.

Veuillez agréer, etc.

E. Bouchut.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur l'épidémie de choléra qui règne en Égypte et sur les chances que l'Europe a d'en être préservée, par M. *A. Fauvel*. — Communication identique à celle dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro (p. 502).

Propriétés physiologiques de l'écorce du « Doundaké » et de la « doundakine », par MM. *Bochefontaine*, *B. Féris* et *Marcus*. — Le Doundaké est un arbrisseau (Rubiacée?) de la côte occidentale d'Afrique; son écorce, employée empiriquement comme fébrifuge par les indigènes du Rio-Nuñez, est rouge orangé, d'une saveur fortement amère, et formée de lamelles superposées qui se détachent facilement les unes d'avec les autres. M. Engel a soupçonné la présence d'un alcaloïde dans l'écorce, où Venturini a cru trouver de la *saliciline*.

Les auteurs ont pu isoler de l'écorce du Doundaké une base organique qui se présente sous forme de poudre jaunâtre, formée de cristaux rhomboédriques visibles au microscope. Cette substance, d'un goût amer, soluble dans l'eau et dans l'alcool, possède une réaction alcaline. Elle précipite par la liqueur de Winkler les acides phosphotungstique et phosphomolybdique, mais elle ne se trouble pas au contact du réactif de Bouchardat. On peut la classer parmi les alcaloïdes et lui donner le nom de *doundakine*.

En essayant les propriétés physiologiques de cette substance, ils sont arrivés aux résultats suivants :

Chez la grenouille, l'injection hypodermique d'une quantité d'extrait représentant 2 grammes d'écorce détermine la mort au bout de trente-six heures. Chez un jeune cobaye de 100 grammes, l'extrait de 1 gramme d'écorce entraîne la mort après quinze minutes.

8 milligrammes de doundakine, soit 2 grammes d'écorce, ont tué une grenouille dans l'espace de vingt-six minutes. Un cobaye de 700 grammes a succombé dans l'espace de vingt-quatre heures à l'injection hypodermique de 34 milligrammes de doundakine.

Les effets physiologiques produits par les extraits d'écorce de Doundaké et par la doundakine sont identiques et peuvent être résumés ainsi :

Première période. — Chez la grenouille, au bout de deux à cinq minutes, on constate un peu d'affaiblissement général, la diminution des mouvements spontanés et réflexes; bientôt l'animal est incapable de reprendre son attitude normale. A ce moment, il garde la position que lui donne l'expérimentateur, si bizarre et anormale qu'elle puisse être. Ainsi, on place une grenouille sur l'épaule et la cuisse d'un côté, le bras du côté opposé restant en l'air; on l'assied sur le train postérieur, tout le corps dressé portant surtout sur la cuisse d'un côté; on appuie un de ses membres supérieurs sur une petite béquille et on lui joint les doigts : l'animal conserve indifféremment l'une ou l'autre de ces attitudes pendant un temps qui peut aller jusqu'à vingt-quatre heures. Cependant la contractilité musculaire ainsi que l'excitomotricité nerveuse sont conservées et les battements du cœur ne sont pas sensiblement modifiés.

Deuxième période. — Cette première période est fatalement suivie d'une seconde dans laquelle l'état particulier qui vient d'être décrit disparaît pour faire place à une résolution complète. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, puis intermittents; ils deviennent très lents et s'arrêtent, tandis que les battements du cœur un peu ralentis sont réguliers. Les mouvements réflexes sont abolis progressivement, enfin le cœur cesse de battre.

Si l'on répète la même expérience sur des grenouilles dont on a enlevé l'encéphale, on obtient les mêmes résultats. Si, au contraire, on a sectionné préalablement la moelle épinière au niveau du bec du calamus, la grenouille meurt sans avoir présenté aucun phénomène de catalepsie. Chez le cobaye, on observe d'abord les mêmes phénomènes que chez la grenouille, puis un état *cataleptique*, mais beaucoup moins accusé et moins persistant. Il survient aussi quelquefois de petits mouvements convulsifs. Le fait capital de l'intoxication est le ralentissement progressif et l'arrêt de la respira-

---

VI. — La Faculté de médecine de Paris et Xavier Bichat.

Il y avait environ sept ans que, par une loi du 4 décembre 1794, avaient été organisées les Écoles de médecine de la France sous le nom d'*Écoles de santé*, lorsque Bichat, poussé par une ambition bien légitime, osa réclamer sa place au milieu des savants hommes qui composaient l'École de Paris, et parmi lesquels Mahon et Cabanis tenaient la chaire de médecine légale et d'histoire de la médecine, Chaussier et Leclerc celle d'anatomie et de physiologie, les uns en qualité de professeurs en titre, les autres comme professeurs adjoints. Le moment était bien choisi pour Xavier pour demander sa part du gâteau, car Mahon étant venu à mourir (16 janvier 1801) et Leclerc ayant demandé à permuter sa chaire d'anatomie contre celle de médecine légale et d'histoire de la médecine, la première chaire allait rester vacante. Nous avons retrouvé la lettre par laquelle Bichat posait sa candidature à la même chaire d'anatomie. La voici; elle est adressée aux professeurs de l'Ecole :

Citoyens,

Les mutations qui auront peut-être lieu dans votre Ecole, à l'occasion de la mort du C. Mahon, peuvent laisser vacante une chaire d'anatomie et de physiologie. Veuillez, dans ce cas, me mettre au rang de ceux qui se présentent pour l'occuper. J'enseigne l'anatomie depuis cinq ans. Divers mémoires isolés et un *Traité des membranes* ont été publiés par moi. Je m'occupe d'un grand ouvrage d'anatomie, qui présentera, peut-être, une partie de cette science sous un rapport utile et nouveau, et qui est assez avancé dans l'impression pour que je vous propose de charger des commissaires de l'examiner.

En physiologie, voici ce que j'ai fait : depuis quatre ans je la professe avec l'anatomie; j'ai donné divers mémoires et un *Traité de la vie et de la mort;* depuis cette époque j'ai fait diverses expériences qui n'ont point été publiées, et dont je vous propose

tion qui se produisent alors que les battements du cœur sont parfaitement réguliers. Enfin le cœur s'arrête peu à peu et l'animal meurt.

Chez le chien, on a fait des injections intraveineuses de solutions d'extrait représentant 50 grammes d'écorce de Doundaké. Les tracés hémodynamométriques ont indiqué tout d'abord un abaissement brusque de la pression sanguine intra-artérielle avec ralentissement du pouls; ensuite une pression au-dessus de la normale avec accélération des systoles cardiaques; enfin une diminution graduelle de plusieurs centimètres de mercure pendant laquelle les battements du cœur deviennent irréguliers. Bientôt le cœur est rentré dans l'ordre, et l'animal laissé en liberté a présenté la démarche d'un chien éthérisé. La sensibilité générale est extrêmement affaiblie, presque éteinte; l'animal reste debout sans bouger de place, immobile, pendant une vingtaine de minutes. Si on l'oblige à se coucher, il garde également cette attitude, comme s'il dormait, jusqu'à ce qu'une excitation extérieure le fasse changer de position. Cet état a persisté pendant deux jours, au bout desquels il a diminué peu à peu, pour disparaître quatre jours seulement après l'expérience.

Les auteurs concluent de ces recherches que l'écorce du Doundaké contient une substance toxique qui exerce plus particulièrement son action physiologique sur la protubérance et le bulbe, pour amener chez la grenouille et le cobaye un certain état qui rappelle la catalepsie. Chez le chien, cet état n'est pas évident : il semble cependant que l'immobilité prolongée de l'animal dans les positions où on le place indique une tendance vers l'état cataleptique; de sorte que, s'il avait été possible d'injecter dans les vaisseaux une plus grande quantité de substance, on aurait sans doute produit les mêmes phénomènes que chez les batraciens et les mammifères inférieurs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *Pourquier*, directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier, envoie un Rapport sommaire, manuscrit, sur les travaux effectués dans cet établissement. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Mignot* (de Chantelle, Allier), adresse une *Note* manuscrite *sur le choléra et la constitution régnante*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *H. Desplats* (de Lille), un mémoire imprimé sur les *applications du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde* ; 2° le 2e volume du *Catalogue descriptif des pièces pathologiques du Musée du Collège des chirurgiens à Londres ;* 3° de la part de M. le docteur *Prince* (de Jacksonville, États-Unis), deux mémoires imprimés, ayant pour titres : *The bead suture* et *A rutal obturator*.

M. *Laboulbène* présente, au nom de M. le docteur *Prétenderis Tybaldos*, un volume intitulé : *Du typhus observé à Athènes en* 1868.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage de son *Rapport au Conseil d'hygiène de la Seine sur les mesures à prendre en cas de choléra*.

M. *Fournier* offre, de la part de M. le docteur *A. Doyon*, une brochure ayant pour titre : *Du mode d'enseignement de la dermato-syphiligraphie contemporaine.*

Rapports. — M. *Baudrimont* lit une série de rapports négatifs sur des remèdes secrets ou nouveaux; M. *Armand Gautier* donne lecture de trois rapports concernant des eaux minérales; M. *Charcot* lit un rapport sur le concours du prix Civrieux de 1883.

Ectopie cardiaque. — M. *Tarnier* présente une femme atteinte d'une ectopie cardiaque des plus intéressantes; cette femme, enceinte de neuf mois, et qui a accouché déjà une première fois sans encombre, a un sternum bifide inférieurement, de telle sorte que son cœur bat en quelque sorte sous la peau. On peut saisir avec les doigts la partie ventriculaire de l'organe que l'on sent ainsi battre dans la main; quant aux oreillettes, on ne perçoit leurs battements qu'en enfonçant le doigt dans la partie supérieure de la fente sternale. De plus, cette femme est atteinte d'une hernie ombilicale, et le cœur déplacé paraît avoir des rapports immédiats avec cette hernie. Il est assez difficile de se rendre compte du rapport exact des organes déplacés. Le péricarde est-il intact? Le cœur est-il libre dans la cavité abdominale? Il est absolument impossible de se prononcer à cet égard. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que le diaphragme est perforé et que c'est au travers de cette perforation que le cœur est venu se placer sous la peau, accompagné ou non de sa séreuse propre.

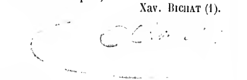
M. *Marey* fait remarquer que ce cas, qu'il a déjà examiné avec M. *François Franck*, permettra, on n'en peut douter, de vérifier chez l'homme l'ensemble des résultats obtenus par les expériences faites sur le cœur des animaux. C'est ainsi, dit-il, que l'exploration du cœur de cette femme permet de se rendre compte de l'illusion qui a donné naissance à la théorie de Beau, pour l'explication des battements du cœur. On sait, en effet, que Beau expliquait les battements du cœur par la dilatation cardiaque, sous l'influence de l'afflux sanguin, au moment de la diastole ventriculaire. Cette opinion paraît logique : il est rationnel d'admettre que le choc se produise au moment où l'organe augmente de volume et non au moment où il se resserre; mais cette explication, quelque logique qu'elle soit, n'est pas exacte, et, si l'on en doutait, l'examen de cette malade suffirait à forcer la conviction. Si, au lieu de regarder le cœur de cette malade, on le saisit entre les doigts, on constate, de la manière la plus nette, que ce n'est pas lorsque le cœur est le plus gros, qu'il produit un choc, mais bien lorsqu'il est le plus dur. — M. Marey propose de désigner une Commission qui procédera à une étude de physiologie cardiaque, dès que cette femme sera accouchée. — Une Commission, composée de MM. *Vulpian*, *Marey* et *Sappey*, est nommée à cet effet.

---

de soumettre les résultats à votre examen, si vous le jugez nécessaire à votre opinion sur moi.

Salut et respect,

Xav. Bichat (1).



28 (?) pluviôse [an IX].
A l'Ecole de médecine de Paris.

Pénétrons maintenant dans la salle, où les doctes professeurs se sont assemblés, 29 pluviôse an IX (18 février 1801). Ils sont là dix-neuf; les candidats à la chaire laissée vacante par la mutation de Leclerc sont, dans l'ordre alphabétique, les citoyens Barbier, Bichat, Deschamps, Duméril, Dupuytren, Girault, Jadelot, Larrey, Laumonier et Richerand. Conformément à un arrêt du ministre de l'intérieur, en date du 13 décembre 1794, l'Ecole doit présenter trois candidats, sur lesquels portera le choix du ministre. L'assemblée décide qu'elle procédera, pour le classement, à trois tours de scrutin. Et voici ce que donnent ces scrutins :

1er scrutin. . . . . Duméril, 14 voix.
2e scrutin. . . . . Bichat, 14 voix.
3e scrutin. . . . . Dupuytren.

En conséquence, la présentation a lieu dans l'ordre suivant : Duméril, Bichat, Dupuytren.

Et un mois après, Duméril était nommé par le ministre professeur adjoint d'anatomie et de physiologie. Le savoir, la science s'étaient trouvés en face du génie, et ce fut le génie qui fut vaincu (1).

(1) Archives de la Faculté de médecine de Paris.

(1) Archives de la Faculté de médecine de Paris.

Étiologie du choléra. — M. *Jules Guérin*, à la dernière séance, avait affirmé qu'en 1867 il n'y avait pas eu de choléra à Paris, bien que cette affection régnât alors épidémiquement en Europe, et malgré les communications nombreuses entre les divers pays par suite de l'Exposition universelle. Il vient prouver ce fait, en rappelant qu'en 1867 le choléra préludait dans le Nord à l'épidémie de 1869, et que pendant l'Exposition de Vienne, en 1873, le choléra y sévissait avec force, sans que les autres capitales, et notamment Paris, aient été atteintes au même moment. Revenant sur les opinions qu'il a soutenues depuis de longues années devant l'Académie à ce sujet, il maintient : 1° que l'évolution des épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, est un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme; 2° que, sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, dérangements caractérisés surtout par des diarrhées prémonitoires continues, chez les enfants d'abord; chez les adultes et les vieillards ensuite ; 3° que, lors de l'explosion des épidémies cholériques, et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique; 4° que, avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il a toujours existé quelques cas de choléra réel, mais isolés et inaperçus, ou seulement qualifiés de *choléra nostras;* 5° contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapports quotidiens avec différents centres occupés par le choléra, sans avoir contracté la maladie; 6° la contagiosité du choléra ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-dire subordonné, pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingente, lesquelles expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lontains et la stérilité si fréquente des contacts individuels; 7° que les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses; et les différentes dénominations à l'aide desquelles on a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra réel en choléra nostras, choléra sporadique, choléra épidémique, choléra asiatique, n'ont pas plus de raison d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole ; 8° que, comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui, pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique, doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile.

M. *Fauvel* se refuse à disenter les doctrines de M. Jules Guérin, qui ont été maintes fois déjà présentées, et complètement détruites devant l'Académie. Il se borne à faire remarquer que s'il n'y a pas eu de choléra à Paris en 1867, alors qu'il n'en existait plus que dans les confins de la Pologne et de la Russie, c'est que les épidémies de 1865 et de 1866 avaient épuisé en quelque sorte les propriétés meurtrières du choléra; l'immunité était encore acquise. Quant à l'épidémie de 1873, elle eut lieu à Rouen en août et à Paris en septembre, pendant l'Exposition de Vienne par conséquent. A cette époque d'ailleurs, ce qu'il y eut de plus intéressant, c'est que, malgré la liberté des communications terrestres avec l'Italie où sévissait le choléra, il ne fut pas importé dans le Midi, bien qu'un navire l'eût apporté au lazaret du Frioul. Mais les mesures prises aussitôt à Marseille en arrêtèrent la propagation.

M. *Jules Guérin* contesle les observations de M. Fauvel. Il se félicite, entre autres, de voir ses doctrines acceptées par les médecins anglais de l'Inde, et notamment par M. le docteur Cuningham.

M. *Fauvel* récuse le témoignage de ces médecins qui, soit par aveuglement, soit par spéculations commerciales dont ils seraient les instruments inconscients, se refusent à croire aux dangers des foyers endémiques du choléra dans l'Inde, alors cependant que les personnes venant passer ou séjourner dans ces foyers propagent si souvent cette affection dans l'intérieur du pays ou en Europe, l'un et l'autre indemnes à l'état normal.

M. *Rochard* rappelle, aux applaudissements unanimes de l'Académie, qu'il ne s'agit pas aujourd'hui d'une question de doctrine, mais d'une question de fait. M. Fauvel a démontré que le choléra qui règne en ce moment en Egypte y a été importé et que cette importation est le résultat de la suppression des mesures sanitaires qui la protégeaient depuis seize ans. Depuis longtemps la France, par la voix de ses consuls, de ses médecins sanitaires, donnait à l'Egypte des avertissements qui n'étaient pas écoutés; depuis plusieurs mois, l'invasion du choléra en Egypte était prédite, annoncée, comme devant être la conséquence inévitable de la mise en oubli des précautions sanitaires si efficaces jusqu'alors. Les avertissements n'ont pas été écoutés, et le choléra s'est déclaré à Damiette et il s'est répandu, de là, dans toute l'Egypte. Il faut tirer de là un enseignement pour l'avenir. Si nous échappons au danger qui nous menace, il faut qu'on ne nous le fasse plus courir de nouveau. Si nous le subissons dans toute sa rigueur, il faut que ce soit la dernière fois.

M. *Jules Guérin* reproduit le passage d'une lettre d'un médecin d'Alexandrie prétendant que, plusieurs jours avant

---

Il est vrai que Bichat était bien jeune alors (trente ans); il est vrai encore qu'il n'avait pris aucun grade dans l'École de santé. Pas même docteur en médecine; pas même inscrit sur les registres de l'École! Lui, professeur d'anatomie, médecin expectant de l'Hôtel-Dieu, auteur d'ouvrages qui ont porté son nom dans tous les coins du monde savant, il ne se préoccupe pas des grades universitaires à obtenir; et tandis que ses amis, les collaborateurs dans ses travaux, son cousin Buisson, Esparron, Rozière, Haï, Roux, etc., « se préparent au doctorat, » qu'ils vont bientôt atteindre, Xavier se contente de continuer ses admirables recherches, d'appeler autour de lui une jeunesse avide d'entendre un maître aimé, de méditer, et de se préparer de nouveaux triomphes. Heureux lorsque des élèves, comme Cabuchet, comme Bouvenot, lui dédient leurs thèses et lui donnent ainsi un témoignage public de leur reconnaissance!

A. Chéreau.

Agrégation. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine (section des sciences physiques, chimiques et pharmaceutiques) pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent : Physique : MM. Bagnéris (Auguste); Bergonié (Jean-Alban); Doumer (Jean-Marie-Emmanuel), Guébhard (Paul-Emile-Adrien); Imbert (Jean-Armand-Maximilien). — Chimie : MM. Blarez (Pierre-Marie-Charles); Linossier (Jules-Georges); Villte (Jules-Joseph-Mathieu). — Pharmacologie : M. Pouchet (Anne-Gabriel).

Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Levié est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux. M. le médecin inspecteur Gaujot, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée. M. le médecin inspecteur Védrènes, directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie, est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger. Ces trois médecins inspecteurs ne prendront possession de leur nouvel état qu'à dater du 1er octobre 1883.

l'arrivée de l'une des personnes signalées comme ayant importé le choléra à Damiette, des cas de cette affection s'y étaient déjà montrés.

Qu'importe? fait remarquer M. *Rochard*. Ne convient-il pas de s'appuyer sur les rapports de tous les médecins français en Egypte et de quelques médecins anglais? Est-ce qu'en pareille occurrence on peut jamais suivre la maladie dans toutes ses pérégrinations? Lorsqu'on voit partir un coup de canon et qu'à quelques kilomètres de là on voit tomber une file d'hommes, on sait très bien que le boulet qui les renverse est parti de la pièce, quoiqu'on n'ait pu le suivre de l'œil dans son trajet. Eh bien, nous voyons partir des navires de Bombay où règne le choléra, nous les voyons arriver en Egypte, communiquer librement et le choléra apparaît là où il ne s'était pas montré depuis des années, et vous ne voulez pas que nous voyions entre ces deux faits une corrélation aussi directe qu'entre ceux que j'ai pris pour exemples? Le choléra est importé en Egypte, parce qu'on a supprimé les digues qui l'empêchaient d'y entrer. La suppression des quarantaines est le fait de l'influence anglaise; il ne faut pas que cela recommence et je prends acte de ce fait, que l'Académie tout entière est de mon avis. (*Applaudissements répétés.*)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

Influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs. — Coup de pied de cheval; rupture de l'intestin; péritonite suraiguë; laparotomie, résection et suture de l'intestin; mort dix jours après l'opération. — Présentation d'un instrument.

M. *Verneuil* répond au dernier discours de M. Trélat; il circonscrira le débat à la tuberculose. M. Verneuil a dit que le traumatisme pouvait éveiller, réveiller la tuberculose, l'aggraver comme tout autre état constitutionnel. M. Trélat s'inscrit en faux contre cette opinion et dit que l'aggravation de la tuberculose, notée chez les tuberculeux blessés, n'est pas due au traumatisme, parce qu'elle aurait pu se produire sans lui.

La principale objection de M. Trélat porte sur le petit nombre de faits indiqués par M. Verneuil. Mais ces faits ne sont pas si rares qu'on pourrait le croire, et M. Verneuil en cite de nouveaux tirés de sa pratique. Bien des chirurgiens ont protesté contre les amputations chez les phthisiques et contre la castration en cas de tuberculose génitale, accusant ces opérations non seulement d'être insuffisantes, mais encore d'accélérer la marche de la diathèse. Dans un mémoire de Wolckers, 119 opérations sont rapportées avec 30 décès. Parmi ces derniers, il y a en 7, soit 23 pour 100, dans lesquels la tuberculose aiguë a constamment amené la mort. Dans une thèse de Wurtzbourg (1879), l'auteur, M. Neumaister, cherche à démontrer que les opérations pratiquées pour les lésions fongueuses des articulations sont fréquemment suivies de mort par tuberculose. 122 opérations ont donné 46 morts, dont 31 à la charge de la tuberculose.

Dans la thèse de Ch. Leroux on voit que dans la moitié des cas d'amputation ou de résection chez les tuberculeux, la maladie générale est aggravée. M. Berger n'a guère à se louer d'avoir amputé des phthisiques.

M. Verneuil passe ensuite à l'étude de la méningite tuberculeuse, en faisant remarquer qu'il n'a jamais accusé le traumatisme de produire la méningite, mais bien de provoquer l'éclosion de cette maladie chez des individus prédisposés. Dans son second discours, M. Verneuil a cité deux observations; il en ajoute un certain nombre d'autres tirés de sa pratique ou empruntés à divers auteurs (Krackowiser, Sayre, Esmarch, Neumeister, Volkmann, Riedenger, etc.). MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt ont apporté des faits probants.

M. Verneuil admet la possibilité d'une simple coïncidence, mais la corrélation s'impose quand l'intervalle compris entre l'acte chirurgical et la complication médicale est fort court, comme on le voit dans beaucoup d'observations. Pour M. Verneuil, la dépendance étiologique, la relation intime de cause à effet n'est point douteuse. L'explication n'est pas facile, et peut-être l'aggravation s'opère de plusieurs manières. M. Verneuil croit à deux processus pathogéniques :

1° En cas de lésions viscérales préexistantes, mais latentes ou assoupies, la surexcitation générale provoquée dans l'économie par le traumatisme, porte spécialement son action sur le point taré, sur le lieu de moindre résistance;

2° En cas de foyer tuberculeux unique encore, mais irrité directement par la blessure ou l'acte opératoire, M. Verneuil croit fermement à une auto-inoculation, à une pénétration directe de l'agent tuberculeux, soit dans les lymphatiques, soit dans les veines, ce qui expliquerait l'apparition soudaine et générale de la granulie en plusieurs points de l'organisme.

M. Verneuil veut qu'on se méfie des opérations chez les tuberculeux, parce qu'elles ont des inconvénients, parce qu'elles sont rarement curatives, parce qu'elles peuvent faire apparaître des accidents redoutables. Cela n'empêchera pas M. Verneuil d'opérer les tuberculeux qui en ont *réellement* besoin.

M. *Trélat* a dit qu'il fallait tenir en grande défiance les tuberculeux, les examiner avec le plus grand soin, dresser le bilan exact de leur état pathologique; cet examen demande de l'attention et de la sagacité de la part du chirurgien. Il a dit enfin qu'il ne fallait intervenir chez les tuberculeux que si les lésions externes étaient seules la cause de leur souffrance, tandis qu'il valait mieux s'abstenir devant la tuberculose viscérale. M. Verneuil et M. Trélat ne diffèrent que par des formes de langage et des apparences de doctrine.

La blessure chirurgicale a sa valeur; c'est une surcharge, elle peut tuer le malade. Le traumatisme comporte des actes divers, l'émotion morale, la blessure avec perte de sang, la réparation. Chacun de ces actes impose un affaiblissement de l'économie; il y a lieu de tenir compte de cet affaiblissement. Il n'y a aucun dissentiment entre M. Trélat et M. Verneuil au point de vue de la pratique ou au point de vue de l'enseignement. L'un et l'autre ne prennent le couteau que pour guérir ou soulager leurs malades.

M. *Desprès*. L'opération n'aggrave pas une tuberculose commençante; elle n'est à redouter que chez les malades arrivés à leur déclin. Avec un peu d'attention on reconnaît cet état, et on opère si le sujet n'est pas déchu.

— M. *Bouilly* lit une observation intitulée : Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin, péritonite suraiguë; laparotomie; résection et suture de l'intestin; mort dix jours après l'opération.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Appareil destiné à recueillir la totalité des gaz de l'expiration : M. Quinquaud. — Passage de l'oxyde de carbone à travers le placenta : M. Quinquaud. — Sur une nouvelle affection de la peau non encore décrite en France : M. Vidal. — Injecteur de gaz à régulateur : M. Hénocque. — Bacilles et lupus : MM. Cornil et Babès. — Un parasite du Mexique : M. Mégnin. — Nouveau poison de flèches usité par les Foulahs du Fouta-Djallon : M. Bazile Férie (de Brest).

M. *Quinquaud* présente un appareil destiné à recueillir la totalité des gaz de l'expiration. Cet appareil offre sur tous les autres du même genre ces deux avantages : perfection du

masque, d'une part; perfection des tubes conducteurs des gaz expirés, d'autre part. Grâce, en effet, à une application hermétique du masque sur la face, aucune perte de gaz ne saurait avoir lieu. Quant aux tubes conducteurs et aux robinets à trois voies qui leur sont annexés, leur calibre offrant des dimensions un peu supérieures à celles de la trachée, il en résulte qu'aucune entrave à l'expiration du sujet en expérience n'est apportée, de telle sorte que, même chez les sujets dyspnéiques, par exemple, les pneumoniques et les emphysémateux, on peut espérer recueillir complètement les gaz de l'expiration.

— M. *Quinquaud* fait une deuxième communication relative au passage de l'oxyde de carbone à travers le placenta, c'est-à-dire de l'organisme de la mère dans celui du fœtus. Des expériences qu'il a faites à ce sujet avec M. Gréhant, il résulte que ce passage a lieu, mais qu'il faut un certain temps pour qu'il s'effectue. En soumettant les animaux à la respiration d'un mélange d'air contenant 60/100 d'oxyde de carbone, ce n'est qu'après trente-cinq minutes que le gaz toxique apparaît dans le sang des fœtus. Chose à noter, mais que le petit nombre d'expériences ne permet pas encore d'affirmer comme un fait absolument constant, chez tous les fœtus examinés le sang contenait six fois moins d'oxyde de carbone que le sang maternel.

— M. *Vidal* a étudié, au point de vue de la clinique et de l'anatomie microscopique, une affection de la peau décrite à l'étranger sous les noms de xérodermie par Kaposi (de Vienne), de xérodermo-pigmentosum par d'autres auteurs, affection qui n'avait pas encore été signalée en France. M. Vidal a pu en recueillir cinq observations dans notre pays dans deux familles : chez deux sœurs, d'une part; chez trois frères, d'autre part. Les principaux caractères de cette maladie sont les suivants : elle paraît être une maladie de famille, sinon héréditaire, congénitale, atteignant les enfants d'un même sexe. Ses symptômes s'accentuent dans le cours de la première ou de la deuxième année, apparaissant dans les parties exposées au soleil : ce sont d'abord des taches pigmentaires, puis la peau se dessèche, l'épiderme s'exfolie, le tégument s'amincit et revêt l'aspect du tissu cicatriciel. Alors apparaissent des dilatations vasculaires (télangiectasie) et des excroissances ou verrues (épithélioma végétant). Le présentateur entre dans des détails très minutieux d'anatomie microscopique : les lésions peuvent se résumer dans l'atrophie des éléments constitutifs de la peau et dans l'hypertrophie des vaisseaux et des éléments élastiques des tissus sous-jacents aux téguments.

— M. *Hénocque*, désirant appliquer à la thérapeutique l'action de l'acide carbonique sur les diverses muqueuses, suivant la méthode de M. Brown-Séquard, a dû faire construire un appareil présentant un volume et un poids qui en permettent le transport et l'emploi au lit du malade. De plus, l'acide carbonique devant être injecté sous pression et dans des cavités telles que la vessie, le rectum, le pharynx, etc, il était nécessaire de pouvoir connaître avec précision la pression du gaz à chaque moment de l'opération. M. Galante fils, avec son habileté et son obligeance habituelles, s'est appliqué à résoudre ce problème et a construit sur les indications de M. Hénocque l'appareil qui est présenté à la Société sous le nom d'*Injecteur de gaz à régulateur*, et qui peut servir à injecter d'autres gaz ou mélanges de gaz et de vapeurs, sous une pression rendue constante par le dispositif du régulateur, et pouvant être contrôlée pendant toute la durée de l'opération.

— MM. *Cornil* et *Babès* ont recherché la présence des bacilles dans le lupus. Des préparations provenant de dix malades ont été négatives; une onzième ne leur a montré qu'un seul bacille sur douze coupes; dans ce cas la préparation provenait d'un individu manifestement tuberculeux. La matière de ces lupus a été inoculée à quinze cobayes et quatre lapins. Deux cobayes seulement ont été infectés, et encore chez eux la tuberculose a-t-elle évolué très lentement. Quant aux lapins, qui ont été inoculés dans la chambre antérieure, l'un d'eux a eu une ophthalmie purulente, un autre présente dans l'œil une tumeur rappelant tout à fait le lupus de la cornée, les deux autres ont les yeux sains; on ne peut savoir le résultat de l'inoculation chez ces derniers animaux, le sacrifice n'en ayant pas été fait. De leurs examens microscopiques et de leurs expériences les auteurs croient devoir conclure, pour le moment, que le lupus, s'il n'est pas complètement étranger au tubercule, n'a avec lui que des analogies très éloignées.

— M. *Mégnin* présente un parasite qui lui a été expédié du Mexique et qui appartient au groupe des Argas.

— M. *Bazile Féris* (de Brest), avec MM. *Bochefontaine* et *Marcus*, a fait des expériences sur un nouveau poison de flèches utilisé pour la chasse des petits animaux par les Foulahs, population du Fouta-Djallon.

Cette substance a une action très marquée sur le système nerveux; elle produit d'abord du retard, puis la disparition des mouvements réflexes. Mais le fait le plus saillant c'est l'apparition d'un état cataleptique très remarquable chez les grenouilles intoxiquées; elles restent indéfiniment dans l'attitude qu'on leur imprime, si gênante qu'elle soit. Chez les animaux à sang chaud, la mort a lieu par arrêt de la circulation. Les auteurs concluent, par l'analyse physiologique à laquelle ils se sont livrés, que la substance porte principalement son influence sur la protubérance et le bulbe.

Ils rapprochent l'effet de ce poison de celui déterminé par l'écorce du Doundaké, arbre du Rio-Nunez, et par le principe actif qu'ils y ont découvert, la *doundakine*, et ils croient pouvoir en déduire qu'un extrait de ce végétal entre sans doute dans la préparation du poison foulah.

— M. *Ch. Richet* offre à la Société la thèse de M. Guiard « sur la fermentation ammoniacale des urines dans la vessie (*ammoniurie*) », et la thèse de M. Carlier, « Anatomie philosophique ».

A cinq heures et demie la Société se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

De l'asphyxie non toxique, par M. Dreyfus-Brisac. Paris, G. Masson, 1883.

Une question ainsi posée : *De l'asphyxie non toxique*, semble comporter : 1° l'étude des conditions dans lesquelles, en dehors de tout ce qui peut ressembler à un empoisonnement, l'asphyxie peut survenir; 2° l'examen des caractères spéciaux de l'asphyxie liée à ces conditions étiologiques spéciales; 3° le mécanisme en vertu duquel les mêmes conditions conduisent à cette résultante commune, l'asphyxie, phénomène supposé connu; 4° les moyens de parer à l'accident prévu, et, dans le cas où celui-ci s'est produit, les procédés thérapeutiques à mettre en œuvre pour le combattre.

Si telle est bien, comme il semble, la manière dont peut être traité le sujet, de quels éléments dispose le candidat pour remplir un pareil cadre?

Le chapitre étiologique, autour duquel devront se grouper tous les documents exposés dans les autres parties de l'ouvrage, est suffisamment déterminé par le texte même de la question, pour qu'on sache au juste comment le constituer : tout ce qui, en tant que conditions productrices de l'asphyxie, ne fait pas partie du groupe des substances toxiques (poisons minéraux, organiques ou même organisés) doit rentrer dans ce chapitre : on s'attend à y voir figurer toutes les

causes d'asphyxie depuis la strangulation jusqu'aux maladies les plus localisées du bulbe rachidien; c'est simplement affaire d'énumération et de groupement logique. M. Dreyfus-Brisac, dans le cours de sa thèse, a rempli ce programme en divisant les conditions productrices de l'asphyxie en causes *intrinsèques* (obstacle au passage de l'air, affections cardio-pulmonaires, troubles de l'innervation, etc.) et en causes *extrinsèques* (violences extérieures, modifications non toxiques du milieu extérieur). Le tout a été développé comme il convenait, exposé avec le grand sens clinique dont l'auteur fait preuve à chaque pas dans son travail; de cette partie, par conséquent, rien à dire de plus spécial : le plan était tout tracé par la forme même de la question; il a été parfaitement rempli.

L'étude qui se présentait logiquement à la suite de la précédente consistait à exposer, d'une façon générale, les caractères de l'asphyxie telle que la peuvent produire les causes ci-dessus énumérées. On devait croire, en effet, que les asphyxies non toxiques ont quelque chose de tout particulier, puisque le sujet de la thèse visait exclusivement cette catégorie d'asphyxies et en indiquait l'étude spéciale au candidat. Mais il y avait une difficulté sérieuse à satisfaire à cette donnée, et M. Dreyfus-Brisac s'en est sans doute bien vite aperçu. Ces asphyxies non toxiques ressemblent si bien aux asphyxies toxiques, que la description des unes s'appliquerait également aux autres. S'il y a quelques différences évidentes dans la marche de ces deux groupes d'asphyxies, dans leur physionomie même, dans les accidents spéciaux à chacun d'eux et relevant des conditions étiologiques différentes, on ne trouve certainement pas là matière à une description particulière de l'asphyxie non toxique, opposée dans ses manifestations à l'asphyxie de cause toxique.

Étant donnée cette pénurie de caractères différentiels entre les deux catégories d'asphyxies, il n'y avait qu'un parti à prendre : ou considérer comme connu le syndrome asphyxie quelle qu'en soit la cause et passer outre, en signalant seulement les points spéciaux, les rares particularités des asphyxies non toxiques, ou bien reprendre à fond l'étude de l'asphyxie en général et décrire les phénomènes asphyxiques, leur enchaînement, leurs conséquences à propos du groupe des asphyxies non toxiques. C'est cette dernière alternative qu'a adoptée M. Dreyfus-Brisac, et il avait pour s'y décider l'excellente raison que, s'il ne procédait pas ainsi, le sujet à traiter se réduisait de telle sorte qu'on peut dire qu'il n'y avait presque plus de thèse à faire.

Pouvait-il du moins se rejeter sur le troisième point, c'est-à-dire sur la recherche du mécanisme en vertu duquel chacune des conditions asphyxogènes énumérées dans le chapitre étiologique est capable de provoquer les accidents asphyxiques? La question mérite d'être posée, car il est bien clair que la strangulation, les corps étrangers du larynx, ne conduisent pas à l'asphyxie de la même façon que les lésions du système nerveux central : l'étude des procédés variés mis en jeu par ces différentes causes devait nécessairement fixer l'attention de l'auteur; c'était même peut-être là l'objectif sous-entendu dans le texte de la question, puisqu'il est admis que les caractères différentiels des asphyxies toxiques et non toxiques sont insuffisants pour fournir matière à quelque développement. Il faut croire cependant que là encore les documents spéciaux n'abondent guère, puisque M. Dreyfus s'est vu forcé de réunir dans un même chapitre l'étude des conditions étiologiques et celle de leur mode d'action, ne trouvant pas sans doute, et avec raison, que l'analyse du mécanisme de l'asphyxie pût être l'objet d'une étude indépendante et étendue.

Enfin, pour en terminer avec la série des points spéciaux dont le sujet donné pouvait soulever l'examen, était-ce dans le pronostic ou le traitement de l'asphyxie non toxique qu'on devait trouver les éléments d'étude que ne comportait aucune des questions déjà posées?

Chacun comprend, au contraire, combien tout ce qui peut être dit à cet égard est peu spécial et forcément banal; le pronostic varie avec la nature, la gravité, l'ancienneté, la cause, avec les conditions de résistance de l'individu et des organes intéressés, avec la période de l'asphyxie envisagée; le traitement préventif répond aux indications causales pour lesquelles on renvoie aux différentes conditions étiologiques ; quant au traitement actif de l'asphyxie elle-même, c'est le traitement de toutes les asphyxies toxiques ou non, celui qui repose sur des indications symptomatiques communes aux deux séries que le titre de la thèse engageait à opposer l'une à l'autre.

M. Dreyfus-Brisac ne pouvait donc rester dans l'étroite limite indiquée par la formule *De l'asphyxie non toxique*, sous peine de délayer en un plus ou moins grand nombre de pages les quelques points qui sont spéciaux à la catégorie d'asphyxies qu'il devait étudier. Il en a pris son parti et s'est étendu sur l'étude de l'asphyxie en général, en traitant incidemment des particularités que peut présenter l'asphyxie non toxique. Il n'y a point à s'en plaindre, car nous y avons gagné un exposé des données expérimentales utilisées par un clinicien pour l'application à la pathologie. Les physiologistes travaillent le plus souvent pour leur compte, sans se soucier beaucoup du degré d'intérêt que peuvent présenter leurs recherches au point de vue clinique. Cette adaptation de la physiologie à la pathologie, cette sorte de mise au point, est d'ordinaire la tâche du médecin proprement dit; et quand l'adaptation est aussi claire et aussi logique que celle qu'a faite M. Dreyfus-Brisac, c'est une bonne fortune pour tout le monde : pour les physiologistes dont les résultats gagnent en intérêt par l'application qu'on en fait, pour les médecins qui trouvent dans une œuvre de ce genre l'interprétation raisonnée des faits.

Mais quelque importante que soit une pareille étude et bien que l'auteur ait su tirer de la physiologie les plus utiles applications cliniques, il n'en reste pas moins acquis qu'il a écrit une monographie sur l'asphyxie en général et non sur « l'asphyxie non toxique ». Nous n'en voulons pour preuve que l'énoncé des propositions groupées à la fin du travail, sous le titre : Conclusions générales; il y insiste sur le mode d'action du sang noir, sur son influence perturbatrice à la fois centrale et périphérique, sur le ralentissement réciproque des altérations fonctionnelles les unes sur les autres; il y marque nettement les deux grandes périodes d'excitation d'abord, de dépression ensuite, qui caractérisent l'asphyxie provoquée expérimentalement et celle qu'on observe en clinique, mais dans toute cette série de conclusions, fort bien déduites du reste, de l'asphyxie *non toxique*, du sujet même de la thèse, pas un mot.

En ferons-nous un reproche à M. Dreyfus-Brisac? Si les considérations dans lesquelles nous sommes entré au début de cet article (nous n'osons pas dire de cette analyse) ont été acceptées, on a compris que nous ne pouvions demander à l'auteur de tirer du sujet imposé plus que ce sujet ne contient : s'il n'y trouve pas la matière d'un travail détaillé; si, d'autre part, il arrive à cette conviction que l'asphyxie non toxique ne peut être étudiée indépendamment de l'asphyxie en général, il se voit amené à traiter incidemment de la question partielle proposée, en s'attachant à l'étude de la question d'ensemble, à laquelle la première se rattache. C'est ce qui a été fait, et par nécessité, à notre avis, dans cette thèse, dont le titre devrait être (je ne dis pas *aurait dû être*, supposant qu'on a eu sans doute de bonnes raisons pour libeller autrement la question) : *De l'asphyxie en général et des caractères spéciaux de l'asphyxie non toxique*.

François-Franck.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA.

Nous n'avons pas à reproduire, chaque semaine, les chiffres des décès cholériques constatés dans les diverses villes d'Egypte. Ces chiffres sont tout au moins inexacts. Chaque jour on déclare que c'est à peine si, dans les grandes villes, les autorités sanitaires reçoivent des déclarations à peu près précises. Bornons-nous donc à dire que l'épidémie qui paraît décroître au Caire est, au contraire, plus intense à Ismaïlia et sur le bord occidental du Nil. On annonce de plus que le choléra a fait invasion à Beyrouth (Syrie). Enfin le lazaret du Frioul, près Marseille, a reçu le paquebot la *Peluse* sur lequel deux décès cholériques avaient eu lieu deux jours après que ce paquebot eût quitté Alexandrie. Les précautions les plus minutieuses ont été prises à Marseille. Les passagers ont été dirigés sur l'hôpital de l'île de Ratonneau située en dehors de l'enceinte quarantenaire actuelle. La désinfection du chargement sera faite avec le plus grand soin. Il y a lieu d'espérer dès lors que cet incident ne fera courir aucun danger sérieux à la ville de Marseille.

Congrès international des sciences médicales, huitième session, Copenhague, 1884. — Le comité d'organisation de ce Congrès, qui se tiendra à Copenhague du 10 au 16 août 1884, comprend les membres suivants: Président, M. le professeur P. L. Panum; Secrétaire général, M. le professeur C. Lange; Secrétaires, MM. les docteurs O. Bloch, C. J. Salomonsen et Joh. Moller; Trésorier, M. le professeur E. Hansen Grut. Sections d'anatomie, M. le docteur Chievitz; de physiologie, M. le professeur P. L. Panum; de pathologie générale et d'anatomie pathologique, M. le professeur C. Reisz; de médecine, M. le professeur F. Trier; de chirurgie, M. le professeur Holmer; d'hygiène et de médecine publique, M. le docteur E. Hornemann; de médecine militaire, M. Salomon, inspecteur général du service de santé de l'armée; de psychiatrie et des maladies nerveuses, M. le professeur Steenberg; d'accouchement et de gynécologie, MM. les professeurs Stadfeldt et Howitz; des maladies des enfants, M. le professeur Hirschsprung; d'ophtalmologie, M. le professeur Hansen Grut; des maladies de la peau et de la syphilis, M. le professeur Haslund; d'otologie, M. le docteur W. Meyer; de laryngologie, M. le docteur W. Meyer.

Le programme du Congrès sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser à ses travaux et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général M. C. Lange, avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Le programme et les statuts du Congrès seront adressés à tous ceux qui en feront la demande en indiquant la section à laquelle ils désirent se joindre.

Un hôpital provisoire. — M. le directeur de l'Assistance publique demandait au Conseil municipal de Paris un crédit de 1 500 000 francs pour créer un hôpital provisoire de 600 lits en vue de parer à l'éventualité de l'apparition du choléra. La commission du Conseil propose simplement : 1° d'accorder à l'Assistance publique une somme de 400 000 francs ; 2° de consacrer cette somme à la construction de baraquements pouvant recevoir deux cents lits, cent pour les hommes et cent pour les femmes, avec les services généraux indispensables.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur, M. le docteur Adhéran, conseiller municipal d'Annonay (Ardèche).

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en* 1884. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile (Crèches de sevrage. Salles d'asile du premier âge). Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort subite de M. le docteur A. Contour. Ses obsèques auront lieu mercredi prochain, 1er août 1883, à midi très précis, en l'église Saint-Philippe du Roule, sa paroisse.

Mortalité a Paris (30e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 juillet 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1002, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 12. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 15.— Diphthérie, croup, 24.— Dysentérie, 2.— Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 85; au sein et mixte, 40; inconnu, 6.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; de l'appareil circulatoire, 47 ; de l'appareil respiratoire, 61 ; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 37; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 30e semaine. — Il a été notifié au bureau de statistique 1002 décès pendant la 30e semaine. Les chiffres relatifs aux semaines précédentes étaient 993, 1030, 1024. L'état sanitaire de Paris continue donc à être aussi satisfaisant que pendant ces derniers temps. Toutes les maladies épidémiques sont devenues relativement rares : La fièvre typhoïde a fourni 32 décès au lieu de 34. Le nombre des admissions dans les hôpitaux ferait croire qu'elle tend à diminuer. Il y a trois semaines, les hôpitaux recevaient 127 malades atteints de cette maladie ; la semaine suivante, 87 seulement, et enfin, aujourd'hui, ce nombre s'abaisse à 64. La variole, qui avait été un peu fréquente pendant les mois d'avril et de mai, est revenue pendant juin à son taux de mortalité normale et continue à s'y maintenir. Cette semaine, nous avons enregistré 12 décès dus à cette cause. 29 varioleux (au lieu de 26, 31, 35, chiffres des dernières semaines) sont entrés dans les hôpitaux pendant cette semaine. La rougeole n'a fait que 16 victimes (au lieu de 28, 28, 33). La scarlatine continue à être rare (5 décès). La coqueluche, qui causait en moyenne 6 décès par semaine pendant janvier et février derniers, avait augmenté progressivement de fréquence pendant mars et avril, de façon à causer pendant la fin de mai et tout le mois de juin une vingtaine de décès par semaine. Depuis un mois, elle est en décroissance. Le nombre des décès dus à cette cause a été pendant la 27e semaine (du 29 juin au 5 juillet) de 22, et pendant les semaines suivantes, de 18, de 10 et de 15. Ce dernier chiffre est le nombre actuel. La méningite a causé 50 décès, nombre qui peut être considéré comme normal. La bronchite aiguë des enfants a causé le nombre exceptionnellement faible de 12 décès (au lieu de 17, 27 et 20). La pneumonie, qui d'ailleurs est médiocrement fréquente, se maintient à un état à peu près stationnaire (64 décès au lieu de 43, 59, 63). L'athrepsie a causé 131 décès (au lieu de 178, 129 et 94), ce chiffre peut être considéré comme peu élevé pour la saison.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs de Wecker et Landolt. *Anatomie microscopique*, par MM. les professeurs J. Arnold et Ivanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome II, 1er fascicule : *Maladies de la cornée*, par M. L. de Wecker. 1 vol. in-8 avec 50 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix du tome II. 17 fr.

De la fièvre typhoïde, par M. le docteur Grellety. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique, par M. le professeur Germain Sée. 2e édition. 1 vol. in-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 9 août 1883.

LE LATHYRISME. — INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LA VIRULENCE DU CHANCRE. — LES ÉPIDÉMIES EN 1881. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — SYNOVITE FONGUEUSE. — LES PLAQUETTES DU SANG.

Académie de médecine : Le lathyrisme. — Influence de la température sur la virulence du chancre. — Les épidémies en 1881.

Un pharmacien de Paris, M. Raoul Guérin, a répondu à un *desideratum* exprimé par M. Le Roy de Méricourt devant l'Académie de médecine au sujet du lathyrisme; il a recherché dans la gesse chiche (*Lathyrus cicera*) le principe ou les principes qui donneraient lieu à ces accidents d'intoxication signalés dès la plus haute antiquité médicale, et mis néanmoins en doute, aujourd'hui encore, par un certain nombre d'auteurs. M. Raoul Guérin a retiré de la graine de gesse deux substances particulières qu'il suppose être des hydrocarbures. Reste à savoir l'effet que produiraient ces substances sur l'homme et sur les animaux. Déjà, du reste, fait remarquer M. Maurans dans la *Semaine médicale*, un vétérinaire du Hanovre a trouvé dans les mêmes graines une matière qui, à la dose de 10 grammes, a occasionné chez des bestiaux tous les symptômes du lathyrisme (*Bulletin de la Société chimique de Berlin*, 1839, 1er trimestre). Reste encore à savoir si ces substances nuisibles ne sont pas le produit de causes accidentelles, telluriques ou météorologiques.

— M. le docteur Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille (Lyon), aura quelque peine à faire admettre, *de plano*, une assertion aussi inattendue que celle qu'il est venu apporter à la tribune, relativement à la virulence du pus chancreux. S'il s'est trompé, ce sera une grande déception ; mais s'il a dit vrai, ce sera un coup de maître. Suivant lui, la condition qui rend le pus du chancre inoculable ou non inoculable est une condition de température. Chauffez pendant une heure à 42 degrés centigrades, ou pendant une vingtaine d'heures à 37 ou 38 degrés (qui est la température moyenne de l'intérieur du corps), le pus d'un chancre reconnu virulent ; il

FEUILLETON

Lettre médicale.

Les quarantaines et le Foreign-Office. — Prescriptions anticholériques dictées par M. Pasteur. — La maladie du comte de Chambord. — La réorganisation de la médecine militaire. — Enseignement supérieur de la médecine. — Officiers de santé.

Sic volo, sic jubeo ; sit pro ratione voluntas.

Il ne manquait, mon cher confrère, que cette épigraphe au singulier document que vient d'insérer le *Journal officiel*. Vous l'avez lu, n'est-ce pas? Tous les journaux politiques l'ont reproduit, non sans commentaires assez vifs. Les journaux de médecine n'auront guère à discuter une série d'affirmations qu'on pourrait résumer ainsi : « Oyez vilains, oyez manants. Le gouvernement de Sa Majesté l'Impératrice et Reine trouve vos docteurs et vos savants trop audacieux. Ils osent prétendre que les quarantaines ont fait leur preuve depuis dix ans. Ils ne craignent pas de soutenir qu'il ont été en mesure de préserver l'Europe en retenant sur les frontières de l'Egypte un fléau qui ne s'est jamais propagé que par surprise et grâce à la complicité des autorités sanitaires ou aux mensonges des commandants de navire. Leurs prescriptions, dictées par le sentiment unanime de tous ceux qui ont étudié la marche et l'extension des épidémies cholériques, gênent notre commerce et font perdre quelques livres sterling à nos armateurs. Donc, de par le droit que nous donnent nos intérêts matériels, nous les déclarons fallacieuses et inutiles. Nous mandons et ordonnons à tous nos agents de n'en tenir aucun compte. Arrière les décisions des congrès internationaux ! Périsse l'Europe continentale plutôt que notre commerce avec l'Orient ! Nous saurons nous mettre à l'abri d'une épidémie nouvelle, ou, si elle nous frappe, nous invoquerons le *génie épidémique* et nous laisserons mourir les maladroits qui en seront atteints. Les qua-

cesse de l'être. Voilà l'explication de la dualité chancreuse. Le chancre simple n'est qu'un chancre primitivement virulent, mais arrêté dans son évolution par une trop haute température de la partie malade. Voilà aussi pourquoi le principe virulent ne pénètre pas dans les ganglions profonds, mais seulement dans les ganglions superficiels, plus sujets à réfrigération; pourquoi le chancre du col utérin s'éteint rapidement; pourquoi celui des bords de l'anus prospère; pourquoi, en général, le chancre guérit plus facilement et plus vite dans certaines régions que dans d'autres. De là enfin des indications thérapeutiques qui se laissent deviner.

M. le docteur Aubert est un savant aussi consciencieux que distingué. On lui doit notamment de très intéressantes recherches sur les modifications de la sueur dans les maladies. Ses assertions méritent toute l'attention des syphiligraphes.

— La séance s'est terminée par la lecture d'un rapport de M. Léon Colin sur le service des épidémies en 1881. Ce travail, aussi remarquable par l'étendue des développements que par la sagesse des appréciations, a été accueilli par des applaudissements. Sur la proposition de M. Larrey, il y sera ajouté une phrase renouvelant la demande, si souvent faite, de la création d'un service central d'hygiène. L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre les propositions de récompenses qui suivent le rapport.

A. D.

Contribution à l'étude du goitre exophthalmique.

L'exophthalmie, le goitre et les troubles circulatoires qui constituent la triade symptomatique caractéristique de la maladie de Basedow ne sont pas les seules expressions morbides de cette bizarre affection. A mesure que les observations se sont multipliées, l'attention des cliniciens s'est portée sur d'autres symptômes, dont l'importance a peut-être été un peu exagérée. On a décrit ainsi des formes frustes dans lesquelles les symptômes caractéristiques décrits par Graves et Basedow peuvent faire défaut, à tel point qu'il est probable que ces auteurs n'y auraient pas reconnu la maladie qu'ils nous ont décrite. Cependant ces symptômes accessoires ont leur valeur. Ils peuvent passer inaperçus à un examen superficiel et il est juste de signaler les travaux des observateurs qui les ont particulièrement étudiés.

Parmi ces symptômes, un des plus constants est le tremblement indiqué pour la première fois en France par M. le professeur Charcot (*Gazette hebdomadaire*, 1862) et qui a été l'objet de très intéressantes recherches de la part d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Pierre Marie. Dans 33 observations qu'il a relevées, le tremblement a toujours été signalé; c'est donc un symptôme à peu près constant. Tantôt il est assez violent pour dominer la scène morbide; d'autres fois il est passager et assez faible pour échapper à une recherche superficielle. Il faut alors que le médecin mette le malade dans les conditions favorables à sa manifestation. Il est général ou partiel, beaucoup plus facile à reconnaître aux membres supérieurs dont les fonctions sont plus délicates.

En étudiant ce tremblement à l'aide du tambour myographique à réaction de M. le professeur Marey, M. P. Marie a montré qu'il présente des caractères particuliers qui permettent de le distinguer d'un certain nombre d'autres tremblements. Le tracé, examiné dans le sens horizontal, fait constater l'uniformité du rythme des oscillations musculaires. Etudié dans le sens vertical, il n'en est plus de même. Les oscillations sont inégales en hauteur; mais ces variations suivent un mode régulier, elles croissent progressivement en amplitude, atteignent un summum, à partir duquel elles diminuent pour s'élever ensuite, donnant ainsi au tracé un aspect fusiforme avec des renflements très caractéristiques. Sous l'influence des secousses de toux, ces oscillations augmentent d'amplitude sans que leur rythme soit modifié. Ce changement dépendrait de l'ébranlement communiqué aux muscles de l'épaule et du bras. Leur nombre varie de 8 à 9 1/2 par seconde. Il est très supérieur à celui des oscillations du tremblement sénile et de la paralysie agissante qui est en moyenne de 5 par seconde.

Si dans cette variété de tremblement on étudie les oscillations avec une poire en caoutchouc placée dans la paume de la main, on voit que le tracé obtenu de cette façon est presque linéaire, tandis qu'il est très saccadé dans la paralysie agitante ou dans l'alcoolisme. Cette différence est due probablement à ce que dans la maladie de Basedow les doigts ne sont pas animés de secousses propres, mais simplement de mouvements communiqués par le tremblement des autres muscles du membre supérieur. A la suite de cette étude délicate du tremblement dans la maladie de Basedow, M. Marie examine la valeur de certains autres symptômes en vue d'établir l'existence de ces formes frustes de ladite maladie de Basedow auxquelles nous faisions précédemment allusion.

L'accélération des mouvements du cœur, ou *tachycardie*,

---

rantaines sont gênantes; donc elles sont nuisibles. Les prescriptions de la commission internationale de Constantinople ont été indûment signées par nos représentants. Nous décrétons que le choléra est un fléau imposé par l'Etre suprême et qui vient à point tous les dix ou quinze ans pour purger l'Europe de tous les valétudinaires et de tous les débauchés. Ne faisons rien pour nous y opposer. Supprimons les cordons sanitaires et les quarantaines. Nous ferons, en temps d'épidémie, comme notre grand Sydenham. Nous fuirons. Hourrah! »

Parlons sérieusement. Si vous vous donnez la peine de relire tout ce qui a été écrit ici depuis que, le 12 juin, le *Temps* eut signalé les scandales qui s'étaient produits au sein du Conseil sanitaire d'Alexandrie (voy. *Gaz. hebd.* de juin et juillet); si vous prenez connaissance de la récente déclaration de M. Fauvel et de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, vous vous convaincrez aisément, cher confrère, de l'inanité des déclarations à l'aide desquelles le *Foreign-Office* prétend tromper encore l'opinion publique. Seule de toutes les nations européennes l'Angleterre soutient encore : 1° qu'on ne sait rien de l'origine et du mode de propagation du choléra; 2° que les quarantaines n'ont jamais empêché l'extension de la maladie; 3° que le choléra *épidémique* n'a pas toujours été importé de l'Inde; 4° que l'épidémie actuelle n'est pas le fait du mauvais vouloir ou de l'impéritie des autorités anglaises. A toutes ces assertions il a été trop longuement et trop clairement répondu pour qu'on perde son temps à les réfuter encore. Rappelons seulement qu'en 1854, le maréchal de Saint-Arnaud émettait à Varna les mêmes doctrines; l'épidémie de la Dobrutscha lui a démontré trop tard que les médecins ont quelquefois raison, et que l'épidémiologie est une science dont les arguments et les preuves ne se trouvent pas dans les bottes d'un général d'armée, ni dans le portefeuille d'un diplomate.

Le moment où l'on affirme, sans qu'aucune enquête médicale, sans qu'un seul travail scientifique autorise de sem-

l'angine de poitrine, la diarrhée paroxystique sans coliques, la boulimie, la toux sèche et nerveuse, la sueur, certains exanthèmes superficiels formeraient par leur réunion un ensemble symptomatique qui pourrait faire diagnostiquer la maladie de Basedow, alors que le goitre ou l'exophthalmie font absolument défaut. D'après M. Marie, chaque fois que chez un malade on constate avec le tremblement que nous avons décrit une tachycardie permanente sans augmentation notable de la température, il faut penser à la maladie de Basedow, et ces formes frustes sont très fréquentes.

Nous croyons pour notre part qu'il n'est pas sans inconvénient de ramener ainsi avec quelque violence à une seule espèce morbide un ensemble de symptômes que ne relie pas entre eux la coïncidence si caractéristique du goitre et de l'exophthalmie. Qu'on trouve réunis dans certaines névroses des troubles multiples dont la coïncidence mérite d'être signalée, rien de mieux ; qu'on les rapproche de ceux qu'on observe dans la maladie de Basedow, nous le voulons encore ; mais qu'on les assimile à un type morbide aussi nettement caractérisé par ceux qui l'ont décrit les premiers lorsque les symptômes cardinaux font défaut, c'est ce qui nous paraît très hasardé. — Il y a, surtout chez les femmes, certaines formes d'hystérie avec chlorose où la plupart des symptômes de la maladie de Basedow se rencontrent, moins le goitre et l'exophthalmie dont l'absence permet d'éviter une confusion où on tomberait nécessairement en n'attachant pas à ces deux grands symptômes ou tout au moins à l'un des deux une importance de premier ordre.

Ces relations symptomatiques étroites entre la maladie de Graves et les névroses ont toujours dominé l'esprit des auteurs, lorsqu'ils ont eu à se prononcer sur la nature de la maladie. Après avoir fait dériver les accidents observés soit de l'affection du cœur, soit de l'anémie, on chercha bientôt une cause plus générale. Les expériences de Cl. Bernard parurent donner la clef de tous ces accidents, qu'on rapporta à une altération des cordons ou des ganglions sympathiques. Trousseau donna l'appui de sa grande expérience à cette théorie, qui fut longtemps en vogue et que M. le professeur Vulpian ébranla par de solides arguments dans ses leçons sur l'appareil vaso-moteur, en montrant combien les symptômes observés dans la maladie de Graves concordaient peu avec les résultats de l'expérimentation.

Aujourd'hui on tend à mettre le sympathique hors de cause en tant que siège originel de la maladie. C'est dans une altération des centres nerveux supérieurs, moelle ou bulbe, que l'on cherche la cause des phénomènes observés, le système vaso-moteur se réduisant au rôle d'instrument secondaire d'une impulsion plus élevée. Cette altération des parties supérieures de la moelle est encore absolument inconnue dans sa nature, et les anatomo-pathologistes les plus autorisés ont noté dans mainte autopsie l'intégrité de ces organes. Ce n'est donc là, jusqu'ici, qu'une hypothèse ; mais elle réunit en sa faveur bien des probabilités. M. le docteur Rendu, dans un article très complet destiné au *Dictionnaire encyclopédique* et que nous avons sous les yeux, a développé cette nouvelle théorie, sans se dissimuler toutefois les difficultés qu'elle soulève pour une application absolument satisfaisante.

M. le professeur Peter va encore plus loin et fait remonter jusqu'au cerveau le point de départ de la maladie de Graves. Les troubles psychiques qu'on observe assez fréquemment chez les malades atteints de goitre exophthalmique lui fournissent une preuve à l'appui de cette opinion.

Ces troubles psychiques, bien étudiés par M. le professeur Ball, se présentent tantôt sous la forme de mélancolie anxieuse ou d'hypochondrie, tantôt sous la forme d'agitation maniaque.

Il est peut-être difficile de catégoriser ainsi les symptômes psychiques de la maladie de Basedow. Nous avons en ce moment en observation un type des plus complets. Les troubles intellectuels y sont très accentués et se présentent sous une forme intéressante. Notre malade, d'ailleurs intelligent, devient par moments bizarre et irritable, se montre insolent envers les personnes du service sans provocation aucune. Au début de sa maladie, alors qu'il était au service militaire, il a souvent encouru des punitions pour son mauvais caractère. Le lendemain de ces accès, il reconnaît ses torts, s'excuse auprès des personnes qu'il a malmenées. Jamais il ne s'est livré à de véritables violences.

On pourrait donc, d'après M. Peter, considérer le goitre exophthalmique comme une maladie cérébro-bulbaire. Quant aux troubles des vaso-moteurs, ils paraissent évidents, malgré ce qu'il y a de contradictoire dans les explications qu'on en a fournies.

C'est d'après cette vue d'ensemble qu'on instituera aussi rationnellement que possible le traitement de la maladie de Graves. La médication qui paraît le mieux répondre aux indications générales est l'hydrothérapie. Le bromure de potassium à haute dose nous a donné d'excellents résultats. Les toniques, fer et quinquina, répondent quelquefois à des indications

---

blables doctrines, que l'on ne fera plus rien pour arrêter en Egypte ou dans l'Inde les épidémies naissantes, est celui qui convient pour signaler toutes les publications ayant pour objet de prescrire les précautions susceptibles, en temps d'épidémie, de diminuer la réceptivité individuelle. Je veux signaler d'abord l'instruction rédigée par la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ;* elle a le défaut inévitable de toutes les instructions sanitaires adressées au commun des mortels. Mais en voici une autre, plus originale, donnée par M. Pasteur aux membres de la mission chargée d'aller étudier le choléra en Egypte : je la reproduis textuellement.

1° Ne point faire usage des eaux potables de la localité où se fixera la mission pour entreprendre ses recherches sans avoir fait préalablement bouillir ces eaux et les avoir agitées, une fois refroidies, pendant quelques minutes (deux ou trois minutes suffisent), dans une fiole ou bouteille à moitié remplie et bouchée.

On peut se servir des eaux de la localité à la condition de pouvoir les puiser à une source même dans des vases *flambés*, c'est-à-dire dans des vases qu'on aura exposés quelque sinstants dans de l'air chauffé à 150 degrés environ ou, à plus forte raison, à une température plus élevée. On pourra faire usage avec avantage d'eaux minérales naturelles ;

2° Faire usage du vin qui aura été chauffé en bouteilles de 55 à 60 degrés et bu dans des verres également *flambés ;*

3° Ne faire usage que d'aliments très cuits ou de fruits naturels bien lavés avec de l'eau qui aura bouilli et qu'on aura conservée dans les vases mêmes où elle aura subi l'ébullition ou qui aura été transvasée de ces vases dans d'autres vases *flambés ;*

4° Se servir de pain coupé en tranches minces, portées au préalable à une température de 150 degrés environ, pendant vingt minutes au plus, après qu'il aura été coupé en tranches ;

5° Tous les vases employés aux usages alimentaires auront été portés à la température de 150 degrés ou davantage ;

bien tranchées, mais ne doivent être prescrits que dans des cas déterminés.

B.

Synovite fongueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RECLUS.

Très honoré confrère,

Je viens de lire avec grand plaisir et grand profit votre « *synovite fongueuse* » qui est bien une tuberculose locale; il y a longtemps que je connais la nature de ces lésions et que je les traite (dans ma sphère médicale, sur les *rebuts* des services de chirurgie) par la destruction avec le nitrate d'argent ou les flèches de chlorure de zinc. Vous trouverez une ou deux de mes observations dans le mémoire de Josias et Brissaud.

Je n'ai ici qu'une observation à faire : *Tous* les malades traités par les méthodes sanglantes sont bien exposés à mourir *tuberculeux*. Si vous pouviez employer le thermocautère ou les caustiques, je pense que l'action chirurgicale deviendrait inoffensive au point de vue de l'infection secondaire.

Bien à vous,

Ernest Besnier.

L'opinion de l'éminent clinicien de Saint-Louis est d'un très grand poids en pareille matière; aussi faisons-nous profiter les lecteurs de la *Gazette* de cette rapide note que M. Besnier aurait certainement développée s'il l'eût écrite pour le public.

Quant aux opérations sanglantes chez les tuberculeux et à leur influence sur l'infection secondaire, c'est là un sujet d'un intérêt bien grand et que nous ne voulons pas même effleurer aujourd'hui. M. Verneuil se propose de traiter cette question au prochain congrès de Rouen et c'est alors que nous y reviendrons. Si M. Besnier veut à cette époque, — ou maintenant, — nous donner son avis, il sait l'accueil empressé que lui fera la *Gazette hebdomadaire*.

Paul Reclus.

Les plaquettes du sang.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur une note de M. le professeur Hayem, que nous publions ci-après, communication faite lundi dernier, à l'Académie des sciences, par M. le professeur Hayem. Il ne s'agit point là, en effet, d'une simple réclamation de priorité. Le fait signalé par M. Hayem intéresse l'honneur et la dignité des médecins de tous les pays, et nous avons trop largement ouvert nos colonnes aux analyses qui nous ont été données du récent *Manuel* de M. Bizzozero pour ne point avoir le droit et le devoir de signaler ce que lui reproche notre confrère. M. Bizzozéro vient d'obtenir le prix Riberi, c'est-à-dire une somme de 20000 francs, pour avoir, le rapport l'indique, trouvé les causes de la coagulation du sang et découvert les éléments qui la déterminent. Or, s'il est vrai que M. Bizzozero ait donné le nom de *plaques du sang* aux *hématoblastes*, ce changement de nom ne suffit pas à lui attribuer la paternité des recherches nouvelles, qui, depuis 1877, ont été poursuivies avec le plus grand zèle et continuées avec le plus éclatant succès par M. Hayem. S'il est vrai que M. Bizzozero ait fait des recherches différentes de celles de notre savant confrère, il serait bon qu'il cherchât à le prouver. Jusqu'à nouvel avis, nous persistons à croire que le prix Riberi a été indûment gagné.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

Note sur les « plaquettes du sang » de M. Bizzozero et sur le « troisième corpuscule du sang » ou corpuscule invisible de M. Norris (1), par le professeur G. Hayem.

On sait que je considère les éléments du sang, auxquels j'ai donné le nom d'hématoblastes, comme étant à la fois les premières formes des hématies chez l'adulte et les agents de la coagulation.

Depuis quelques années on se préoccupe également à l'étranger de l'histoire anatomique et physiologique du sang, et on a introduit dans la science des mots nouveaux qui, appliqués aux mêmes objets, peuvent prêter à la confusion. Il me paraît donc indispensable, pour bien préciser le sujet des recherches que j'ai déjà faites et que je poursuis encore

(1) Cette note doit paraître dans le prochain numéro des *Comptes rendus* de l'Académie des sciences.

6° Les draps de lit et les linges de toilette seront plongés dans l'eau très bouillante, puis séchés;

7° L'eau à l'usage des soins de propreté aura été portée à l'ébullition et additionnée, après refroidissement, de 1/500 d'acide thymique (un litre d'eau alcoolisée pour 2 grammes d'acide) ou de 1/50 (un litre d'eau pour 20 grammes) d'acide phénique;

8° Pratiquer des lavages, plusieurs fois répétés par jour, des mains et de la figure avec de l'eau bouillie, additionnée d'acide thymique dissous dans l'alcool ou d'acide phénique dissous dans l'eau;

9° Ce ne serait que dans le cas où l'on aurait à manier des cadavres de cholériques ou des draps et linges souillés de leurs déjections qu'il y aurait lieu de se couvrir la bouche et les narines d'un petit masque formé de deux morceaux de toile métallique fine, comprenant, entre leurs surfaces, de la ouate sous une épaisseur de 1 centimètre au plus, masque porté à 150 degrés seulement, en renouvelant la température de 150 degrés à chaque occasion nouvelle de grand contage.

Il ne me paraît pas nécessaire, mon cher confrère, de vous faire remarquer combien les recommandations contenues dans la lettre de M. Pasteur, où se révèle une doctrine présumée de l'étiologie du choléra, et qui sont en rapport parfait avec cette doctrine, seraient difficiles à appliquer sérieusement et surtout à faire adopter par ceux qui seraient, à Paris ou ailleurs, mis en présence d'une épidémie cholérique. Tous ces *flambages* ahuriraient le bon public; mais ce n'est pas à lui que l'illustre savant a affaire pour le moment. Et quant au masque dont se couvriraient les médecins, je me bornerai à vous rappeler l'éloquente *crânerie* avec laquelle, en parlant jadis de la peste de Vetlianka, M. Rochard contestait aux médecins le droit de se masquer pour soigner leurs malades. Soit, et en avant! Dussions-nous être *flambés* nous-mêmes, relevons le moral de nos malades en leur prouvant qu'on peut lutter contre le choléra sans aucun déguisement.

actuellement, de présenter sur ces travaux étrangers quelques courtes observations.

I. Dans une série de publications, dont la première remonte au mois de janvier 1882, M. Bizzozero a appelé vivement l'attention sur l'existence dans le sang de petits corpuscules incolores qu'il désigne sous le nom de « plaquettes ». Comme cet observateur intitule son travail : « Sur un nouvel élément morphologique du sang chez les mammifères et sur son importance dans la thrombose et dans la coagulation », on pourrait croire que ces plaquettes avaient jusqu'à présent échappé à l'observation. Il résulte cependant de la description de l'auteur qu'elles ne sont autres que les hématoblastes.

Divers observateurs avaient déjà aperçu dans le sang des corpuscules de matière protéique, distincts des globules blancs et des hématies, lorsqu'en 1877 je fis connaître mes premières recherches. Je citerai notamment Max Schultze et M. Vulpian comme ayant certainement vu les hématoblastes. Mais ces auteurs n'en avaient pas reconnu les caractères exacts et ne les avaient pas considérés comme des éléments morphologiques.

Je crois avoir établi que les hématoblastes sont bien réellement des éléments figurés, et je suis même parvenu récemment à y démontrer la présence d'un noyau nucléolé, particularité importante qui ne peut laisser aucun doute sur leur signification (*Contribution à l'étude de la structure des hématoblastes et des hématies*, in *Gazette médicale*, 20 août 1881. — *Des globules rouges à noyau dans le sang de l'adulte*, in *Arch. de physiologie norm. et path.*, 31 mars 1883). J'ai fait voir de plus que, pour les observer dans leur véritable forme, il faut, à cause de leur vulnérabilité extrême, les fixer par des procédés divers au moment même où ils sortent des vaisseaux.

Le nouvel élément de M. Bizzozero était donc déjà connu depuis plus de quatre ans lorsque cet auteur prétendit le découvrir. J'ajoute que, tout en lui donnant le nom d'élément, il le considère comme un élément non encore défini histologiquement, et que, par suite, son travail fait faire à la question un pas en arrière qui nous ramène à une époque antérieure à mes communications sur ce sujet.

M. Bizzozero a reconnu que ces « plaquettes » sont d'une vulnérabilité extrême, qu'elles ont une tendance à s'agglutiner entre elles, à adhérer à tout corps étranger, à former hors de l'organisme et lorsque le sang se coagule des amas qui, après s'être profondément modifiés, deviennent le point de départ de la coagulation du sang, qu'en un mot « ce dernier phénomène est soumis à l'influence directe des petites plaques du sang ».

L'auteur italien attachant également à ces dernières observations la valeur d'une découverte, je crois devoir faire remarquer que toutes ces propriétés des « plaquettes » sont celles que j'ai décrites en détail à propos des hématoblastes et de l'intervention de ces éléments dans la coagulation du sang. Dès mes premières publications, qui remontent à l'année 1878, j'ai énoncé sur la formation du caillot, et sur la part que prennent à ce phénomène la confluence et les altérations physico-chimiques des hématoblastes, l'opinion qui a été rééditée par M. Bizzozero (*Sur la formation de la fibrine étudiée au microscope*, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 7 janvier 1878. — *Des hématoblastes et de la coagulation du sang*, in *Revue internationale des sciences*, 1878. — *Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des vertébrés*, in *Arch. de physiologie norm. et path.*, 1878-1879).

En France, d'ailleurs, les idées que je professe sur ce point de la physiologie du sang sont mentionnées depuis plusieurs années déjà dans les ouvrages classiques, ainsi qu'en témoignent la page 288 du *Traité de chimie biologique*, de M. A. Wurtz (Paris, 1880), et les pages 437-438 du *Traité de physiologie*, de M. Bidard (Paris, 1880).

« Le rôle que fait jouer M. A. Schmidt, dit M. Béclard, aux globules blancs ou leucocytes dans la coagulation du sang, M. Hayem l'attribue à cette troisième espèce d'éléments figurés du sang qu'il a décrits sous le nom d'hématoblastes. » Ce sont exactement les conclusions formulées par M. Bizzozero au sujet de l'influence des « plaquettes » sur le phénomène de la coagulation.

II. Les études poursuivies en Angleterre par M. Norris sont venues rendre en apparence plus confuse encore l'étude de l'évolution des hématies. Cet auteur croit, en effet, avoir démontré la présence dans le sang d'un corpuscule invisible à cause de sa pâleur et de sa faible réfringence, corpuscule qui en absorbant de l'hémoglobine deviendrait un globule rouge.

Lorsque M. Bizzozero annonça, lui aussi, la découverte d'un troisième corpuscule du sang, M. Norris rappela l'antériorité de ses recherches. Comme les plaquettes de l'histologiste italien sont les hématoblastes, il semblerait donc que trois noms différents ont été donnés à un même élément. Mais il n'en est rien.

M. Norris qui, dans les planches accompagnant son travail, a fait preuve de talent comme photographe, ne paraît pas avoir une connaissance exacte de la facilité avec laquelle l'hémoglobine se dissout dans le plasma ou dans les liquides additionnels.

Il m'a été facile de reconnaître, ainsi que Mme Hart l'a parfaitement établi, que le corpuscule invisible est le résultat des manifestations auxquelles le sang est soumis par M. Norris.

Le corpuscule de cet auteur est un globule rouge décoloré

Je vous avais promis de vous dire quelques mots au sujet de la maladie de M. le comte de Chambord. Et, de fait, il pouvait vous sembler étrange de ne jamais lire dans tous les journaux politiques que des renseignements aussi peu précis que contradictoires. Le roi est mourant, avait été la première nouvelle arrivée à Paris et répandue dans toute l'Europe, ce fameux dimanche où paraissait la note de l'*Union*. Quel nom pourra bien prendre son successeur? Aussitôt les renseignements les plus alarmants arrivaient de tous côtés. Un journal, tout en préparant une nécrologie bien sentie que j'ai vue et que j'ai lue, annonçait que M. le comte de Chambord avait été empoisonné ; un autre déclarait qu'il souffrait depuis longtemps d'un cancer de l'estomac. Entre temps on affirmait dans des bulletins que la *tumeur* caractéristique avait été sentie par les médecins et par les fidèles de Frohsdorf. Des vomissements de sang et d'*humeur* confirmaient le diagnostic; puis l'idée d'empoisonnement redevenait prépondérante ; enfin les médecins ne se prononçaient pas ; le diagnostic restait obscur et difficile ; il y avait là quelque chose de surprenant, de miraculeux. M'est avis que les médecins qui s'appellent Billroth, Drasche, Meyer — c'est-à-dire qui sont loin d'être les premiers venus — ne voulaient pas s'exposer aux ironies dont leurs confrères français avaient été criblés alors qu'à propos d'un autre grand personnage, très sérieusement malade lui aussi, ils publiaient chaque jour les bulletins les plus explicites, mais aussi les plus contraires à leur impression personnelle. MM. Billroth et Drasche craignaient sans doute qu'un Paul Niemeyer quelconque vînt discuter leurs bulletins et les convaincre ou bien d'une complaisance blâmable ou bien d'une étrange impéritie. Ils ont donc laissé dire ; ils n'ont rien affirmé ; ils n'ont publié que des bulletins évasifs ; ils ont été en un mot très spirituels. Pendant ce temps les comités et les associations pieuses ne chômaient pas. Jeûnes, retraites, pèlerinages, invocation des saints et même des âmes prochainement appelées à sortir du purgatoire n'étaient point négligés. Enfin on

par divers procédés; il est sans rapport aucun avec les hématoblastes, et ne prend aucune part au processus de coagulation (voy. au. *Premier-Paris*, page 528).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

CHOLÉRA. — M. *A. Drouet* adresse un mémoire relatif au traitement du choléra par le collodion. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

— M. *J. Wolff* adresse, par l'entremise de la légation des Etats-Unis d'Amérique, une communication relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

— MM. *Poler, Gunena* et *Rocapel* adressent, de Séville, une note relative au même objet. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

ÉPIDÉMIES. — M. *G. Sentinon* adresse, de Barcelone, une note relative aux moyens prophylactiques à employer contre les épidémies. (Commissaires : MM. Pasteur, Bouley, Vulpian.)

DANS L'EMPOISONNEMENT PAR L'OXYDE DE CARBONE, CE GAZ PEUT-IL PASSER DE LA MÈRE AU FŒTUS? Note de MM. *Gréhant Quinquaud.*

Première expérience. — Chez une chienne en gestation du poids de 9 kilogrammes, la capacité respiratoire du sang normal étant 22,6, on fit respirer un mélange d'oxyde de carbone et d'air à 1/300, qui, au bout de trente-cinq minutes, causa la mort de l'animal; le sang oxycarboné, recueilli dans les vaisseaux, n'avait plus qu'une capacité respiratoire égale à 6,1 ; donc 100 centimètres cubes de sang de la mère contenaient 22,6 — 6,1 = 16^{cc},5 d'oxyde de carbone.

Le sang de sept fœtus, pesant ensemble 1^{kg},200, a été défibriné, agité avec de l'oxygène, et a donné une capacité respiratoire égale à 14,2; le même sang privé de gaz fut chauffé dans le vide à 70 degrés. Avec un excès d'acide acétique monohydraté, privé de gaz, on obtint 0^{cc},5 d'oxyde de carbone, qui fut absorbé par le protochlorure de cuivre; l'analyse montre que 100 centimètres cubes de sang fœtal correspondent à 2^{cc},9 d'oxyde de carbone.

Deuxième expérience. — Chez une chienne à terme, du poids de 21^{kg},6, on détermina de la même manière et dans le même temps, en trente-cinq minutes, la mort de l'animal. Les capacités respiratoires du sang normal et du sang intoxiqué furent trouvées égales à 17,6 et à 7,1 : donc 100 centimètres cubes de sang intoxiqué renfermaient au moment de la mort 17,6 — 7,1 = 10,5 d'oxyde de carbone. On recueillit 11 fœtus, dont on put extraire 90 centimètres de sang : la capacité respiratoire a été trouvée égale à 14,3; le même sang privé de gaz fut chauffé avec de l'acide acétique à 70 degrés, et donna 1^{cc},65 d'oxyde de carbone, dosé par l'analyse eudiométrique, ce qui correspond à 1^{cc},8 d'oxyde de carbone pour 100 centimètres cubes de sang.

Ainsi ces expériences démontrent que l'oxyde de carbone passe, mais en petite quantité, du sang maternel au sang fœtal, et, si l'on compare le degré d'intoxication des deux sangs, on voit que le sang de la mère renferme, au moment de la mort, dans la première expérience 5,7 et dans la deuxième 5,8 fois plus d'oxyde de carbone que celui du fœtus.

Il résulte encore de ce travail que l'opération césarienne, chez une femme enceinte qui aurait succombé à l'empoisonnement aigu par la vapeur de charbon, pourrait réussir, le sang de l'enfant étant encore riche en hémoglobine capable d'absorber l'oxygène de l'air.

SUR LES NERFS VASO-DILATATEURS DU MEMBRE INFÉRIEUR. Note de MM. *Dastre* et *Morat.* — Les résultats des efforts tentés jusqu'ici ont été contradictoires. Tandis que quelques auteurs concluaient à l'existence exclusive des nerfs constricteurs pour le membre inférieur, d'autres ne trouvaient dans le sciatique que des filets vaso-dilatateurs; d'autres enfin y reconnaissaient les deux catégories d'éléments nerveux. Les auteurs se sont proposé d'expliquer ces contradictions et de jeter quelque lumière sur cette question obscure.

Dans leurs expériences, on voit l'excitation du segment supérieur (sympathique thoraco-abdominal) provoquer une vaso-dilatation constante; le segment moyen (sympathique lombaire) provoque une vaso-dilatation moins constante; le segment inférieur (tronc sciatique) donne une vaso-dilatation plus rare encore. La signification de ces résultats n'est pas sans valeur pour l'interprétation des fonctions des ganglions sympathiques. Plus on se rapproche de la moelle, plus les vaso-dilatateurs deviennent évidents, plus ils tendent à prédominer sur leurs antagonistes. Leur action s'efface ou s'amoindrit à mesure que l'on descend vers les vaisseaux. Ils doivent se perdre dans les ganglions interposés, et ceux-ci auraient, en conséquence, pour fonction de mettre en rapport les vaso-dilatateurs avec les constricteurs, pour permettre l'effet inhibitoire ou interférentiel de ces filets les uns sur les autres.

Ce résultat, conforme à ce que les auteurs ont vu dans une autre série d'études, peut d'ailleurs être mis en évidence par une épreuve directe. Cette expérience et celles que l'on peut faire pour mettre en jeu, par action réflexe, l'activité normale des filets que nous venons de décrire, sont consignées dans un mémoire spécial.

---

songea à dom Bosco. L'illustre moine vint à Frohsdorf; il but à la santé du Roy et, plein de confiance en Notre-Dame-Auxiliatrice, il conçut et répandit les meilleures espérances. Sachez que j'ai vu le saint homme à l'œuvre, et même deux fois. Il a fait marcher une dame atteinte d'une paralysie hystérique. Elle s'est levée; elle est sortie; elle a assisté à la messe de dom Bosco. Il est vrai d'ajouter que le lendemain de cet acte d'énergie elle était plus paralysée que jamais et que depuis elle reste toujours aussi malade. Il a donné sa bénédiction à un enfant atteint d'une fièvre typhoïde et *trois semaines* plus tard cet enfant pouvait se lever. Sans doute les *Semaines catholiques* annoncèrent que le lendemain du jour où le saint Vincent-de-Paul italien avait vu cet enfant, celui-ci s'était levé pour aller servir une messe d'actions de grâces. Mais il ne faudrait pas trop en vouloir à ces journaux d'une erreur sur la personne; ils ont confondu, je crois, la jeune femme hystérique avec le jeune homme atteint de fièvre typhoïde. Je vous le répète, la première s'est levée sur l'ordre de dom Bosco; elle est allée assister à sa messe et est restée malade comme devant; le jeune enfant typhoïdique ne s'est levé qu'après trois semaines; mais il est resté guéri. On pouvait se tromper, n'est-ce pas? A cela près les deux histoires sont véridiques.

Donc on appela dom Bosco; mais en même temps, et il importe à ce point de vue de rendre hommage à la clairvoyance et au tact des familiers du prince, on fit appel aux lumières d'un savant français aussi éminent par son savoir que renommé pour sa probité et sa franchise. M. Vulpian ne fit pas plus que ses confrères de Vienne de confidences aux journaux. Il vit à plusieurs reprises l'illustre malade qui l'avait appelé. Il constata que celui-ci était atteint d'une irritation gastro-intestinale consécutive à une indigestion, à des excès de régime et à des imprudences dues à l'inobservation des prescriptions de ses médecins. D'accord avec le docteur Drasche, il prescrivit un régime convenable. Et, de tout ce bruit, il ne reste qu'un enseignement à recueillir : méfiez-

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

L'Académie reçoit l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. *Lannelongue* dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Huchard* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. le docteur *Mignot* envoie une brochure sur les eaux de Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme).

M. le docteur *Cavaillon* adresse son Rapport sur les épidémies à Carpentras en 1882. (*Commission des épidémies.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un mémoire de M. le docteur *Martineau* sur *la syphilis du singe.*

DÉCÈS DE M. PARROT. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de M. le professeur *Parrot*, membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. Il rappelle, aux applaudissements unanimes de l'assemblée, quelle place importante leur regretté collègue s'était faite par son travail et par sa science, aussi bien dans l'enseignement que dans la pratique des maladies des enfants. (Voy. p. 539.)

ANALYSE DES GRAINES DE GESSE. — M. *Raoul Guérin*, pharmacien à Paris, a fait l'analyse des graines du *Lathyrus cicera* (gesse, jarosse, pois cornu, etc.), à l'ingestion duquel M. Proust, dans l'une des dernières séances, a attribué une récente épidémie de lathyrisme observée en Kabylie. Il y a trouvé deux substances, l'une de couleur jaune et l'autre de couleur verdâtre, qui paraissent être des hydrocarbures à divers degrés d'oxydation. L'auteur se propose de rechercher quelles pourraient être leurs propriété toxiques.

TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE PAR LA CHALEUR.— M. le docteur *Aubert*, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon, a étudié, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, l'influence de la chaleur sur les chancres simples.

Du virus chancreux ayant été introduit dans un certain nombre de tubes à vaccin, puis chauffé à 42 degrés pendant une heure ou à 38 degrés pendant seize à dix-huit heures, a été atténué au point de perdre toute sa virulence; on n'y retrouva plus de globules de pus, mais un simple détritus granuleux, à odeur fétide et semé de nombreuses bulles de gaz. Ceci rendrait compte de la dualité du chancre : affaire de température locale.

Pour ce qui est des observations cliniques, M. Aubert fait remarquer que l'immunité des ganglions profonds pour le virus des chancres simples, inexpliquée jusqu'ici, est assurément due à la température centrale du corps humain, suffisante pour faire perdre tout caractère d'inoculabilité au virus; ainsi, d'autre part, le chancre simple de l'anus ne siège d'ordinaire que sur la partie la plus exposée à l'air extérieur, la moins chaude par conséquent; celui du col utérin y évolue très rapidement, sans doute pour le même motif. Quant au bubon purement inflammatoire que détermine le chancre simple, il est rationnel d'admettre que c'est encore l'élévation de la température qui l'empêche de devenir chancreux; de plus, un bubon suppuré est toujours chancreux à son origine, mais la fièvre, en tuant le virus, transforme ce bubon chancreux en un bubon simple. L'érysipèle a, on le sait, une influence favorable sur le chancre simple; on ne peut l'attribuer à une autre cause qu'à l'élévation simultanée de la température centrale et de la température locale qui l'accompagne. Enfin les résultats de l'inoculation plaident encore en faveur de cette opinion; ils sont négatifs chez des malades ayant une température élevée et différent suivant la chaleur et la position déclive des surfaces où elles sont pratiquées.

L'emploi de la chaleur peut donc annihiler le virus chancreux, et être considéré comme un moyen de traitement du chancre simple. M. Aubert déclare en avoir obtenu d'excellents effets. Il est bon, dit-il, de combiner à la fois l'élévation de la température centrale et de la température locale : aux irrigations chaudes, aux sachets de sable chaud, il préfère le bain de siège chaud ou mieux encore le demi-bain entre 40 et 42 degrés, qui peut être supporté pendant des heures entières. « C'est le meilleur traitement du phagédénisme et de ces interminables chancres sous-phimosiques que les pansements ne peuvent atteindre ; c'est le moyen de transformer, dès avant l'ouverture, tout bubon chancreux en un bubon simple, qui, traité par la ponction unique et très étroite, guérit sans laisser de traces ». — Le mémoire de M. Aubert est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Ricord, Besnier et Fournier.

ÉPIDÉMIES EN 1881. — M. *Léon Colin* donne lecture d'un très remarquable rapport sur le service des épidémies en France pendant l'année 1881. Il examine successivement les ravages causés dans notre pays, dans cet intervalle de temps, par la variole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphthérie, les fièvres intermittentes et signale successivement les moyens prophylactiques qui pourraient être mis en œuvre pour en empêcher le retour. En terminant, il regrette que l'administration et les médecins spéciaux des épidémies n'aient envoyé qu'un nombre très restreint de documents à l'Académie; cette pénurie est une nouvelle preuve de l'insuffisance des services de médecine publique en France.

Sur la proposition de M. *Larrey*, ce rapport reproduira le vœu, encore une fois émis par l'Académie, que les services sanitaires ressortissent, en France, à une direction ministérielle spéciale, autonome, compétente et responsable.

---

vous, ô fidèle abonné de la *Gazette*, méfiez-vous des journalistes !

J'aurais voulu, cher confrère, terminer cette lettre par une étude un peu attentive des divers documents que vient de publier au *Journal officiel* la nouvelle direction du service de santé de l'armée. Elle s'occupe, en effet, avec un zèle et une activité très louables, d'organiser de manière à répondre à tous les besoins le fonctionnement des services que la loi nouvelle a rendus autonomes. C'est ainsi que diverses circulaires ministérielles ont modifié la répartition des médecins-majors et aides-majors, supprimé le concours pour les hôpitaux, établi le programme d'un examen de capacité pour le passage d'un grade au grade supérieur, et décidé l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale. Chacune de ces circulaires mériterait d'être discutée, et la plupart des réformes qu'elle prescrit devraient être approuvées. Mais j'en ai dit bien long aujourd'hui, et la place m'oblige à être bref. Ayant déjà signalé les circulaires précédentes, je me bornerai à vous dire que la dernière d'entre elles (*Journal officiel* du 1er août) s'occupe de la répartition des médecins militaires dans les hôpitaux et dans les corps de troupe, et prescrit aux directeurs du service de santé dans les corps d'armée : 1° d'assurer à l'aide des médecins aides-majors ou majors de 2e classe le service des détachements et des *corvées* extérieures (tir à la cible, baignades, marches militaires, etc.); 2° de veiller à ce que le service hospitalier soit dirigé par des médecins traitants en nombre suffisant, choisis d'abord parmi les médecins attachés au service des hôpitaux, et, en cas d'insuffisance de ceux-ci, parmi les médecins-majors de 1re et de 2e classe des corps de troupe.

Si je signale tout particulièrement cette dernière circulaire, c'est qu'elle permet, dans une certaine mesure, de remédier à un vice d'organisation qui nuisait non seulement au recrutement, mais encore à la légitime autorité de la médecine d'armée. Dans un corps tout à la fois scientifique et militaire, il importe d'étudier avec le plus grand

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Isolement des varioleux et vaccinations · M. Gombault (Discussion). — Inosurie consécutive au diabète sucré : M. Laboulbène. — Périnéphrite chronique (M. Lardy) : M. Desnos. — Pansement de Lister dans l'empyème : M. Debove. — La réfrigération dans la fièvre typhoïde : M. Dumontpallier.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Gombault* fait connaître quelques faits recueillis à l'hôpital Saint-Antoine et relatifs à l'isolement des varioleux. Il a observé, depuis le mois de janvier, vingt-huit cas intérieurs de variole ainsi répartis : 14 hommes, dont 8 venaient des services de chirurgie et 6 des salles de médecine ; 5 de ces malades provenaient de la même salle de chirurgie, très voisine du pavillon d'isolement des varioleux ; — 14 femmes, dont 6 venant des salles de chirurgie et 8 des salles de médecine. Tous ces cas paraissent résulter d'une petite épidémie intérieure, car ils se sont, pour la plupart (27 sur 28), montrés pendant les mois de janvier, février, mars et avril : on en a relevé 17 pour les seuls mois de mars et avril. La mortalité a été très faible, car, sur trois décès, un seul est imputable à une variole hémorrhagique ; les deux autres sont dus, dans la convalescence d'une variole bénigne, à la phthisie pulmonaire et à un ulcère gastrique de date ancienne. M. Gombault s'est assuré que la plupart des malades ayant contracté la variole dans l'hôpital n'avaient pas été revaccinés; quelques-uns même n'avaient jamais été vaccinés. — Il possède, à Saint-Antoine, une salle d'attente pour les cas douteux, annexée au pavillon d'isolement, et il a l'habitude de vacciner les malades qui y sont placés, dès qu'il est reconnu qu'ils ne sont pas atteints de variole. Plusieurs médecins désapprouvent la vaccination ainsi pratiquée au cours d'une affection aiguë : il se demande si cette opinion est bien fondée; pour lui, il n'a jamais observé aucun accident consécutif.

M. *Rendu* fait remarquer que lorsqu'un malade est atteint à la fois de deux éruptions, chacune d'elles suit son évolution normale; il ne pense donc pas qu'il y ait aucun inconvénient à vacciner les malades dont parle M. Gombault. La vaccine suivra sa marche régulière en même temps que l'affection aiguë dont le malade est atteint, et il bénéficiera de l'immunité contre la variole. — Il ne pense pas qu'il faille conclure trop rapidement que les cas intérieurs de variole, observés dans une salle voisine du pavillon d'isolement, sont imputables à cette proximité même. Les malades reçus à l'hôpital se sont souvent trouvés, à la consultation, à côté d'un varioleux, et c'est là qu'ils ont contracté la maladie qui fera son apparition, après le temps normal d'incubation, dans la salle, quelle qu'elle soit, où le malade contaminé aura été placé. On observe ainsi des cas de variole se développant dans les services les plus éloignés du pavillon d'isolement.

M. *Rathery* demande depuis combien de temps les malades qui ont été atteints, d'après M. Gombault, de variole à l'intérieur de l'hôpital avaient été reçus dans les services généraux. Lorsque la variole se montre chez un malade entré à l'hôpital depuis trois ou quatre jours seulement, il est bien évident que la maladie a été contractée en ville.

M. *Gombault*. Un seul de ces malades n'avait encore séjourné que onze jours à Saint-Antoine; tous les autres y étaient depuis un temps plus long. Il s'agit donc bien de cas intérieurs de variole.

M. *Debove* fait observer que la Commission nommée dans la dernière séance pour s'occuper de l'isolement des varioleux, ne pourra présenter son rapport que dans un temps assez long. Or il est certaines questions urgentes; la Société, par exemple, ne pourrait-elle agir de suite, par l'intermédiaire de son représentant auprès de l'Assistance publique, pour que l'Administration exige des externes des hôpitaux et des stagiaires ou des bénévoles un certificat de *revaccination*, dès la prochaine rentrée et le prochain concours?

M. *Desnos* croit devoir faire remarquer que les stagiaires dépendent de la Faculté de médecine et non de l'Assistance publique.

M. *Bucquoy* pense que la Société pourrait intervenir près du doyen de la Faculté pour que le certificat de *revaccination* fût obligatoire pour tout élève en médecine à un titre quelconque. La même mesure serait utile pour les élèves des lycées ; ce n'est pas non plus un certificat de vaccine, mais bien de *revaccination* qui devrait être exigé pour leur admission dans l'établissement.

M. *Dumontpallier* a obtenu, depuis 1872, de l'administration supérieure de l'Instruction publique que la *revaccination* serait obligatoire pour tout élève nouveau admis au lycée Louis-le-Grand. Il n'a, depuis, observé aucun cas de variole.

M. *Bucquoy* est d'avis que cette mesure est à généraliser, et que, désormais, dans tous les cas où on exigeait un certificat de *vaccine*, on devrait exiger un certificat de *revaccination*.

M. *Debove* partage cette opinion, mais insiste pour que l'on s'occupe immédiatement d'obtenir cette réforme à l'égard des élèves des hôpitaux. — Cette proposition est adoptée.

— M. *Desnos* donne lecture d'une lettre du docteur Lardy qui communique une observation d'*abcès périnéphrétique subaigu, terminé par résorption du pus et induration*

---

soin les aptitudes individuelles de tous les officiers qui sont appelés, soit en temps de paix, soit en temps de guerre, à exercer les fonctions de médecin chef de service. Certes, il est utile que les médecins militaires « connaissent bien le soldat et ses besoins, et qu'ils se familiarisent avec les principes de discipline sur lesquels repose l'autorité militaire »; mais il est aussi nécessaire que nos soldats soient soignés par des médecins instruits et capables. Les médecins *traitants*, dans les hôpitaux militaires, ne doivent donc point être choisis indifféremment parmi tous les médecins de l'armée. Or c'est précisément ce que les nouvelles instructions rendent facile. Un examen d'aptitude au grade de médecin-major de 1re classe permettra de juger la valeur scientifique des médecins qui aspirent à l'honneur de devenir médecins traitants. Plus tard, d'autres examens et les inspections annuelles faciliteront un classement des médecins suivant leurs aptitudes individuelles. Il faudra aux directeurs des corps d'armée et aux médecins inspecteurs beaucoup de tact et de conscience pour la désignation des médecins placés sous leurs ordres. Peu à peu ils arriveront à bien connaître leur personnel et à mieux assurer ainsi le recrutement des corps de troupe et des hôpitaux en temps de paix, ainsi que la mobilisation en temps de guerre. Il y a quelques mois tout était à faire à la septième direction. Il est juste de reconnaître que, depuis ces quelques mois, de grands progrès ont été réalisés.

Vous trouverez aussi dans le présent numéro (p. 539) deux décrets relatifs à l'enseignement supérieur de la médecine ; j'y reviendrai peut-être dans ma prochaine lettre.

chronique, chez un homme de trente ans. Ce fait est très analogue à celui que M. Guyot a rapporté dans la séance du 22 juin. — Il donne lecture également d'une note de M. Laboulbène sur *l'inosurie succédant au diabète glycosurique* et paraissant annoncer une marche favorable de la maladie. M. Laboulbène, s'appuyant sur trois observations dans lesquelles le diabète sucré a disparu et a été suivi de polyurie avec inosurie, et sur un cas semblable observé par M. Féréol, formule, bien qu'avec quelques réserves, la proposition suivante : l'inosurie consécutive au diabète glycosurique vrai peut être considérée comme d'un pronostic favorable.

— M. *Millard* annonce à la Société la mort de M. Archambault. M. *Desnos* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe d'Archambault au nom de la Société.

— M. *Debove* présente un malade guéri en trois semaines, par l'opération de l'empyème, d'une pleurésie purulente. Ce jeune homme présentait, lors de son entrée à l'hôpital, une pleuro-pneumonie gauche; les signes de pneumonie disparurent assez rapidement; mais l'épanchement pleurétique persista, et sa nature purulente put être soupçonnée par suite de l'élévation de la température et de l'apparition d'œdème à la face et aux membres inférieurs. D'ailleurs, une ponction fut pratiquée et donna issue à environ 1 litre de pus; elle fut suivie d'une amélioration passagère, mais bientôt l'état général devint de nouveau alarmant. M. Debove pratiqua aussitôt l'empyème, dans le cinquième espace intercostal, un peu en arrière; il s'écoula environ 4 litres de pus par la plaie. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur, après qu'on eut fait un seul lavage de la plèvre avec de l'eau bouillie : les instruments et le thorax du malade avaient d'ailleurs été préalablement lavés avec une solution phéniquée forte. Trois semaines après, le malade était guéri; il n'avait eu de fièvre qu'un seul jour, le drain placé dans la plaie étant oblitéré. M. Debove attribue ce succès remarquable à ce qu'il a pratiqué l'opération à une époque peu éloignée du début de l'affection, et à l'emploi de la méthode antiseptique et des pansements rares.

M. *Dumontpallier* a pratiqué l'empyème, à la suite d'une seconde ponction, chez un homme atteint de pleurésie purulente. Il n'a pas eu recours, pour l'opération, aux précautions antiseptiques; mais, à la demande de son interne, il appliqua le pansement de Lister et ne le renouvela qu'à de longs intervalles. Le malade n'eut pas de fièvre, et guérit en l'espace d'un mois. Il pense que l'on doit considérer la pleurésie purulente, en dehors des états diathésiques, comme un vaste abcès, et la traiter comme telle.

M. *Debove* rappelle qu'il existe un certain nombre de faits de pleurésie purulente guérie par la ponction répétée; mais ces faits sont l'exception. Ils encouragent certains médecins à temporiser, et, lorsqu'ils se décident à recourir à l'empyème, les altérations pleuro-pulmonaires sont telles, que le succès de l'opération est devenu problématique.

M. *Rendu* est également d'avis que l'empyème doit être pratiqué le plus tôt possible. Pour sa part, il y a eu recours dans un cas de pleurésie gangreneuse consécutive à une gangrène pulmonaire, dix jours environ après le début des accidents, une ponction exploratrice ayant donné issue à quelques gouttes d'un pus extrêmement fétide. Il fit un lavage à l'alcool, et, les jours suivants, le pansement phéniqué fut appliqué rigoureusement. La malade guérit très rapidement.

M. *Millard* a émis la même opinion, en 1875, au sujet de la maladie de Dolbeau; il est d'avis que l'opération a été différée trop longtemps. Il demande à M. Debove si c'est bien dans le cinquième espace qu'il a incisé la paroi thoracique.

M. *Debove* sait que ce niveau peut paraître un peu élevé; mais si l'incision est située un peu en arrière, elle se trouvera précisément au point le plus déclive du thorax, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, le siège légèrement élevé.

M. *Dumontpallier* fait observer que le décubitus dorsal pourra parfois être difficilement supporté par les malades, qui conservent presque toujours, après l'opération, un certain degré de dyspnée. On craint quelquefois, en incisant plus bas, de rencontrer le diaphragme élevé et fixé par des adhérences; si l'on a soin de faire toujours une ponction exploratrice immédiatement avant l'empyème, on n'aura rien à redouter de semblable.

M. *Debove* est absolument d'avis qu'il faut toujours ponctionner avant de faire l'incision, afin de s'assurer de nouveau du siège de l'épanchement; l'incision aura pour centre la piqûre de l'aiguille aspiratrice.

— M. *Dumontpallier* répond aux objections de M. Dujardin-Beaumetz au sujet *de la réfrigération dans la fièvre typhoïde* (voy. le numéro du 1er juin). Il est convaincu que si l'on veut répéter les expériences en se plaçant dans les conditions où MM. Lafont, F. Franck et lui-même se sont placés, on obtiendra des résultats identiques. D'ailleurs, si le refroidissement, même brusque, du corps déterminait si facilement des congestions viscérales, on aurait depuis longtemps proscrit les bains de rivière et l'hydrothérapie; comment, d'autre part, expliquerait-on l'influence heureuse du bain froid dans le rhumatisme cérébral? La tradition, invoquée par M. Dujardin-Beaumetz, ne peut lutter contre la méthode expérimentale sagement conduite; ainsi les expériences de Soulié ont démontré que, en dépit de l'opinion accréditée, le bain froid n'occasionne pas de congestion ni d'hémorrhagie intestinales. M. Dumontpallier a également observé, avec son appareil, que la réfrigération méthodique diminuait le flux intestinal et suspendait les hémorrhagies chez les typhoïdiques. La méthode de Brand demande donc, avant d'être condamnée, à être sérieusement expérimentée

M. *Millard* propose à la Société d'émettre le vœu que la méthode de Brand soit expérimentée régulièrement, pendant un an, dans un ou plusieurs hôpitaux militaires, qui seuls disposent d'un personnel et d'un règlement suffisants pour mener à bien une semblable entreprise. — Cette proposition n'étant pas appuyée, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. — Rupture musculo-artérielle de la paroi abdominale. — Tumeur de la région orbitaire.

M. *Charles Monod* lit un rapport sur un travail de M. *Bazy : De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, chez l'homme.*

Un homme de quarante-sept ans entre à l'hôpital, en août 1882, avec des envies fréquentes d'uriner, de l'hématurie, et une tuméfaction vésicale surtout appréciable un mois plus tard. Par le cathétérisme et le palper, on trouve que la tumeur occupe le côté gauche de la vessie; cette tumeur paraît sessile. La prostate est normale; pas de tuméfaction des ganglions lombaires; pas de lésion des reins. Le malade urine toutes les dix minutes; incontinence nocturne; douleurs excessives. En décembre, M. Bazy se décide à opérer.

MM. Guyon et Monod approuvèrent le plan opératoire. Incision comme pour la taille hypogastrique, avec une branche transversale; la vessie était soulevée par un ballon rectal; on trouva dans la vessie une tumeur sessile qui fut

enlevée avec le serre-nœud de Péan; raclage de la surface d'implantation. L'écoulement du sang fut facilement arrêté. La plaie fut laissée ouverte en bas, et deux tubes à drainage plongèrent dans la vessie. Bientôt une canule en argent remplaça ces tubes, et peu à peu la fistule vésicale se ferma.

Mais les reins étaient atteints, et l'état général devint fâcheux. Le malade, opéré en décembre 1882, mourut à la fin d'avril 1883. Comme bénéfice opératoire, il y eut cessation des douleurs et des hématuries, et des envies fréquentes d'uriner. Le malade s'éteignit sans souffrances.

M. Bazy compare cette opération à l'anus artificiel, que l'on pratique chez les individus atteints de cancer du rectum. Il se demande dans quelles conditions on peut être autorisé à faire l'ablation complète du cancer vésical.

En 1875, Billroth pratiqua chez un enfant de douze ans l'ablation d'une tumeur de la vessie par l'incision hypogastrique; c'était un myome. Chez un homme de cinquante-quatre ans, Volkmann enleva de la vessie un myome pédiculé; l'opéré mourut de péritonite trois jours après. Kocher (de Berne) enleva un papillome vésical par le périnée; guérison. Thompson a publié cinq observations dans la *Lancette*: ablation de la tumeur par la boutonnière périnéale; un cas de mort. En comptant l'observation de M. Bazy, on arrive à onze faits d'ablation de tumeurs de la vessie chez l'homme; il y eut deux morts et neuf guérisons. Ces chiffres expriment que dans quatre cinquièmes des cas le malade n'est pas mort de l'opération; deux fois la guérison fut définitive. D'ailleurs les faits sont trop disparates pour établir une statistique homogène, et les procédés opératoires sont variés : boutonnière périnéale ou incision hypogastrique.

Souvent, avant l'opération, on ne peut déterminer la nature de la tumeur; mais on peut s'assurer de la présence du néoplasme, et savoir si la masse est pédiculée ou non. Si elle est pédiculée ou d'extraction facile, l'opération pourra être tentée.

Si la tumeur est sessile, on agira selon les troubles fonctionnels et d'après les souffrances accusées par le malade; si le malade souffre peu, on doit s'abstenir de toute action chirurgicale. Si les troubles fonctionnels sont incessants, si le malade perd beaucoup de sang, s'il souffre beaucoup, il faut agir. Le chirurgien pourra tenter l'ablation totale si c'est possible, ou l'ablation partielle, ou, s'il ne peut faire mieux, établir une fistule vésicale.

Conditions dans lesquelles il est absolument interdit de toucher à un cancer de la vessie : 1° quand il y a généralisation du néoplasme dans les organes voisins ou dans les ganglions; 2° quand il y a des adhérences intimes entre la vessie et les organes voisins; 3° s'il y a infiltration diffuse du cancer dans les parois de la vessie; 4° si le rein est malade : néphrite suppurée ou sclérose avancée.

Examen des divers procédés opératoires employés : voie périnéale ou hypogastrique. Des chirurgiens ont fait une boutonnière uréthrale, d'autres la taille périnéale; la boutonnière est supérieure à la taille (Thompson). L'espace est peu grand cependant pour atteindre et arracher la tumeur; on n'agit que par arrachement, et le procédé est brutal. Cependant, si la tumeur est pédiculée, ce procédé suffit.

Quand le diagnostic est obscur, on a conseillé l'incision au périnée pour faire une exploration et opérer s'il y a lieu. Mais c'est surtout à la taille hypogastrique qu'on doit recourir; cette opération est moins redoutable qu'on le croyait autrefois. C'est l'opération de choix, selon M. Monod et M. Bazy. L'hémorrhagie est abondante, mais elle cède facilement; l'infiltration d'urine n'a pas été observée; on a noté une fois la péritonite.

Lorsque la tumeur occupe la partie antérieure ou latérale de la vessie, M. Bazy opérerait volontiers l'ablation d'une partie de la paroi vésicale; cette opération n'a pas été pratiquée encore. On a fait en Allemagne des expériences sur les animaux.

M. *Desprès*. Les ablations de polypes de la vessie sont faisables chez les jeunes sujets; mais M. Desprès n'opérerait pas le cancer de la vessie. Aviceune faisait la boutonnière périnéale pour soulager les malades atteints de pierre qu'on ne pouvait opérer; peut-être cette opération a-t-elle été faite aussi dans le cas de cancer de la vessie.

M. *Verneuil*. C'est la première fois que la question d'intervention chirurgicale dans le cancer de la vessie est soulevée ici. Si l'on a soulagé des malades par la cystotomie, on n'avait pas encore mis en relief cette assimilation de la boutonnière vésicale à l'anus artificiel dans le cancer rectal. Un individu a un cancer du rectum avec besoins incessants d'aller à la selle; on établit un anus artificiel, et ces besoins cessent.

En sera-t-il de même pour la vessie? Cela paraît probable d'après MM. Monod et Bazy. Pour M. Verneuil, cette ouverture de la vessie serait le point fondamental de la communication de M. Bazy, car l'opération palliative est ce qu'il y a de plus sûr en pareil cas. Quant à l'opération curative, elle a peu de chance de succès, et M. Verneuil ne lui accorde que le second rang.

M. *Marchand* a vu une fille de vingt et un ans tourmentée de douleurs vésicales vives depuis deux ans; incessants besoins d'uriner; il existait dans la paroi vésicale une tumeur grosse comme un œuf de poule. M. Marchand dilata l'urèthre et introduisit le doigt dans la vessie; la masse était sessile et située dans l'épaisseur de la paroi vésicale. Comme le péritoine tapissait la vessie en ce point, M. Marchand ne crut pas devoir intervenir.

M. *Monod*. Le diagnostic complet du cancer de la vessie est très difficile; aussi il ne faut se laisser guider que par les symptômes fonctionnels. En dehors de ces symptômes, on n'a le droit d'intervenir que si la tumeur est pédiculée.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Grippa (d'Angers) : Rupture musculo-artérielle de la paroi abdominale; épanchement sanguin considérable dans la cavité de Retzius. Un homme fait une chute de cheval et ressent de vives douleurs dans le ventre et dans le dos; syncopes continuelles. Le périnée, le scrotum, la partie supérieure et interne des cuisses étaient très tuméfiés. Le cathétérisme donne une urine normale. Pas de fièvre; pas de vomissements; grande anémie. Il resta longtemps une plaque dure à la partie inférieure de l'abdomen. La rétention d'urine cessa au bout de quinze jours. Ce n'est qu'au bout de quatre mois que le malade put marcher.

Les ruptures musculaires au niveau des muscles droits de l'abdomen sont assez rares; on en a cité des observations après un effort violent; en même temps que la rupture musculaire, l'artère épigastrique gauche était rompue chez le malade de M. Grippa. Le malade ne marcha qu'au bout de trois ou quatre mois, ce qui fait supposer que les muscles psoas ont été tiraillés ou déchirés.

M. *Desprès* dit que l'épanchement sanguin peut être aussi bien attribué à la déchirure des veines iliaques, ou des plexus veineux périvésicaux; la rupture musculaire n'est pas démontrée dans ce cas.

— M. *Berger* présente un malade et une pièce. Ce malade portait un enchondrome énorme de l'extrémité supérieure de l'humérus droit; cette tumeur mesure 97 centimètres de circonférence et pèse 33 livres. M. Berger fit l'amputation inter-scapulo-thoracique. L'opéré, portant un appareil prothétique, est présenté à la Société de chirurgie.

— M. *Kirmisson* présente un enfant très jeune qui porte une tumeur au niveau de l'angle externe de l'œil droit; cette tumeur a probablement pour origine la fente branchiale.

L. Leroy.

Société de biologie (1).

SÉANCE DU 4 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Sueurs locales chez une syphilitique : M. de Sinéty. — Antagonisme de l'ectropine et de la pilocarpine : MM. Dastre et Morat. — Milieux et virus : M. Paul Bert.

M. de *Sinéty* rapporte une observation de sueurs localisées aux extrémités des quatre membres. Il s'agit d'une femme de vingt ans, syphilitique depuis trois ans, présentant à son entrée à Saint-Lazare des syphilides buccales et de la vaginite blenorrhagique. Aucun soupçon d'hystérie; femme nullement nerveuse. Traitement antisyphilitique à l'iodure de mercure; disparition rapide des syphilides. Un mois après son entrée, la malade se plaint d'une sensation de picotement et de fourmillement dans les pieds et les mains, puis, quelques jours après, elle s'aperçoit que ces mêmes extrémités sont constamment baignées par une sueur abondante, perlant à grosses gouttes. Au microscope l'examen de cette sueur ne révèle rien d'anormal. Sa réaction est alcaline. Il existe également, à ce moment, une légère hydarthrose du genou droit. On continue le traitement à l'iodure de mercure, et douze jours après tout rentre dans l'ordre.

Deux points intéressants se dégagent de ce fait : 1° le rapport existant entre la syphilis et les sueurs locales : rapport signalé et affirmé par Fournier dans son livre sur la syphilis chez la femme, nié par un très grand nombre d'auteurs; 2° un point de physiologie : on sait que l'excitation de certains points de la moelle provoque, chez le chat, la sécrétion de la sueur aux quatre pattes, la même chose ne peut-elle pas s'être produite chez la malade en question? Il n'y a pas eu de paralysie du mouvement, mais les fourmillements indiquent une excitation des centres médullaires présidant à la sensibilité en la conduisant.

— M. *Dastre*, au nom de M. *Morat*, communique le résultat de recherches sur l'antagonisme de l'atropine et de la pilocarpine dans leurs effets sur le cœur. On sait que l'atropine ralentit le cœur et que la pilocarpine l'accélère; pour expliquer ces effets, il était rationnel de penser que l'atropine agissait sur les centres modérateurs à l'exclusion des centres accélérateurs, et que réciproquement la pilocarpine agissait sur les centres accélérateurs à l'exclusion des centres modérateurs. Il n'en est rien, les deux substances agissent à la fois et sur les centres accélérateurs et sur les centres modérateurs; mais tandis que l'une touche plus les uns que les autres, l'autre, par contre, porte plus son action sur ceux-ci que sur ceux-là; en un mot, ce que l'on constate, ce sont les effets différentiels.

— M. *P. Bert* a reçu de nombreuses lettres de gens maniant, par leur profession, le mercure et qui déclarent que cette industrie, comme celle du cuivre, les a mis jusqu'ici à l'abri de la contagion du choléra. Ces faits d'expérience ont engagé M. Bert à rechercher s'il n'existe pas pour chaque micro-organisme un agent de destruction qui ne lui permet pas de se développer en sa présence. Ce sont là des études faites par Davaine pour la bactérie du charbon, par Raulin pour une succédanée, l'aspergillos niger. M. Bert, avec M. Capitan, ont entrepris la même série pour le virus de la morve. Ce virus, ensemencé dans des solutions de sulfate de cuivre, de bichlorure de mercure, de chlorure d'or, d'eau oxygénée, ne fructifie pas; son développement est au contraire extrême dans les solutions de permanganate de potasse et de carbonate de potasse.

(1) Erratum. — Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, au compte rendu de la Société de biologie, il a été dit, *par erreur*, que les recherches sur l'inoculation du lupus, etc., avaient été faites par MM. Cornil et Babès. Au lieu de ce dernier mot lisez Leloir.

Une première question de la vitalité des microbes est donc le milieu; mais on peut se demander, si même dans un milieu hostile le microbe ne peut pas triompher si la dose du virus est considérable ou si le milieu qui le reçoit est affaibli, comme par exemple, un organisme surmené. En un mot une dose considérable de virus charbonneux donnerait-elle le charbon à la poule que l'on voit réfractaire dans ses conditions normales d'existence? D'autre part une faible dose n'agirait-elle pas effectivement sur la poule refroidie, précisément parce que la résistance de l'animal est moindre?

M. *Bouley* répond à ces questions en disant qu'il est d'observation journalière de voir les animaux surmenés être plus prédisposés que les autres à prendre la morve ou autres affections virulentes. Relativement à l'action d'une forte dose de virus, il est prouvé qu'elle peut infecter une économie qui serait restée indemne sous une dose minime. Cela résulte des expériences de M. Chauveau sur les moutons algériens : réfractaires au charbon inoculé à petites doses, ils n'y échappent pas lorsqu'on introduit dans leur organisme des doses massives.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Poudre de viande : M. Catillon. — Analyse des échantillons de sulfate de quinine : M. E. Petit. — Teinture vésicante : M. Vidal. — Granules au sang de bœuf desséché : M. Dautreville.

M. *Catillon* propose une nouvelle formule pour administrer la poudre de viande sans exciter le dégoût des malades. Elle est très analogue à celle qu'a fait connaître déjà M. Dujardin-Beaumetz, mais elle donne une préparation plus agréable encore. Au lieu d'une liqueur alcoolique, M. Catillon emploie le vin de Madère dans les proportions suivantes : poudre de viande, 2 cuillerées; sucre, 2 morceaux; vin de Madère, 2 cuillerées. Délayez jusqu'à dissolution complète du sucre, et ajoutez 4 cuillerées d'eau. — Le mélange immédiat de la poudre de viande avec le vin de Madère, avant d'ajouter l'eau, est indispensable pour supprimer complètement l'odeur désagréable que présente la poudre alimentaire.

— M. *E. Petit* s'est livré à une série d'expériences ayant pour but de perfectionner les procédés d'analyse du sulfate de quinine et de rendre, par suite, les fraudes impossibles. Le procédé classique d'essai par l'éther, ainsi que celui qui consiste à employer l'ammoniaque, présentent des causes multiples d'erreur et peuvent ne pas dévoiler suffisamment la cinchonine. Un procédé bien préférable à coup sûr serait l'usage du polarimètre et la recherche du pouvoir rotatoire du produit à analyser, mais on a accusé ce procédé d'inexactitude, le pouvoir rotatoire n'étant pas proportionnel à la quantité de sel dissous et variant suivant la température ou la quantité d'acide sulfurique employée pour préparer la solution. M. E. Petit a cherché à vérifier ces assertions et à déterminer les limites d'erreur; il a employé pour les essais polarimétriques une solution ainsi composée : sulfate de quinine pur et anhydre, 1 gramme; acide sulfurique, 2 centimètres cubes; eau, q. s. pour faire 20 centimètres cubes. Il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° la déviation polarimétrique est proportionnelle à la quantité de sulfate de quinine dissous, quel que soit le degré de concentration de la liqueur d'essai; 2° la quantité d'acide sulfurique employée pour dissoudre n'a pas d'influence sur le pouvoir rotatoire, si l'on a transformé le sulfate neutre de quinine en sulfate acide; on peut ajouter jusqu'à dix équivalents en plus d'acide sulfurique, sans modifier la déviation polarimétrique; 3° la température a une influence incontestable sur les résultats des essais polarimétriques; pour en tenir compte, il suffit

d'ajouter 1 degré polarimétrique par 4 degrés de température au-dessus de 15 degrés centigrades. — M. E. Petit expose également un procédé simplifié de dosage des quinquinas, qui permet d'obtenir directement du sulfate de quinine pur cristallisé.

M. *Catillon* tient de source certaine que, dans la préparation industrielle du sulfate de cinchonine, ce sel retient une assez forte quantité de sulfate de quinine; ne serait-ce pas à ce dernier produit que le sulfate de cinchonine serait redevable des propriétés fébrifuges que lui attribuait Gubler?

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que le sulfate de cinchonine agit comme le sulfate de quinine, mais avec moins d'énergie et d'une façon très irrégulière; c'est une sorte de sulfate de quinine de *seconde marque*. D'ailleurs les recherches de M. Moutard-Martin ont établi nettement qu'il possède des propriétés fébrifuges.

M. *Tanret* croit que le dosage des alcaloïdes dans les quinquinas est beaucoup plus important pour le fabricant de sulfate de quinine que pour les pharmaciens. En effet, une faible partie des alcaloïdes de l'écorce, un tiers seulement, est soluble et se retrouve dans les diverses préparations pharmaceutiques de quinquina. Le reste est insoluble, en combinaison avec le rouge cinchonique, et demeure dans les résidus de ces préparations.

M. *E. Petit* ne peut partager cette opinion. Tout d'abord, il existe dans le commerce des quinquinas qui ne renferment pas trace de quinine; il y a donc un grand avantage à les analyser avant de s'en servir en pharmacie. De plus, on extrait par l'eau seule les quatre cinquièmes des alcaloïdes du quinquina de Java, et on peut épuiser l'écorce au moyen de l'alcool à 56 degrés. D'ailleurs dans le nouveau Codex on a admis l'extrait de quinquina préparé d'abord par l'action de l'eau, complétée, jusqu'à épuisement, par une liqueur acide.

M. *Tanret* s'est assuré que, même avec une liqueur acide, on ne peut extraire la totalité des alcaloïdes, à moins d'employer une quantité d'acide préjudiciable. Il communiquera le résultat de ses expériences à ce sujet.

— M. *Vidal* emploie depuis un certain nombre d'années les vésicatoires dans le traitement des plaques de pelade et obtient bien plus rapidement, par ce moyen, la guérison de l'affection. Mais le vésicatoire ordinaire est souvent d'une application difficile, il oblige à raser les cheveux au pourtour de la partie malade; enfin il occasionne souvent des accidents de cantharidisme. Cependant on évite ce dernier inconvénient en enlevant l'emplâtre vésicant aussitôt que l'épiderme commence *à friser*, et l'on peut ainsi répéter sans danger, tous les deux jours, l'application d'un vésicatoire de cinq centimètres de diamètre. Désireux de trouver un procédé de vésication plus commode, M. Vidal a expérimenté toutes les préparations de garou, mais sans succès; la teinture anglaise de cantharide occasionne des douleurs vives et il a dû y renoncer. Il a employé une préparation, connue à Java sous le nom d'*andol-andol*, et qui a été vantée par un médecin de marine hollandais, le docteur Van-Leent; cette teinture vésicante se prépare avec la *Lytta rubifex*. Elle donne de très bons résultats et n'est pas douloureuse; mais M. Vidal ayant épuisé sa provision d'*andol-andol* a dû recourir à une autre teinture préparée par un de ses anciens élèves, M. Bidel. Après avoir dégraissé l'épiderme, on applique à sa surface deux ou trois couches du liquide vésicant, au moyen d'un pinceau, et l'on obtient, au bout de deux heures et demie environ, une vésication complète, sans douleur appréciable. Cette teinture se prépare avec des *Meloë*, que l'on fait macérer, d'abord à froid avec de l'acide acétique, puis au bain-marie, pendant vingt-quatre heures, après avoir ajouté quatre fois le poids d'alcool à 90 degrés. Cette teinture renferme $1^{gr},18$ pour 100 de cantharidine. M. Vidal l'a également employée au niveau du thorax dans les affections pleurales ou pulmonaires et en a obtenu d'excellents effets; il n'a observé aucun accident de cantharidisme. On peut graduer l'effet vésicant que l'on désire produire en appliquant une seule ou plusieurs couches de la préparation.

M. *Féris* (de Brest) pense que l'on pourrait employer très utilement, dans le même but, un principe vésicant dont on se sert en Cochinchine, et qui provient d'un insecte connu sous le nom de *Bao-cap*. Jamais on n'a observé avec cette préparation aucun accident analogue au cantharidisme.

— M. *Dautreville* présente à la Société des échantillons de granules et de chocolat au sang de bœuf desséché. Ces préparations renferment tous les principes du sang de bœuf, moins l'eau; ils sont d'une digestion facile. Trois cuillerées à soupe de granules représentent 150 grammes de sang; le chocolat renferme 20 pour 100 de sang desséché, c'est-à-dire son poids de sang frais.

— Une commission est nommée, malgré l'avis contraire de plusieurs membres de la Société, pour faire un rapport sur la présentation de M. Dautreville. Cette commission est composée de MM. Vidal, Tanret, Catillon et Delpech.

— La Société s'ajourne au mercredi 10 octobre.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte, par le docteur G. Daremberg (de Menton).

On a beaucoup parlé des désordres gastriques et de quelques autres accidents, tels que la diarrhée habituelle, une langueur générale, considérés comme symptômes prémonitoires de la tuberculose; l'auteur vient ajouter à cette série, d'ailleurs très courte, les troubles cérébraux; et les quatre observations qu'il relate sont relatives à des troubles de ce genre se montrant plusieurs années avant que la lésion tuberculeuse se confirme et devienne manifeste.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années qui avait passé d'une grande activité à l'apathie, à la nonchalance, à l'affaiblissement du caractère avant de commencer une suite de manifestations pathologiques caractérisées par une ostéo-périostite costale, un abcès pleural, la phthisie pulmonaire et une méningite tuberculeuse; avec cette particularité que les symptômes cérébraux du début disparurent à la suite du développement des phénomènes pleuro-pulmonaires, et que la douleur fronto-occipitale, qui signala évidemment le début de la méningite, apparut après une amélioration remarquable du côté des organes thoraciques. — Chez un second sujet adulte, la taciturnité, la morosité, aggravées par la perte d'un enfant, précédèrent de plus d'un an la toux, l'expectoration : une caverne se forma au sommet du poumon gauche; il survint de la glycosurie. En quelques semaines la caverne se ferma, la glycosurie disparut; mais le malade se mit à délirer, tomba dans le coma, et mourut rapidement. Il n'y eut pendant le cours de la méningo-encéphalite ni vomissements, ni troubles oculaires. — Le troisième cas (trente-trois ans), analogue aux précédents au point de vue de la thèse soutenue par M. Daremberg, offre cet intérêt particulier que, contrairement aux observations des auteurs qui ont vu la tuberculisation du système nerveux marcher de l'encéphale à la moelle, chez le malade dont il s'agit elle a marché de la moelle à l'encéphale. — Enfin chez le quatrième sujet (jeune femme), l'insouciance, la tristesse ouvrent encore la marche. Il survient une diarrhée opiniâtre; puis les poumons se con-

gestionnent aux sommets, et la tuberculose pulmonaire se déclare. La malade semble profondément indifférente à son état. Enfin elle est prise de vomissements, d'anurie, de somnolence, de convulsions, de contractures, et meurt dans le coma.

L'auteur résume ainsi la signification générale de ses observations : « Nous voyons survenir avant les premiers symptômes de tuberculose franche des symptômes cérébraux, toujours les mêmes : paresse et impuissance intellectuelle, insouciance générale; mais, chez l'adulte, ces signes précurseurs sont plus marqués et se manifestent très tôt... Nous pensons avoir démontré que les prodromes sont un précieux élément de diagnostic, preuve à la fois de la tuberculose et de la méningo-encéphalite tuberculeuse, car ils sont bien l'indice d'une localisation tuberculeuse encéphalique, sans se confondre avec les signes généraux prodromiques de la tuberculose commune. »

C'est là, en effet, un aperçu clinique nouveau et d'un grand intérêt. (*Archives générales de médecine*, juin 1883.)

Travaux à consulter.

Un cas de fièvre typhoïde avec abcès du foie, par M. Asch. — Ce cas est intéressant parce que l'autopsie démontra la présence d'abcès du foie de nature pyléphlébitique, ayant leur point de départ dans les glandes suppurées du cordon iléo-cæcal. « Nous avons l'habitude, dit l'auteur en terminant, de traiter la fièvre typhoïde au moyen de bains tièdes et de ne jamais administrer d'antipyrétiques que dans les cas rares où les bains sont contre-indiqués. Par contre, nous administrons chaque fois une forte dose de quinine ou de salicylate de soude, ce dernier surtout, dès que la température du matin annonce la période rémittente de la fièvre. » (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 51.)

Du catarrhe chronique de la muqueuse vésicale, par M. Ebstein. — Dans un cas d'hématurie douteuse, tenant, comme on le vit à l'autopsie, à une tuberculose des voies génitales, l'auteur recourut à un nouveau moyen de diagnostic. Une parcelle du sédiment purulent d'un malade atteint d'une affection similaire, fut introduite dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin : vingt-cinq jours après se développaient les tubercules de l'iris caractéristiques. Les expériences furent reprises et complétées par un élève de l'auteur, le docteur Damsch. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXXI.)

Un cas d'actinomycose chez l'homme, par MM. Mossdorf et Birch-Hirschfeld. — Un homme de vingt et un ans présentait les symptômes d'une maladie chonique de poitrine. Après quelques mois, signes d'un épanchement, pleurétique, abcès multiples du thorax. Mort par épaississement des muscles de la partie droite du thorax, le poumon et même le rein du même côté, infiltrés de pus épais présentant les masses jaunâtres (grains de sagou) caractéristiques. Impossible de découvrir un point de départ dans les dents ou le maxillaire. (*Cent. für med. Wiss.*, 1882, n° 51.)

Traitement des fractures de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre, par MM. König et Wagner. — L'emploi du corset plâtré immédiatement après l'accident donne-t-il de bons résultats? König dit oui et Wagner dit non. Peut-être est-il prudent de ne pas trop se hâter de mettre l'appareil. (*Cent. für Chir.*, n°s 7 et 46, 1880.)

De la résection de l'intestin, par M. Czerny. — Relation de trois cas nouveaux d'une opération qui tend à reprendre droit de cité dans la chirurgie. Quelques réflexions sur le mode opératoire. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 45.)

Empoisonnement par l'oronge, par M. Schuler. — Après un repas où l'on avait mangé des asperges et des helvelles (*Helvella esculenta*), plusieurs personnes tombèrent malades (diarrhées, troubles de la vision, etc.). Or ce champignon est comestible, mais dans le cas particulier, il était attaqué par des vers. Ce fait est très intéressant et contribue à augmenter encore la défiance envers une classe cependant bien utile de comestibles. (*Berl. klin. Woch.*, n° 46.)

De l'action toxique de l'urine humaine, par M. B. Bocci. — L'urine de l'homme injectée sous la peau des animaux produit la paralysie ou même la mort. Cette action est moins évidente chez les mammifères (rats, cabiais, lapins). « La substance toxique contenue *par intervalles* dans l'urine normale de l'homme, agit comme le curare. Elle paralyse en diminuant rapidement l'excitabilité des nerfs moteurs, ou même en la détruisant complètement, sans exercer aucune action sur la substance musculaire elle-même. » (*Cent. für med. Wiss.*, n° 51, 1882.)

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés, par M. Felsenreich. — Credé a indiqué comme moyen prophylactique l'instillation quotidienne d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 pour 100. Dans les cliniques de MM. Braun, 3000 enfants ont été traités de cette façon; 1,93 pour 100 sont néanmoins tombés malades. (*Arch. für Gynaekol.*, t. XIX.)

Contribution au traitement local des cavernes, par M. Sokolowski. — Une femme présentait, sous la clavicule droite, les signes classiques d'une caverne de dimensions moyennes. L'auteur enfonça dans le deuxième espace intercostal, cinq centimètres en dehors du sternum, une longue aiguille creuse, par laquelle il vida une seringue de Pravaz remplie d'une solution phéniquée à 1 pour 100. Cette opération fut répétée à plusieurs reprises, tantôt chez cette malade, tantôt chez d'autres personnes. « Les résultats obtenus sont peu satisfaisants; les injections phéniquées ne produisent rien. Les injections de teinture d'iode (5,20 pour 100) paraissent un peu plus utiles. » (*Deutsche med. Woch.*, 1882, n° 29.)

Contribution a l'étude de l'antisepsie, par M. Boillat.— A propos de l'assertion de R. Koch qui dénie au chlorure de zinc toute action antiseptique, l'auteur fait remarquer que beaucoup d'agents de ce genre, et spécialement les sels métalliques, forment avec l'albumine des combinaisons stables et par conséquent *ne sont plus contenus dans les solutions*. Les précipités obtenus sont peu putrescibles, d'après les expériences de Boillat. Même contre les inoculations de microbes (bactéridie par exemple), les albuminats métalliques se montrent fort résistants. De pareils composés doivent se produire nécessairement pendant le traitement des plaies; c'est ce qui expliquerait l'action antiseptique que la clinique a démontrée. L'iodoforme ne serait nullement antiseptique. (*Jour. für prakt. Chemie*, t. XXV, p. 300.)

L'anesthésie alcoolique-chloroformique, par M. Vachetta (de Pise). — Consiste à administrer au patient, un quart d'heure avant l'anesthésie, un verre de bordeaux ou de marsala. Cette dose suffit pour renforcer l'action du cœur au point qu'une paralysie cardiaque, le grand danger de l'anesthésie, devient improbable. Le docteur Vachetta, qui a fait connaître cette méthode en 1880, lui décerne les plus grands éloges et lui trouve une foule d'avantages. (*Berl. klin. Woch.*, n° 1, 1883.)

Transplantation musculaire chez l'homme, par M. Helferich. — Une partie du biceps fut remplacée par une masse correspondante de muscle de chien; sutures multiples au catgut. Une petite partie se détacha lors du premier pansement. Le reste demeura adhérent. L'auteur doute que le muscle transplanté fonctionne et pense que la contraction du biceps ne se produit que par sa portion inférieure qui était intacte. Et cependant l'électricité permet de constater que le muscle transplanté jouit encore de sa contractilité. Cette opération semblait réalisable à la suite des expériences de Gluck. (*Cent. für Chir.*, n° 29, *Suppl.*, 1882.)

De la composition chimique des quelques organes dans diverses maladies, par M. Graamroom. — Ces organes sont le foie, la rate, les reins, le sang, le poumon, examinés vingt-quatre heures après le décès. Les maladies sont les suivantes : leucémie (?), cancer de l'utérus, pneumonie croupale, brûlure, néphrite, phthisie. Les éléments chimiques déterminés sont : l'eau, la graisse, l'albumine, les cendres, le fer. Les détails à voir dans l'original. (*Archives de Klebs*, t. XV, p. 299.)

BIBLIOGRAPHIE

Des aconits et de l'aconitine, par le docteur J.-V. Laborde, chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine, et M. H. Duquesnel. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix Orfila, 1878). — Paris, 1883, G. Masson.

Convaincus, à juste titre, qu' « un des plus importants desirata des sciences biologiques modernes consiste dans une histoire physiologique et thérapeutique complète des *alcaloïdes* ou *principes immédiats médicamenteux* », les auteurs ont entrepris de commencer cette œuvre, si vaste et si hérissée de difficultés, par l'étude des aconits ou de leurs alcaloïdes, particulièrement de l'aconitine. Il est peu de plantes qui jouissent en thérapeutique d'une plus grande vogue, d'une réputation plus accréditée que l'aconit; ses applications sont multiples, trop multiples même, et les préparations pharmaceutiques dont elle est la base sont nombreuses et variées. Le médecin a le choix entre les alcoolatures, les teintures, les extraits, préparés soit avec les feuilles, soit avec les racines, les saccharures, la poudre sèche de racine ou de feuille, enfin l'aconitine ou l'alcaloïde plus ou moins chimiquement pur. Il n'y aurait qu'un minime inconvénient dans une telle richesse, si ces divers médicaments ne possédaient des différences considérables d'activité, et si chacun d'eux n'offrait la plus grande variabilité de puissance suivant l'espèce d'aconit, l'époque de la récolte, le procédé de préparation employé. De nombreux exemples d'intoxication témoignent d'une façon trop évidente du danger inhérent à cette multiplicité de formules et de produits.

On ne peut donc qu'applaudir aux savantes recherches de MM. Laborde et Duquesnel qui sont parvenus à fixer, sur ce point, les principes auxquels médecins et pharmaciens pourront se conformer en connaissance de cause, sans avoir désormais à redouter quelque erreur ou quelque méprise ayant pour conséquence des accidents toxiques plus ou moins graves.

L'étude botanique des aconits présente jusqu'ici bien des points obscurs, et les nombreuses variétés de la plante sont encore mal définies et souvent confondues entre elles. Un intérêt majeur s'attache cependant à une classification exacte et définitive : en effet, les investigations auxquelles se sont livrés MM. Laborde et Duquesnel leur ont démontré, de la façon la plus évidente, que la variabilité botanique entraîne la variabilité dans l'intensité de l'action physiologique et toxique. Ils ont d'ailleurs pris le soin de recueillir eux-mêmes, dans les Pyrénées, la plus grande partie des aconits qui leur ont servi de matière première. C'est donc surtout l'aconit des Pyrénées qu'ils ont étudié; on sait que l'aconit des Vosges, ou de la Suisse, présente une certaine différence dans la puissance de son action.

Cet intéressant travail se divise en trois parties : la première est consacrée à la botanique, à l'histoire naturelle et à la matière médicale; la seconde à la chimie et à la pharmacologie; la troisième à l'étude physiologique et toxicologique.

L'aconit doit ses propriétés énergiques à un alcaloïde, l'aconitine cristallisée, qui se rencontre dans toutes les espèces, mais présente dans chacune d'elles une activité différente; en outre, elles renferment toutes probablement, comme l'aconit napel, une aconitine amorphe et un alcaloïde soluble, la *napelline*. Ces alcaloïdes peuvent être extraits de la plante par divers procédés, mais celui qu'ont employé les auteurs (procédé à basse température, par l'acide tartrique et le nitrate de soude) paraît être le meilleur en ce qu'il réduit au minimum les transformations secondaires et le dédoublement de l'aconitine en acide benzoïque et en un alcaloïde soluble, à peu près inerte. C'est surtout l'aconitine cristallisée ou ses sels, et en particulier l'azotate d'aconitine, qui ont été expérimentés par MM. Laborde et Duquesnel, et c'est de leur action qu'ils ont en grande partie déduit celle des diverses préparations d'aconit. Ils ont d'ailleurs reconnu que les diverses parties de la plante n'ont pas le même pouvoir thérapeutique ou toxique: les racines sont les parties les plus actives, puis viennent ensuite les fleurs, les graines et les feuilles. Ils proposent, en conséquence, avec raison, de simplifier la pharmacopée relative à l'aconit, en remplaçant par les préparations *de racine* les produits obtenus avec les feuilles, et en réduisant à trois les formules officinales d'aconit : teinture de racine, extrait alcoolique de racine, aconitine cristallisée, sous forme de granules ou de solution pour injections hypodermiques. Si cette utile réforme était adoptée, et si une entente internationale pouvait enfin se produire, cette importante et grave question aurait fait un grand pas, et les inconvénients sérieux inhérents à l'état de choses actuel auraient presque entièrement disparu.

Il nous est impossible, dans une analyse de ce genre, de suivre les auteurs dans leurs multiples expériences relatives à l'action physiologique de l'aconitine : ils ont déterminé successivement son influence sur la sensibilité générale et spéciale, sur la motricité, sur la contractilité propre de la fibre cardiaque, sur la circulation, les fonctions respiratoires, la température, les actes digestifs, la dilatation de la pupille, les diverses sécrétions. Autant de chapitres du plus haut intérêt et dont les conséquences se présentent immédiatement à l'esprit de l'observateur: l'action physiologique de l'aconitine s'exerçant principalement sur les phénomènes fonctionnels de sensibilité générale et spéciale et, par l'intermédiaire du système bulbo-spinal, sur les phénomènes de vaso-motricité, son emploi thérapeutique rationnel se trouve nettement spécifié dans les affections primitivement névralgiques et congestives, et en particulier dans la névralgie trifaciale protopathique et dans le rhumatisme articulaire, fluxionnaire.

Peut-être pourrait-on regretter que l'étude des propriétés thérapeutiques de l'aconit dans les affections congestives de la gorge et des voies respiratoires n'ait pas été entreprise par les auteurs. On sait la réputation universelle dont jouissent les préparations d'aconit dans des cas semblables, et en particulier la vogue obtenue par la *teinture-mère* des homœopathes dans le traitement des laryngites et des angines simples; une révision sérieuse de cette question spéciale eût présenté pour le clinicien un intérêt considérable. MM. Laborde et Duquesnel ont d'ailleurs déterminé expérimentalement l'activité de la *teinture-mère* homœopathique, et ont reconnu qu'elle était sensiblement la même que celle de la teinture *de feuilles* : à peu près inerte à dose infinitésimale *sincère*, elle devient active et dangereuse à la dose massive de 12 grammes.

Enfin l'étude de l'action toxique de l'aconitine leur a montré que c'est principalement dans le foie que l'on pourra déceler la présence du poison. Le traitement de l'empoisonnement aconitique découle d'ailleurs du mécanisme de la mort, consistant essentiellement dans l'arrêt des phénomènes mécaniques de la respiration : c'est donc, avant tout, à la respiration artificielle que l'on devra recourir pour obtenir la survie et permettre l'élimination de la substance toxique.

Tels sont les points principaux traités dans cet ouvrage d'une incontestable valeur scientifique. Puisse-t-il être suivi de monographies semblables sur les principaux alcaloïdes usités en thérapeutique, et dont la connaissance exacte importe à la fois à la clinique, à la physiologie et à la médecine légale.

Dr André Petit.

VARIÉTÉS

LE PROFESSEUR PARROT.

La Faculté et le corps médical des hôpitaux ont été douloureusement frappés par la mort du professeur Parrot. C'est au commencement de juin qu'il fut pris d'une pneumonie double, dont la convalescence incomplète fut troublée par des accidents abdominaux qui prirent dès le début une gravité alarmante. Malgré les soins fraternels de son ami le professeur Potain, Parrot a succombé le 5 août. Sa santé avait toujours été fort délicate, et dans ces dernières années il ne l'avait pas assez ménagée. Entraîné par son ardeur pour les études anatomiques, il passait de longues heures dans le petit amphithéâtre de l'hospice des Enfants assistés, encombré de pièces en macération, et s'y livrait à des dissections, à des examens microscopiques beaucoup trop prolongés.

Parrot était un grand travailleur et son œuvre était déjà considérable.

A ses débuts, sa thèse sur le zona fut particulièrement remarquée. Ancien interne de Beau, il avait fait son étude de prédilection des bruits respiratoires et cardio-vasculaires, sur lesquels il publia plusieurs notes ou mémoires importants. Ses articles du *Dictionnaire encyclopédique* sur l'asthme, l'angine de poitrine, l'asystolie, la chlorose, le ramollissement cérébral, la chromhidrose, le cœur, figurent parmi les meilleurs de ce grand recueil. Il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* un mémoire souvent cité sur les sueurs de sang. Depuis son entrée à l'hospice des Enfants assistés, son attention s'était surtout portée sur les maladies des enfants. Ses travaux sur les relations du rachitisme et de certaines altérations du système osseux avec la syphilis héréditaire eurent un grand retentissement. Ils se trouvent résumés avec bien d'autres dans les belles leçons sur l'athrepsie qui lui ont constitué une place d'honneur parmi les maîtres de la pathologie infantile. Parrot était de ceux qui cherchent les voies nouvelles. Tout ce qu'il a publié a un cachet personnel. Il n'aimait pas à répéter les autres, et son esprit, comme ses amitiés, n'avaient rien de banal. Il n'a pas permis à ses amis et à ses élèves de lui rendre à Paris les derniers honneurs. D'après ses recommandations, ses restes ont été transportés à Excideuil, dans un pays qu'il aimait et où il était aimé.

R.

ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE. — DÉCRET DU 1er AOUT 1883.

Art. 1er. — Les grades à exiger des professeurs titulaires, dans les Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, sont : 1° pour les professeurs de médecine, le doctorat en médecine; 2° pour les professeurs de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien; 3° pour les professeurs de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine ou le diplôme supérieur de pharmacien. Un licencié ès sciences physiques peut être chargé du cours de physique et du cours de chimie. Un licencié ès sciences naturelles peut être chargé du cours d'histoire naturelle.

Art. 2. — Les grades à exiger des suppléants sont : 1° pour les suppléants de médecine, le doctorat en médecine; 2° pour les suppléants des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine ou le diplôme de pharmacien de 1re classe, ou la licence ès sciences physiques ou naturelles suivant la nature de la suppléance; 3° pour les suppléants des chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme de pharmacien de 1re classe. Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans. Le concours est ouvert devant une Faculté de médecine ou devant une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou devant une École supérieure de pharmacie. Le siège du concours est déterminé par le ministre. Peuvent être nommés sans concours : suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences physiques; suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences naturelles.

Art. 3. — Les grades à exiger des chefs de travaux sont : 1° pour le chef des travaux anatomiques, le doctorat en médecine; 2° pour le chef des travaux chimiques, le doctorat en médecine ou le diplôme de pharmacien de 1re classe, ou la licence ès sciences physiques. Les chefs des travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans; le concours est ouvert devant les Écoles de plein exercice. Les fonctions de chef de travaux ne peuvent être cumulées avec celles de suppléant.

Art. 4. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Écoles de plein exercice, passent le premier examen probatoire et les deux parties du deuxième examen dans ces Écoles, devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens seront ouvertes dans les Écoles de plein exercice, l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen, l'autre au mois d'avril pour la première partie du second examen. Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Écoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882.

Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août, dans les Écoles de plein exercice, peuvent se présenter pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une Faculté de médecine. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter, pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. Pendant la durée de l'ajournement le cours des inscriptions est suspendu.

OFFICIERS DE SANTÉ.

Voici les principales dispositions d'un décret qui vient d'être rendu, en date du 4 août :

Art. 1er. — La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles. En prenant sa première inscription, tout candidat à ce grade doit, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Le jury, composé de trois membres, est nommé par le recteur.

Art. 2. — Les aspirants au titre d'officier de santé suivent dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie les cours suivants :

1re *année*. — Physique, chimie, histoire naturelle, ostéologie et arthrologie.

2e *année*. — Anatomie, physiologie et pathologie externe.

3e *année*. — Anatomie, physiologie, pathologie interne et pathologie externe, clinique interne et clinique externe.

4e *année*. — Pathologie interne et pathologie externe; hygiène, thérapeutique et matière médicale; clinique interne, clinique externe et clinique d'accouchements.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires. Ils portent, en première année : sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle; en deuxième année : sur l'anatomie et la physiologie; en troisième année : sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire.

Art. 4. — Le stage hospitalier, également obligatoire, commence avec la cinquième inscription; il se continue jusqu'à la fin des études.

Art. 5. — A la fin de chacune des trois premières années, les candidats subissent, devant un jury composé de professeurs de l'École, un examen.....

Art. 7. — Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription.....

Art. 8. — Pour les examens définitifs, le jury est composé d'un professeur d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, président, et de deux professeurs de l'École de plein exercice ou de l'École préparatoire.

Art. 9. — Les trois examens définitifs sont subis devant la Faculté ou École dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Art. 10. — Les examens définitifs, pour le titre d'officier de santé, comprennent : le premier, l'anatomie, la physiologie et une épreuve pratique de dissection; le deuxième, la pathologie

interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire; le troisième, la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.....

Choléra. — Les cas de choléra constatés dans les lazarets de Beyrouth et de Smyrne parmi les arrivants d'Egypte ont amené le conseil sanitaire à prendre une décision radicale. Les cholériques du lazaret de Smyrne provenaient du *Charkié*, bateau de la Compagnie Khedivié, qui, après avoir débarqué ses passagers, est reparti pour Alexandrie, où il va en prendre d'autres. Le conseil a décidé que tout navire ayant transporté des cholériques subirait sur rade une quarantaine de vingt jours, avec désinfection, avant de pouvoir reprendre son service de transports. En conséquence, un télégramme a été expédié à Alexandrie pour que le *Charkié* ne puisse embarquer de nouveaux passagers et retourne immédiatement en rade de Smyrne pour y subir la quarantaine de vingt jours. Si ce bateau n'obtempère pas à cet ordre, il sera repoussé de tous les ports ottomans.

Le conseil a de plus fixé le nombre des hôtes qui seront reçus dans les lazarets. Celui de Beyrouth en recevra 700 et celui de Smyrne 1100.

Concours du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira, le lundi 7 janvier 1884, à l'École du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé en médecine. Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit, et continueront à être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, les médecins-majors de première et de deuxième classse seront seuls admis à prendre part au concours. Les médecins militaires de l'un de ces deux grades, qui désireront concourir, adresseront au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise par la voie hiérarchique et devra être parvenue au ministre avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

Conférences cliniques. — M. le docteur Charles Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant de M. le professeur Trélat durant les vacances, commencera ses conférences cliniques à l'hôpital Necker, le jeudi 16 août, à dix heures.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. Planchon (Paris); Lortet (Lyon); Bleicher (Nancy); Meleux (Angers); Ripoll (Toulouse); Henninger (Paris); Raoult-Deslongchamps, médecin militaire; Bernheim (Nancy).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Jules Ardouin (Alexandrie); Armaignac (Bordeaux); Boymier (Sainte-Foy-la-Grande); Bütterlin (Beaume-les-Dames); Henri Devillez (Paris); Lefèvre (de Bonnières); Amédée Leriche (Cussy-les-Forges); Level (Paris); Lorne (Paris); Picard (Paris); Ramonet, médecin-major; Sicard (Marseille); Jules Trémolet (Russey); Hilarion Vigouroux (Paris); Abel Jeandet (Mâcon); Massart (Honfleur); Villeneuve (Marseille); Guillaud (Bordeaux); Gidon (Caen); Cuignet (Lille); Pierret (Lyon); Boudet (Lyon); Bleynie (Limoges); Lefeuvre (Rennes); Louis Brémond (Paris).

Société française de tempérance. — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1884. — Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 6 juin 1883, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : 1° de l'alcoolisme héréditaire; 2° action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré; 3° mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude. Une somme de 2000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Mortalité a Paris (31e semaine, du vendredi 27 juillet au jeudi 2 août 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 950, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 64; au sein et mixte, 44; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 80; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 31e *semaine*. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 27 juillet au 2 août inclus, 950 décès. La fièvre typhoïde, qui avait eu une recrudescence à la fin du mois de juin, est revenue à son taux de mortalité habituel : 30 décès. Cependant le chiffre des admissions dans les hôpitaux, du fait de cette maladie, pour la période du 23 au 29 juillet, a été plus élevé que pour le précédent septenaire : 98 au lieu de 64. On remarquera que dans le seul quartier de *Clignancourt* se sont produits 6 décès typhiques. A une diminution du nombre des décès par variole (8 au lieu de 12) correspond également une diminution dans le nombre des admissions dans les établissements de l'Assistance publique) : 23 au lieu de 29. La rougeole a fait 22 victimes, la coqueluche 13, et le croup 23. Les autres maladies qui ont fourni le plus fort contingent à la mortalité sont : la phthisie pulmonaire, 169 décès; la pneumonie, 43; l'athrepsie, 114.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des origines de la métallothérapie, part qui doit être faite au magnétisme animal dans sa découverte : le burquisme et le perquinisme, Nysten et la métallothérapie, par M. le docteur Burq. 1 vol in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (pseudo-rhumatismes infectieux), par M. le docteur Bourcy. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Du diagnostic de l'ectopie rénale, par M. le docteur F. Burel. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon, étude générale de la méthode de Brand, par M. le docteur Chapuis. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier, par M. le docteur Derignac. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, par M. le docteur Delpeuch. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Étude sur le traitement du diabète, précédée de considérations sur la pathogénie et le diagnostic de cette maladie, par M. le docteur Souligoux. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Essai sur l'embryotomie dans les présentations du tronc. Description d'un nouvel appareil pour pratiquer cette opération, par M. le docteur Depierris. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphthérie, par M. le docteur Gustin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

De l'eau oxygénée, sa préparation à l'état de pureté, ses applications à la chirurgie et à la médecine, par M. le docteur Baldy. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 16 août 1883.

La déclaration médicale obligatoire des cas de choléra.

Parmi les prescriptions recommandées, en temps d'épiémie de choléra à Paris, par le Conseil d'hygiène publique . de salubrité du département de la Seine, dans sa séance ı 27 juillet dernier, il en est une qui mérite, ce nous emble, d'attirer tout particulièrement l'attention du corps médical. Nous voulons parler de l'obligation d'informer autorité des cas de choléra survenus, et nous n'avons pas esoin de dire que cette mesure forme, pour toutes les affecons épidémiques, la base nécessaire de la prophylaxie.

Mais à qui incombe le devoir de faire les déclarations de genre, c'est-à-dire de prévenir l'administration sanitaire péciale, lorsqu'un cas de choléra vient d'être constaté? Le rojet d'ordonnance proposé par le Conseil d'hygiène et que . le Préfet de police se réserve de promulguer ultérieureent, s'il est nécessaire, s'exprime à ce sujet de la manière uivante : « Art. 1er. — Tout cas de choléra qui viendrait à se roduire dans le ressort de la Préfecture de police fera imméatement l'objet d'une déclaration au commissariat de police ı quartier ou de la circonscription, qui la transmettra le plus apidement possible à la Préfecture de police. Si la maladie est produite dans un logement loué en garni, la déclaration era faite par la personne qui tiendra ce garni. Si le malade e demeure pas dans un hôtel meublé, la déclaration sera ite par sa famille ou par les personnes qui lui donnent des oins. *Les médecins traitants sont invités à avertir le proriétaire du garni ou la famille de tout cas de choléra qu'ils auraient constaté.* — Art. 2. — Dès le reçu de la déclaration, un médecin délégué par l'Administration constatera la nature de la maladie et provoquera les mesures propres à en prévenir la propagation... ». Et comme sanction pénale, l'article 8 de cette même ordonnance décide que les contraventions aux mesures qu'elle édicte seront poursuivies devant les tribunaux compétents, par application de l'article 471 du Code pénal.

Ces paragraphes de l'ordonnance proposée par le Conseil d'hygiène de la Seine ont grandement surpris ceux qui s'occupent d'hygiène publique en France, et leur étonnement n'a pu que s'accroître en lisant, dans le rapport qui précède l'ordonnance, les passages suivants : « Quelques membres du Conseil ont pensé que l'on pouvait invoquer à ce propos (il s'agit des mesures sanitaires à prendre en cas de choléra) la loi du 3 mars 1822; mais la majorité a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de rappeler ici cette loi qui s'adresse spécialement aux quarantaines et aux cordons sanitaires, et qui édicte des peines qu'il serait impossible d'appliquer ». Et plus loin : « Le Conseil n'a pas cru devoir obliger le médecin à faire lui-même la déclaration des cas de choléra; mais il invite ce dernier à prévenir la famille, ou le maître du garni, dès qu'il aura constaté qu'il est en présence du choléra. »

Le système que l'Ordonnance condamne, il faut savoir gré à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, rapporteur du Conseil d'hygiène de la Seine dans cette circonstance, de l'avoir proposé et surtout de l'avoir lui-même défendu devant le Conseil contre une opposition qui, si nous sommes bien informés, n'a pas manqué de vivacité. On vient de voir qu'il a échoué. Celui de nos Conseils sanitaires qui jouit de la plus haute autorité, eu égard à l'importance et à la régularité de ses travaux ainsi qu'à la compétence de tous ses membres, s'est prononcé contre la déclaration médicale obligatoire des cas de choléra. Or, suivant nous, l'avis qu'il a ainsi exprimé est contraire à la législation; il n'est pas en rapport avec les nécessités et les progrès de la prophylaxie; il dénote une tendance, de la part du corps médical, à se soustraire aux responsabilités professionnelles, et il est, en fin de compte, en désaccord avec l'intérêt public. A ces divers titres, cet avis nous paraît profondément regrettable, et nous demandons la permission de dire en quoi et pourquoi.

Il peut paraître assez singulier qu'un Conseil d'hygiène, et surtout l'Administration spécialement chargée des affaires

sanitaires d'une ville comme Paris, n'appuient pas les prescriptions qu'ils croient devoir recommander et édicter dans la prévision d'une épidémie de choléra sur les termes mêmes d'une loi qui règle, en France, la police sanitaire appliquée aux *maladies pestilentielles*. Sans doute, cette loi « s'adresse spécialement aux quarantaines et aux cordons sanitaires »; car ce sont ces mesures qu'elle devait réglementer en premier lieu; mais il n'en est pas moins certain que « dans les cas d'urgence », l'Administration peut « appliquer provisoirement le régime sanitaire aux portions du territoire qui seraient inopinément menacées ». D'ailleurs, tous les jurisconsultes qui se sont occupés de la jurisprudence médicale sont d'accord, y compris le plus récent d'entre eux, Dubrac, pour admettre que l'article 13 de cette loi engage le corps médical en cas d'épidémie pestilentielle; car si la loi n'avait pas fait un délit spécial de l'infraction indiquée par cet article, elle n'en aurait réprimé les contraventions que par l'article 471 (n° 15) du Code pénal. La loi de 1822 n'a pas été abrogée; ce n'est pas un arrêté préfectoral qui pourrait prévaloir contre ses dispositions et, en fait comme en droit, l'article 13, que nous avons en vue en ce moment, a toute autorité. Cet article est ainsi conçu : « Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 50 francs à 500 francs, tout individu qui, n'étant dans aucun des cas prévus par les articles précédents (ces cas se rapportent aux agents sanitaires), aurait refusé d'obéir à des réquisitions d'urgence pour un service sanitaire, ou qui, *ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle*, aurait négligé d'en informer qui de droit. *Si le prévenu de l'un ou l'autre de ces délits est médecin, il sera, en outre, puni d'une interdiction de un à cinq ans* ».

Assurément, les peines édictées par cet article sont d'une rigueur très grande, qu'on ne s'est pas fait faute de lui reprocher, et qui contraste complètement avec la simple amende de 1 franc à 5 francs à laquelle exposent les contraventions à l'article 471 du Code pénal, seul visé par l'ordonnance proposée par le Conseil d'hygiène de la Seine. Mais l'importance de la peine indiquée par le législateur de 1822 est, il faut bien le reconnaître, en rapport avec la gravité des intérêts mis en cause et avec la responsabilité encourue par toute personne dont la négligence favoriserait la propagation d'une affection épidémique aussi sérieuse. Qu'on se rappelle que cette même loi édictait contre certaines violations des règlements sanitaires la peine de mort! Quoi qu'il en soit, que la sévérité de la loi rende ou non son application souvent difficile, il n'en est pas moins vrai que cette loi existe encore et qu'il convient d'en avertir le Corps médical, plutôt que de paraître désirer, par des mesures presque dépourvues de sanction, lui cacher toute l'étendue de ses devoirs.

La déclaration médicale obligatoire que nous inscrivions dès 1822 dans notre législation pour tous les cas de maladies pestilentielles est admise d'ailleurs aujourd'hui chez la grande majorité des nations étrangères, non seulement pour ces maladies, mais pour toutes les affections contagieuses. Comme il arrive si souvent, l'initiative est venue de nous; mais l'application de nos idées est depuis longtemps devenue chose faite à l'étranger lorsque nous les réalisons à notre tour. Sauf en Angleterre, où le médecin traitant n'est pas tenu dans la plupart des villes de déclarer les maladies de ce genre, ce soin incombant aux logeurs, propriétaires et chefs de famille, et sauf en Belgique où la loi n'y oblige pas les médecins, mais où cette pratique est entrée sans difficulté dans les mœurs médicales, il n'est pas un pays où la déclaratio médicale ne soit obligatoire en pareil cas, pour le médecin tra tant lui-même, depuis un certain nombre d'années. A mesur en effet que l'Administration sanitaire s'est de plus en plu développée dans les divers pays, cette obligation a revêtu l caractère légal, comme en Allemagne (1835-1880), Hongri (1876), Danemark (1875), Hollande (1872), Italie (1874 Portugal (1868), Serbie (1881), Suède (1874), Norvège (1860 États-Unis (1872-1880), etc. Nous ne voulons pas en ce mo ment, comme nous l'avons fait ailleurs récemment, examine les divers modes que revêt cette formalité, modes qui varien avec les pays et les habitudes du Corps médical; il nou suffit de constater ce point essentiel : que, en ce qui concern particulièrement les cas de choléra, il est d'un usage trè généralement adopté que le médecin traitant soit tenu d'in former lui-même l'autorité sanitaire capable de prendr toutes les mesures prophylactiques nécessaires.

Le Conseil d'hygiène de la Seine, malgré le texte précis d notre législation, a pensé qu'il était préférable de ne pa charger de ce soin le médecin traitant. C'est favoris encore davantage la répugnance qu'éprouvent les médecin français à prendre la peine, cependant bien légère, d'aid l'administration sanitaire dans ses investigations et son actio On voit, pour ne citer que cet exemple, que, sur 2000 c d'affections contagieuses qui se produisent en moyen chaque semaine à Paris, c'est à peine si 200 avis sont tran mis au service spécial, malgré toutes les facilités accordé à cet égard! Les médecins ne cessent de se plaindre, et à juste titre, de l'insuffisance et de l'incohérence de nos se vices de médecine publique en France; il ne faudrait p craindre d'avouer qu'ils se refusent trop souvent à fournir ces services les éléments d'information qui leur sont indi pensables, et qui leur sont de moins en moins refusés da les autres pays. C'est là, au surplus, affaire d'éducation scie tifique, et l'on sait que l'éducation en matière d'hygiè publique manque presque complètement aux étudiants médecine français.

Certains médecins, et même des médecins légistes, on il est vrai, prétendu que le secret médical, cette garantie nécessaire de l'influence de notre profession sur le corps soc tout entier, exigeait le silence du médecin, même en par cas. Nous aurions vraiment quelque honte à insister, et no aimons mieux espérer, avec M. le professeur Tourdes, méd cin légiste si digne de ce nom et si autorisé, que « nul m decin n'oserait, dans un cas de ce genre, invoquer l'oblig tion du secret professionnel; il y est formellement déro dans l'intérêt public... Le médecin a le droit de taire ce qu a découvert dans l'exercice de son art, si ce n'est l'existen des fléaux qui menacent toute une population ». L'obligati du secret professionnel, à ne la considérer même que par l côté moral et non juridique, découle ou de la nature de l maladie ou du caractère confidentiel des déclarations malade. Supposons que, par suite de telle circonstance dif cile à prévoir ou même à imaginer, un cas de conscien arrête le médecin, ce cas devra être bien grave, bien imp ratif pour qu'il y sacrifie un devoir dont dépend la sa publique; mais la règle doit-elle céder devant des exceptio si rares et même, à vrai dire, chimériques? D'ailleurs, reli cet article 13 de la loi de 1822; vous verrez qu'il renfer une vraie restriction légale au secret professionnel, une re triction dont probablement le législateur s'était peu pré cupé, tant le secret médical a dû lui paraître ici hors de caus

Que le médecin veuille donc bien se pénétrer de la r

nsabilité qu'il encourrait si, en présence des progrès uels, dont la prophylaxie est si aisément susceptible, il gligeait de remplir son devoir. Ce n'est pas à une famille orée et terrifiée ou à un tiers quelconque qu'il convient demander d'informer l'administration des cas de choléra venant auprès d'eux, alors qu'il suffit au médecin traitant crire quelques lignes ou quelques chiffres sur une pan-te préparée, et de l'envoyer immédiatement, pour que te mesure, dont personne ne méconnaît plus l'importance, t aussitôt assurée? Convient-il enfin que le corps médical raisse se dégager des responsabilités qui incombent à tous citoyens en cas de calamités publiques? Une telle insou-nce n'est pas meilleure pour l'une des parties du corps cial, quelque haut placée qu'elle soit dans l'estime publique, e pour les nations elles-mêmes. En cas d'épidémie de oléra, la loi française a voulu que les médecins prennent peine d'en informer eux-mêmes et aussitôt les services argés de la prophylaxie; cette sage mesure ne saurait être s danger ni oubliée ni négligée.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

De la syphilis équine (mal du coït, dourine, etc.), par M. Laquerrière, vétérinaire militaire.

(Suite. — Voy. le n° 31.)

B. **Syphilis constitutionnelle.** — L'infection de l'éco-mie provoque des accidents qui, d'après leur ordre d'appa-ion, sont divisés en précoces ou tardifs ou encore en cidents secondaires ou tertiaires. Chez les équidés, les cidents secondaires comprennent les œdèmes et les engor-ments des organes génitaux du mâle et l'œdème de la lve chez la femelle, une éruption polymorphe de la uqueuse génitale, l'adénite inguinale, des syphilides cuta-es, des troubles fonctionnels des muqueuses, des organes gestifs, des fonctions de nutrition et d'innervation, les ophies et les algies musculaires, les claudications, l'amai-issement général, l'adénopathie générale. Les accidents tiaires, dont l'évolution est souvent coexistante avec celle s accidents secondaires, nous paraissent devoir com-endre les paralysies locales, la paraplégie, la paralysie nérale, le ramollissement du cerveau et de la moelle épi-re, la cachexie et toute la série d'affections intercurrentes uvant être rapportées elles-mêmes à la *syphilis viscérale.*

1° *Accidents secondaires.* — La différence anatomique s sexes comporte naturellement quelques différences dans xpression symptomatique de la maladie du côté des ganes génitaux. Pour cette raison, nous décrirons donc ccessivement la première période de la syphilis constitu-nnelle chez le cheval et chez la jument.

a. Chez le cheval. — Apparition d'un léger engorgement id, œdémateux de la partie libre du fourreau; cet engor-nent, résultant de l'infiltration du tissu conjonctif, est lolent. Il reste stationnaire pendant un certain temps ou re des alternatives d'augmentation ou de diminution; il ut même disparaître temporairement. Plus tard et dans un nps variable, suivant les malades, la tuméfaction œdéma-use se porte plus ou moins en avant sous l'abdomen. En ière, l'œdème gagne assez généralement le scrotum et vahit même le périnée. Après des modifications alterna-es de volume, il diminue et disparaît à la période ultime la maladie. Dans le même temps, on voit quelquefois se velopper un engorgement non douloureux de la tête de la verge; la muqueuse de cet organe se congestionne, devient rouge violacé; ses follicules sébacés s'hypertrophient en donnant naissance à un pointillé jaunâtre particulier et caractéristique. A cette même époque, les ganglions in-guinaux s'engorgent, deviennent durs, rénitents et parfois un peu douloureux à la pression. Bientôt les épididymes eux-mêmes deviennent le siège d'un engorgement plus ou moins prononcé, pâteux et douloureux. L'engorgement des cordons testiculaires suit celui des épididymes. Plus tard, les testicules se tuméfient à leur tour et deviennent douloureux; ces organes peuvent aussi s'atrophier, mais à une période avan-cée. Parfois le pénis s'infiltre, reste pendant hors du fourreau; son engorgement est quelquefois tel, qu'il produit une sorte de paraphimosis plus ou moins volumineux. Parfois aussi il se constitue un écoulement uréthral assez abondant et qui doit être l'indice de la présence de chancres dans l'urèthre. Presque toujours, le prolongement du tube uréthral devient rouge et tuméfié.

Pendant cette période d'infiltration œdémateuse de la sphère génitale de l'étalon, la santé générale n'a pas encore été altérée. Toutefois on constate souvent de la surexcitation génitale; les érections sont plus fréquentes; il existe même du priapisme et l'onanisme ne serait même pas rare chez les étalons malades.

b. Chez la jument. — Dans les jours qui suivent le coït infectant, apparition d'un écoulement leucorrhéique qui, d'abord léger et jaunâtre, augmente ensuite progressivement en devenant verdâtre; le produit de cet écoulement salit les lèvres de la vulve, les poils du périnée et de la queue; la muqueuse vaginale se congestionne, se boursoufle, devient rouge et même rouge violacé; elle se recouvre de marbrures, de taches ecchymotiques et surtout d'un pointillé jaunâtre constitué par l'hypertrophie des follicules muqueux. Des arborisations vasculaires, des vergetures se remarquent sur plusieurs points. Un œdème unilatéral ou bilatéral envahit les lèvres de la vulve et se prolonge sur le périnée et même les mamelles. Le clitoris est turgescent, presque constam-ment en érection. Un prurit intense porte la malade à se frotter la vulve sur les corps environnants et même sur ses voisins d'écurie ou de pâturage. L'orgasme génital est très accusé et se manifeste par des *chaleurs* que l'accouplement même réitéré ne parvient pas à satisfaire. Parfois les ma-melles se tuméfient et de véritables mammites se déclarent.

Tels sont les symptômes de début de la syphilis constitu-tionnelle; ainsi localisé sur la sphère génitale d'abord, le virus va maintenant étendre et manifester son activité morbide sur l'appareil tégumentaire, muqueuses et peau, puis sur toute l'économie.

Dans les deux sexes, des éruptions polymorphes diverses, exanthèmes, phlyctènes, papules, vésicules, pustules, nais-sent et se développent sur la muqueuse génitale, puis se convertissent en petites ulcérations qui s'élargissent d'abord, se comblent et se cicatrisent assez promptement en se con-vertissant en une tache blanche déprimée ou non, mais tou-jours ridée ou étoilée. Plusieurs ulcérations peuvent aussi se réunir et constituer des plaques muqueuses brunâtres, rouge sombre ou cuivré, ou bien ces plaques apparaissent d'emblée et en plus ou moins grand nombre. Les points jaunâtres formés par l'hypertrophie des follicules, les érup-tions, les ulcérations, les plaques muqueuses, les taches cicatricielles donnent à la muqueuse, déjà congestionnée, un aspect particulier et pathognomonique. Ces différents acci-dents secondaires peuvent évoluer pendant presque toute la durée de la maladie. Sur l'étalon d'expérience dont nous avons parlé plus haut, M. Trasbot rencontra des papules hémisphériques, à peu près lenticulaires, qui se conver-tirent bientôt naturellement et surtout sous l'influence de la copulation, en ulcérations superficielles recouvertes légè-rement de pus sanieux et dont la surface, peu excavée, était de couleur sombre. Ces ulcérations s'étendirent périphéri-

quement et quatre d'entre elles, situées sur le côté du gland, se réunirent pour former une plaque unique. M. Fournier, qui examina le malade, affirma à M. Trasbot qu'il trouvait « une ressemblance absolue, complète entre les lésions » qu'il voyait et les ulcérations secondaires ou plaques » muqueuses de la syphilis ».

Une éruption particulière, à caractère univoque, sorte de syphilide érythémateuse, s'observe bientôt sur certains points du corps, particulièrement sur la croupe, le tronc, l'encolure et même sur le scrotum. Cette éruption consiste en tumeurs plates ou *plaques cutanées* généralement discrètes, parfois confluentes, circulaires, rénitentes, non douloureuses, de la largeur d'une pièce de vingt centimes à celle de la paume de la main; elles s'élèvent de 1 à 3 millimètres au-dessus du niveau de la peau; aplaties, un peu déprimées vers leur centre, elles ont leur bord très nettement dessiné par le hérissement des poils. Leur durée est très variable, de un à huit jours et même plus; elles sont remplacées au même point ou sur des points différents par de nouvelles plaques; constituées par une exsudation séro-sanguinolente dans l'épaisseur du derme, elles disparaissent promptement par résolution et sans laisser de traces. Généralement elles n'apparaissent que pendant une période de six semaines environ; nous les avons vues cependant évoluer jusqu'au dernier jour de la maladie. Ordinairement aucune sécrétion n'existe à leur surface; parfois une exsudation séreuse jaunâtre s'y concrète en y formant des croûtes, qui agglutinent les poils (Hertwig, Trasbot); on en a vu se couvrir d'ulcérations multiples. Des boutons, des tumeurs lenticulaires, et même du volume d'une noix, et qui paraissent offrir quelque analogie avec l'ecthyma syphilitique, ont été également signalés (Lafosse, Reynal).

L'éruption de la peau et de la muqueuse génitale n'a pas toujours un grand retentissement sur l'économie; parfois, cependant, les malades présentent un peu de fièvre et des troubles fonctionnels offrant de l'analogie avec ceux de la *fièvre syphilitique* de l'homme. Dès ce moment, l'appétit devient capricieux, puis diminue; on constate parfois des alternatives de diarrhée et de constipation. A la gaieté habituelle succède une certaine tristesse; de la faiblesse s'accuse dans les membres postérieurs; la démarche est moins assurée; au bout de deux à trois mois d'invasion, elle devient faible, vacillante, les chevaux fléchissent sur leurs boulets et se traînent en quelque sorte sur leur arrière-main; la difficulté de la locomotion est surtout frappante au trot; déjà les muscles de l'arrière-main sont atteints de parésie. A l'écurie, les malades voussent la colonne vertébrale en faisant converger les extrémités de leurs membres sous le corps; ils accusent la courbature, les douleurs musculaires ou articulaires qu'ils éprouvent par des trépignements continuels, des changements de pied alternatifs et répétés des membres abdominaux. Il survient souvent de la déviation latérale ou de l'affaissement de la colonne vertébrale. L'étalon perd progressivement ses facultés génésiques; la conscience de son impuissance le saisit et il est pris fréquemment d'un tremblement spasmodique à l'approche de la jument; il entre encore en érection, mais la consommation de l'acte génital ne peut toujours s'effectuer, soit par insuffisance d'érection, soit par impossibilité de s'élever sur ses membres postérieurs. Chez l'étalon, il survient de l'uréthrite et de la dysurie; la miction est fréquente, douloureuse; l'urine, expulsée en petite quantité, est épaisse, trouble et contient plus d'albumine (Reynal) et d'urée (Saint-Cyr) que dans les conditions normales. Les ganglions, les sous-maxillaires principalement, s'engorgent, deviennent durs, indolents et ne *s'abcèdent jamais;* en un mot, il existe une adénopathie générale du système ganglionnaire; les yeux deviennent rouges, pleureurs, chassieux; les muqueuses ont de la tendance à l'état catarrhal; aussi s'établit-il fréquemment, par les cavités nasales, un jetage jaune verdâtre, gluant et poisseux. La nutrition s'amoindrit; la diminution des échanges moléculaires se traduit par un commencement de dépérissement qui, peu marqué pendant les deux ou trois premiers mois de la maladie, s'accuse ensuite de plus en plus en conduisant l'animal aux degrés les plus hideux de consomption. C'est surtout à la croupe et à la région dorso-lombaire que l'amaigrissement fait le plus de progrès. Le nombre des respirations et celui des battements du cœur sont au-dessous du chiffre normal, mais leur augmentation est rapide au moindre exercice; la température elle-même s'abaisse de 1 à 2 degrés et témoigne ainsi d'une combustion interstitielle moins active; les contractions du cœur restent énergiques alors que l'artère reste molle et que le pouls se fait remarquer de plus en plus par sa faiblesse. Les saillies osseuses se prononcent en proportion de l'émaciation musculaire. La peau devient adhérente; les poils et les crins sont secs, ternes, cassants. D'après M. Trasbot, cet aspect les a fait comparer par un syphilographe des plus autorisés « aux cheveux de l'homme atteint de syphilis grave et qu'on » caractérise par l'expression de *cheveux morts* ». Il survient de l'hyperesthésie cutanée; celle-ci est surtout excessive à la région lombaire; un prurit très intense peut se montrer à la peau; les muqueuses apparentes pâlissent, deviennent violacées et offrent parfois des points rouges, comme ecchymotiques; M. Raynal a observé une ulcération, *sorte de plaque muqueuse*, sur la muqueuse buccale. Le sang s'appauvrit graduellement; les globules rouges diminuent graduellement, et inversement la proportion des leucocytes augmente. L'excrétion de l'urée atteste, par son abondance, l'activité du travail désassimilateur. Des altérations fort graves, déterminées par des ophthalmies intenses, se produisent du côté des yeux et peuvent amener la perte de la vue; une étude ophthalmologique suivie permettrait de reconnaître des affections analogues à celles de l'homme syphilitique. Des claudications, déterminées probablement par des douleurs rhumatoïdes musculaires, circumarticulaires ou articulaires, se développent subitement et disparaissent de même ou se reportent dans un autre membre; il existe aussi des douleurs *crampoïdes*. De l'hydrocèle se déclare soudainement dans une gaine vaginale, y persiste ou bien disparaît pour se reporter, par une sorte de métastase du liquide, dans la gaine opposée. Des engorgements froids se montrent principalement aux membres postérieurs et diminuent ou disparaissent par l'exercice pour revenir après le repos.

Les juments qui ont conçu avortent pour la plupart vers le deuxième ou le troisième mois; celles qui parviennent au terme de leur gestation ne produisent que des êtres condamnés à une mort prochaine.

Tous les symptômes généraux poursuivent leur marche progressive, l'amaigrissement se prononce de plus en plus et fait ainsi ressortir davantage encore les saillies osseuses; le flanc se rétracte à l'excès; des tremblements convulsifs et irréguliers agitent certains muscles et surtout ceux de l'arrière-main. L'érection n'est plus possible et le hennissement de l'étalon est devenu faible, rauque, voilé, il y a *raucedo syphilitique*.

2° *Accidents tertiaires*. — Bien que plus tardifs dans leur évolution, ces accidents n'en offrent pas moins, chez le cheval, une certaine contemporanéité avec les accidents secondaires. Ils s'attaquent aux articulations, au système nerveux, aux viscères, aux os. Ils se produisent du troisième au sixième mois d'invasion, quelquefois beaucoup plus tard.

Des arthrites, d'intensité et de durée variables, frappent principalement les articulations coxo-fémorales et celles du jarret. A cette sorte d'ataxie locomotrice, de parésie de l'arrière-main, peut succéder une paraplégie momentanée ou définitive. Des paralysies locales se déclarent aux lèvres, à la langue, au bout du nez, aux paupières, aux oreilles. Ces par-

lysies frappent parfois une région, un membre ; elles débutent soudainement et disparaissent parfois instantanément pour reparaître ailleurs dans le même temps ou plus tard. Assez généralement, la motilité est seule perdue dans ces sortes de paralysies, la sensibilité persiste ou est même augmentée. Ce sont là des troubles morbides essentiellement propres à la syphilis équine et qui contribuent à lui donner le cachet spécifique qui lui est propre. Enfin et en dernier lieu, une paralysie générale peut survenir et précipiter ainsi le dénouement fatal.

A la dernière période de la maladie, il se forme dans les tissus, mais principalement dans le tissu conjonctif, l'infiltration spéciale désignée sous le nom de *gommes syphilitiques*. Les lésions osseuses n'ont pas été suffisamment étudiées ; Louchard, Larrouy et autres ont seulement observé que les os étaient devenus plus cassants et se fracturaient facilement.

III. Marche, durée, terminaison. — La marche de la syphilis équine est lente ; ses manifestations sont variées et offrent des différences individuelles remarquables ; souvent elle paraît sommeiller et même tendre à une guérison prochaine ; tout à coup elle se réveille sous l'influence d'une *poussée* et suit, de nouveau, sa marche ascensionnelle.

La durée est très variable ; elle varie de quatre à douze et quinze mois ; elle peut aller au maximum jusqu'à trois ans.

Chez quelques sujets, la nature finit par triompher du mal et alors les malades récupèrent lentement leur vigueur et leur embonpoint. Des rechutes mortelles sont encore à craindre néanmoins ; c'est ainsi que sur deux étalons, considérés comme guéris et qui avaient repris leur service, nous avons vu survenir un ramollissement cérébral. Les juments résistent mieux que les chevaux entiers. Dans tous les cas, à la période ultime, les animaux n'ont plus aucun appétit ; l'extrême maigreur qu'ils ont subie leur donne un aspect hideux et repoussant ; ils expriment l'indifférence, l'hébétement complet ; sous l'influence de la cachexie syphilitique, ils sont d'une faiblesse extrême et succombent dans le dernier degré du marasme ou meurent d'une affection intercurrente quelconque : néphrite interstitielle, pneumonie lobaire, fourbure, entérite, septicémie, congestion ou ramollissement de la moelle entraînant la paraplégie ou même la paralysie générale. Dans ce dernier cas, ils demeurent couchés dans la position du chien assis ou dans celle du sphinx et ils finissent par s'éteindre sans grandes secousses ni beaucoup de souffrances apparentes. La paraplégie est la terminaison la plus ordinaire du mal.

Quant aux terminaisons par la morve, elles s'expliquent par la facilité qu'ont eue les syphilitiques, pendant une longue maladie, de rencontrer du contage morveux dans leur voisinage. En Afrique, où la morve est rare, les chevaux syphilitiques ne contractent pas cette affection.

IV. Diagnostic. — Au début de l'affection, le diagnostic est difficile ; des excoriations légères, des déchirures, des plaies produites par le trousse-queue chez l'étalon et par le rapprochement sexuel chez les deux sexes, n'offrent pas de caractères spécifiques ; néanmoins on devra les tenir comme suspectes. Des pustules nombreuses, confluentes, siégeant sur la verge ou sur la vulve et même au pourtour de ce dernier organe, chez des animaux jouissant, par ailleurs, de tous les signes de la santé, doivent être rattachées au horse-pox, affection bénigne se guérissant spontanément ou à l'aide de simples soins de propreté ; toute incertitude disparaîtrait, du reste, en pratiquant, ainsi que l'a fait si intelligemment M. Peuch, l'inoculation vaccinale à la vache. L'apparition *solitaire* ou tout au moins discrète de l'une des éruptions que nous avons décrites, doit éveiller sérieusement l'attention, surtout si la syphilis existe dans le pays. Lorsque l'évolution de ces lésions se complique d'un engorgement du fourreau et si surtout cet engorgement persiste et se porte en avant, le diagnostic est à peu près certain.

Chez la jument, une éruption sur la muqueuse vulvo-vaginale et l'œdème de la vulve doivent établir également une forte présomption en faveur de la syphilis. Maintenant, quelque légers et peu persistants qu'aient été les premiers symptômes observés, si les plaques cutanées apparaissent sur la croupe, on possède l'indice *certain, absolu* qu'il y a infection générale.

Fischer a cependant admis la confusion possible des plaques cutanées avec les boutons de farcin. Cette confusion est inadmissible ; les boutons farcineux constituent une saillie arrondie et plus ou moins proéminente ; par leur forme caractéristique et leur siège exclusif à la peau, les plaques cutanées se différencient toujours suffisamment de toute autre lésion symptomatique quelconque.

A une période avancée, le diagnostic présente également quelque difficulté. Il convient alors de s'inspirer des renseignements fournis par les propriétaires ; d'un autre côté, l'affaiblissement particulier de l'arrière-main, les claudications intermittentes, les paralysies locales, les engorgements œdémateux, l'amaigrissement du train postérieur, surtout l'adénopathie générale, seront autant de bases sérieuses s'opposant à la méconnaissance de la maladie.

V. Pronostic. — Toujours très grave ; outre que la syphilis fait souvent périr le sujet, les frais de traitement n'arrivent que difficilement à couvrir la valeur des malades.

VI. Anatomie pathologique. — Les lésions de la syphilis équine sont parfaitement connues. Elles ont été surtout bien étudiées par MM. Trasbot et Galtier, en 1878. Elles dénotent une altération *totius substantiæ* de l'économie et peuvent être divisées en trois classes : 1° celles qui se rapportent à la débilitation excessive ou en d'autres termes à la cachexie syphilitique ; 2° celles résultant de maladies intercurrentes, sortes d'épiphénomènes morbides d'ordre généralement irritatif, venant compliquer la syphilis ; 3° celles qui appartiennent en propre à la maladie et en constituent l'expression morbide.

Les lésions de la cachexie se traduisent par la décoloration et l'émaciation du système musculaire, la teinte blafarde des muqueuses, l'appauvrissement du sang, sa non-coagulation et *surtout par une infiltration interstitielle et périphérique de tous les tissus organiques*. Cette infiltration est constituée par une exsudation de sérosité jaunâtre, gélatiniforme et plus ou moins concrète. Cette exsudation s'étend partout : autour des articulations, dans les espaces intermusculaires et entre les faisceaux constituants des muscles ; à la périphérie des nerfs et entre les tubes nerveux ; à la surface et à l'intérieur de toutes les séreuses ; dans le tissu propre des muqueuses, dans les organes parenchymateux et enfin, *avant tout et principalement, dans le tissu conjonctif de toutes les parties du corps*. En un mot, l'exsudation est la lésion macroscopique dominante.

Les affections intercurrentes produisent les altérations qui sont propres à chacune d'elles. C'est ainsi qu'on rencontre les lésions de la morve, du farcin, de la pneumonie, de l'entérite, de la fourbure, de la néphrite interstitielle, de la congestion et du ramollissement en différents points des centres cérébro-spinaux.

Les malades succombant, assez généralement, aux atteintes de la paraplégie, on trouve alors la congestion de la moelle lombaire et de ses enveloppes, le ramollissement de la substance grise, principalement, une exsudation séreuse abondante de l'arachnoïde, un épaississement des plexus lombo-sacrés et des nerfs qui en émergent, produit par leur infiltration interstitielle et périphérique. Lorsqu'il y a eu paralysie générale, on constate du ramollissement médullaire et de l'infiltration gélatiniforme aux renflements

cervico-dorsal et dorso-lombaire (Trasbot). Dans la néphrite, nous avons vu, et Trasbot a vu également, les organes de la dépuration urinaire augmentés du double de leur poids. Quant à la morve et au farcin, ils se présentent avec leurs lésions spécifiques particulières.

Les altérations qui paraissent réellement spéciales à la syphilis équine, sont celles qui se remarquent dans les systèmes ganglionnaire, nerveux, musculaire, sur l'appareil tégumentaire, les organes génitaux, les os, les articulations.

Tous les ganglions lymphatiques, mais particulièrement les ganglions inguinaux, poplités, sous-lombaires, mésentériques, sous-glossiens, sont hypertrophiés, durs, infiltrés par de la sérosité jaunâtre et même aussi par du sang modifié, les colorant en rouge vif ou foncé ou les marbrant de teintes différentes. Le tissu conjonctif périganglionnaire est lui-même le siège d'une infiltration jaunâtre, gélatiniforme. M. Trasbot a étudié ces altérations ganglionnaires comparativement à celles dues à la morve ou à un simple lymphôme, et il en conclut que ces lésions morbides n'ont aucune analogie entre elles. Il ajoute que s'il lui était permis de comparer les lésions ganglionnaires et celles des plaques cutanées d'un cheval atteint de dourine, à quelque chose de connu, *il les assimilerait à celles de la syphilis de l'homme*. D'après lui, dans la dourine, on constate, de la manière la plus nette, une hypertrophie simple de tous les follicules lymphatiques et des réseaux capillaires interfolliculaires. Dans la morve, il y a formation d'un petit foyer purulent dans chaque ganglion coexistant avec l'induration croissante du tissu conjonctif interganglionnaire et qui subit la transformation caséeuse. Dans le lymphôme, on ne rencontre que des phénomènes d'ordre irritatif.

Les altérations des nerfs existent surtout dans les membres postérieurs; leur volume s'est accru par l'infiltration jaunâtre du névrilème et des tubes nerveux. D'après M. Galtier, on rencontrerait une dégénérescence manifeste d'un certain nombre de fibres nerveuses. L'altération de la moelle se voit surtout au niveau du renflement dorso-lombaire; on y rencontre de l'hyperhémie et des foyers de ramollissement, principalement dans la substance grise. Lors du ramollissement du cerveau, on remarque un état hyperhémique et un aspect sablé plus ou moins accusés. Les muscles sont pâles et atrophiés; ils ont subi la régression graisseuse; ceux de la croupe, principalement, présentent une teinte lavée et ressemblent, suivant l'expression de M. Reynal, à de la viande bouillie; ils en ont la couleur et le peu de fermeté. A l'examen histologique, M. Galtier a trouvé un certain nombre de fibres musculaires, atrophiées, d'une striation moins évidente et d'autres fibres ayant éprouvé la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde.

Les lésions de l'appareil tégumentaire sont celles que nous avons décrites en parlant des symptômes. A l'endroit des plaques cutanées, le derme est plus épais, plus rouge que dans les parties environnantes. Généralement, ces plaques ont été constituées par un simple état congestif ayant donné naissance, dans la trame du derme, à une exsudation séro-sanguinolente. Les organes génitaux offrent parfois les différentes lésions que nous avons signalées sur la muqueuse; d'autres fois, on ne rencontre absolument que des taches cicatricielles. L'infiltration spéciale du fourreau, désignée sous le nom de *fourreau lardacé*, peut encore exister. Les testicules sont hypertrophiés ou atrophiés; leur tissu est mou et d'un gris foncé noirâtre, comme chez l'homme atteint de sarcocèle syphilitique, et, ainsi que nous l'avons constaté, la liqueur spermatique ne consiste plus guère qu'en une certaine quantité de mucus renfermant des spermatozoïdes altérés et atrophiés. Les épididymes et les cordons testiculaires sont infiltrés, hypertrophiés. Les gaines vaginales, épaissies, renferment de la sérosité jaunâtre gélatiniforme et elles portent, sur leur surface libre, des prolongements fibreux blanchâtres, épais, résistants; il existe des arborisations vasculaires nombreuses sur le septum postérieur. Chez la jument, on peut rencontrer de la mammite, de l'épaississement de la muqueuse génitale, les ulcérations et les plaques muqueuses dont nous avons parlé.

Les os sont friables, cassants, les fémurs notamment; les trochanters se brisent et se détachent facilement sous l'influence d'un choc. La moelle des os est ramollie, diffluente et infiltrée par du sang noirâtre extravasé dans sa trame. Les articulations, celles des membres postérieurs surtout, ont leur séreuse enflammée, injectée et contenant de la synovie abondante, trouble ou rougeâtre. Les ligaments des articulations coxo-fémorales sont volumineux, rouges, comme ramollis. Les cartilages diarthrodiaux sont ramollis, érodés et présentent même de larges pertes de substance. Le cœur et les gros vaisseaux renferment du sang noirâtre et non coagulé; toutes les séreuses sont injectées et renferment de la sérosité abondante, un peu trouble ou rougeâtre. Le foie est hypertrophié, jaunâtre, parfois comme *bouilli;* la rate et les reins sont hypertrophiés; la vessie est injectée; l'estomac et les intestins sont revenus sur eux-mêmes comme dans l'abstinence; une certaine hyperhémie, des marbrures peuvent se montrer sur les muqueuses, celles du larynx et des cavités nasales principalement; le tissu conjonctif, partout infiltré par de la sérosité, peut encore l'être par du sang extravasé se colorant diversement suivant le degré d'ancienneté de l'extravasat.

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

Note sur un cas de mort subite dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. C. Giraudeau, interne des hôpitaux.

La question de la mort subite dans la fièvre typhoïde, si bien connue au point de vue clinique, grâce aux travaux dont elle a été l'objet dans ces dernières années, a soulevé de nombreuses discussions pathogéniques qui sont encore pendantes aujourd'hui. Les observations dans lesquelles cette terminaison a été notée peuvent en effet, se diviser en deux catégories, suivant qu'il existait ou non des altérations anatomiques du muscle cardiaque; tel est le point essentiel des divergences d'opinions.

Partant de ce fait que, dans tous les cas qu'il a examinés, le cœur était atteint de myocardite avec endartérite, M. Hayem a émis l'opinion que cette lésion, en amenant l'affaiblissement des contractions cardiaques, joue un rôle considérable dans la production de la syncope *mortelle;* mais il croit qu'à elle seule cette myocardite est incapable d'expliquer l'arrêt brusque du cœur, et qu'il faut faire intervenir ici une cause adjuvante. Cet autre facteur est l'*anémie*, dans laquelle se trouvent plongés les malades à l'époque de la convalescence. En d'autres termes, l'anémie serait, d'après lui, la cause essentielle de la syncope, mais celle-ci ne deviendrait mortelle que parce que le cœur est lésé (*Archives de physiologie*, 1869. — Leçons faites à la Charité, in *Progrès médical*, 1875). M. Huchard (*Union médicale*, 1877) va plus loin, et tout en reconnaissant l'importance de la myocardite typhique analogue à celle qu'il a si bien étudiée dans la variole, il se demande si l'on ne doit pas attribuer l'arrêt du cœur à la coexistence d'une anémie bulbaire, peut-être même de lésions anatomiques du bulbe (*Gaz. hebd.*, 7 juillet 1882).

Pour M. Dieulafoy (thèse 1869, in *Gaz. hebd.*, 1877), au contraire, l'existence de la myocardite serait un phénomène accessoire n'ayant aucune influence sur l'apparition de la syncope, et la preuve c'est que, dans un certain nombre de cas de mort subite dans le cours de la fièvre typhoïde, le cœur a été trouvé absolument sain. Se basant sur des expériences de Flourens, de Cl. Bernard, de Brown-Séquard, qui

sont parvenus à occasionner, chez certains animaux, la mort par syncope en irritant le sympathique abdominal, en écrasant, par exemple, le ganglion semi-lunaire droit, M. Dieulafoy pense qu'il s'agit ici d'une *action réflexe* qui, partie de l'intestin ulcéré, gagne la moelle en suivant le trajet du grand sympathique, atteint le bulbe et se réfléchit sur le cœur par l'intermédiaire des pneumogastriques.

M. Laveran (*Arch. méd.*, 1871) enfin rejette à la fois la théorie de la myocardite et celle de l'action réflexe, et explique la mort par une anémie généralisée et subite n'épargnant pas le bulbe.

Aucune de ces théories n'ayant été définitivement acceptée, et deux intéressantes observations (*Gaz. hebd.*, 24 juin et 7 juillet 1882) publiées récemment par MM. Blachez, Huchard et Straus ayant remis ce sujet à l'étude, nous avons cru devoir rapporter un fait de ce genre que nous avons observé, il y a peu de temps, dans le service de notre maître, M. le professeur Hayem. L'examen histologique, dans ce cas, a révélé des lésions très manifestes de myocardite, avec endartérite, dont nous donnerons plus loin la description; en outre, les conditions de développement de la myocardite chez notre malade nous ont paru dignes d'être signalées.

Obs. — *Fièvre typhoïde. Mort subite au seizième jour. Myocardite et endartérite Influence de la grossesse.* — Marie Lambert, âgée de trente ans, domestique, entre le 15 mars 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle n° 23, dans le service de M. Hayem.

Cette femme, enceinte de sept mois et demi, présente aux deux membres inférieurs des varices très volumineuses et sur le trajet de la saphène interne droite, au niveau du condyle du fémur, un kyste variqueux, irréductible, violacé, très douloureux; au pourtour, il existe une zone rouge, empâtée qui fait redouter une suppuration prochaine et rend la marche très pénible. Repos au lit, cataplasmes. La grossesse a du reste suivi une marche régulière, on ne trouve pas trace d'albumine dans l'urine, l'état général est satisfaisant.

Ajoutons que cette femme a toujours joui d'une bonne santé, elle a été enceinte pour la première fois, il y a deux ans; sa grossesse et ses couches n'ont rien présenté de remarquable.

Au bout de huit jours de repos, la rougeur et l'empâtement qui siégeaient autour du kyste avaient disparu, celui-ci même avait notablement diminué de volume; la malade se lève et, à part une pesanteur très pénible dans la région lombaire due à son état avancé de grossesse, sa santé est excellente.

Le 29 avril, elle accouche après un travail ayant duré huit heures; la délivrance est effectuée sans encombre, l'enfant est bien conformé.

Le lendemain, frisson violent, suivi de chaleur et de sueurs abondantes; température, 39°,8.

1er mai. Le frisson ne s'est pas reproduit, sueurs toujours abondantes, éruption généralisée de petites papules rosées disparaissant sous la pression du doigt et plus abondantes sur l'abdomen que sur les membres. Céphalalgie, inappétence, langue blanche, constipation. Le ventre n'est pas douloureux, les lochies sont peu abondantes, pas fétides, l'utérus revient sur lui-même. Température, 37 et 38°,5. Eau de Sedlitz, un verre.

2. Sueurs toujours abondantes, éruption plus confluente. Même température que la veille.

3 et 4. La fièvre a presque disparu, la température rectale ne dépasse pas 38°,2; les papules sont toujours aussi abondantes, mais elles commencent à pâlir.

5 et 6. Plus de fièvre, bon appétit.

9. On envoie son enfant en nourrice; le soir, fièvre intense, 40 degrés, pas de frisson, mais céphalalgie très intense.

10. La température est redevenue normale, la malade se lève.

15. Le sein droit devient douloureux, plaques rouges à la partie interne; cataplasmes.

18. Douleur et gonflement du sein persistent; emplâtre de Vigo. Pas de fièvre.

22. Les douleurs sont beaucoup moins vives, la rougeur est circonscrite, on constate un point fluctuant à la partie centrale de la plaque; une incision donne issue à une petite quantité de pus. Drain, pansement de Lister. Pas de fièvre.

24. Inappétence, courbature générale, rougeur et gonflement des amygdales, dysphagie intense. Température 37°,8 et 38°,4. Vomitif, gargarisme émollient.

25 et 26. Même état. Température : 38 degrés le matin; 38°,4 le soir.

27. Fièvre intense, 39°,4 le soir, langue blanche, ventre ballonné, constipation, sueurs abondantes, éruption papuleuse semblable à celle qui a existé aussitôt après l'accouchement et siégeant principalement sur l'abdomen. Sulfate de quinine, 1gr,50 en trois paquets à un quart d'heure d'intervalle.

28. Les sueurs persistent, l'éruption papuleuse gagne le thorax, fièvre vive, 39°,2 le matin, 40°,2 le soir. Rougeur et gonflement des amygdales moins prononcés. Rien dans la poitrine, ni au cœur.

29. Diarrhée, trois selles jaunâtres, un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. L'angine a disparu. Abattement, céphalalgie. Température, 39 degrés et 39°,4. Eau de Sedlitz, deux verres. Bouillons et potages.

30. Deux selles diarrhéiques, ballonnement considérable du ventre, les papules ont gagné les membres, sueurs toujours intenses.

1er et 2 juin. Langue sèche, rouge, tremblottante, adynamie prononcée, épistaxis peu abondante. La température oscille entre 39 degrés et 39°,8.

4. Même état. Diarrhée assez abondante. Les bruits du cœur, qui jusqu'à ce jour avaient conservé leurs caractères normaux, deviennent sourds, surtout le premier à la pointe; l'impulsion cardiaque est également moins forte. Sulfate de quinine, 2 grammes en quatre paquets à un quart d'heure d'intervalle.

5. Assourdissement du premier bruit à la pointe. Pouls régulier, 90. Râles sibilants dans la poitrine. Température, 37°,4 le matin, 39 degrés le soir.

6. Adynamie très prononcée, cependant elle peut s'asseoir seule dans son lit; le kyste variqueux est indolent, pas de trace de phlébite, l'abcès du sein est guéri. Pas d'albumine dans l'urine. Température, 39°,8 et 39°,6.

7. Le premier bruit à la pointe est très affaibli, pas de bruit de souffle; taches papuleuses toujours très abondantes, ventre moins ballonné, diarrhée persiste. Température, 38°,8 et 39°,2.

8. Le matin, même état. A deux heures de l'après-midi, à l'occasion d'un effort pour se soulever, on la voit pâlir et se renverser en arrière sans connaissance; lorsqu'on arriva auprès d'elle, elle était morte.

Autopsie. — Dans la dernière portion de l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cæcale, on trouve deux plaques de Peyer ulcérées sur toute leur surface; celles qui sont situées au-dessus sont tuméfiées et présentent un piqueté brunâtre très prononcé; à partir d'un mètre au delà de la valvule de Bauhin, l'intestin est sain. Les follicules clos isolés sont ulcérés dans une longueur de 5 à 6 centimètres près de l'embouchure de l'intestin grêle dans le gros intestin; au-dessus ils présentent des altérations analogues à celles des plaques de Peyer. Le gros intestin et l'estomac sont sains. En somme, lésions caractéristiques de fièvre typhoïde, mais peu étendues.

La rate, volumineuse, pèse 730 grammes; elle est d'un brun foncé et diffluente.

Le foie, flasque, d'une teinte violacée, est congestionné; il pèse 1980 grammes.

Les reins sont normaux.

Toutes les parties constituantes de l'encéphale ne présentent à l'œil nu aucune altération, il en est de même des méninges.

Les poumons aux deux bases sont le siège d'une congestion interne, plus prononcée du côté gauche; il n'existe d'oblitérations ni au niveau du tronc de l'artère pulmonaire, ni au niveau des grosses branches de ce vaisseau.

L'utérus est bien revenu sur lui-même, il mesure 7 centimètres de longueur environ, la muqueuse du col est un peu granuleuse, les veines de ses parois sont saines.

La saphène interne droite est dilatée, variqueuse, mais il n'existe aucun caillot dans son intérieur; le kyste que nous avons décrit sur son trajet renferme de nombreux caillots anciens, adhérents à la paroi et creusés d'un orifice pour le passage du sang.

Le *cœur* présente une couche graisseuse sous-péricardique épaisse; il s'étale sur la table d'amphithéâtre, son tissu est mou : à la coupe on constate que la surface de section est lisse, d'une teinte feuille morte; elle garde l'empreinte du doigt et donne, lorsqu'on la comprime, la sensation d'une substance pâteuse; la striation est beaucoup moins accusée que d'habitude. Les valvules

sont saines, l'endocarde est fortement colorée en rouge brun, teinte due à l'imbibition cadavérique, mais sans altération anatomique. Les ventricules sont vides de sang, à peine dans le ventricule droit trouve-t-on quelques caillots *post mortem*. Cet examen microscopique permet de s'assurer que le myocarde n'a pas ses caractères normaux et que les altérations qu'il présente sont exactement celles qui ont été données comme caractéristiques de la myocardite parenchymateuse aiguë.

Examen histologique. — L'examen des fibres musculaires du cœur pratiqué par dissociation après vingt-quatre heures de séjour dans la liqueur de Müller étendue; coloration au picrocarmin et montage dans la glycérine, montre que le protoplasma qui entoure les noyaux musculaires est considérablemnt tuméfié; il se présente sous la forme d'une masse fusiforme dont le grand axe suit la direction de la fibre musculaire. Sur certaines il est tellement développé, qu'il les a fait pour ainsi dire éclater, de façon à les diviser en deux moitiés, l'une droite, l'autre gauche. Les noyaux sont également plus volumineux qu'à l'état normal; dans un grand nombre de fibres ils ont proliféré de telle sorte qu'on en rencontre deux ou trois par fibre. La striation des faisceaux musculaires est moins nette qu'à l'état normal, et à travers cette striation diffuse on aperçoit une infiltration de granulations pigmentaires; certains faisceaux enfin ont subi par places une transformation vitreuse qui leur donne un aspect moiré très manifeste.

Sur des coupes fines colorées au picro-carmin, après un séjour successif dans la liqueur de Muller, la gomme et l'alcool, on constate sur des sections transversales que les faisceaux musculaires ont un volume normal; entre eux il existe une abondante prolifération des noyaux conjonctifs; les *artérioles* intra-fasciculaires sont le siège d'une endartérite très prononcée qui rétrécit considérablement le calibre du vaisseau, certaines même sont complètement oblitérées par des cellules embryonnaires. La tunique externe elle-même participe à l'inflammation, elle est doublée de volume. A mesure que l'on examine des branches artérielles plus volumineuses, ces lésions deviennent de moins en moins nettes; toutefois sur certaines branches volumineuses qui rampent dans la couche graisseuse sous-péricardique on trouve des traces d'une endartérite, qui tantôt envahit également toute la circonférence du vaisseau, tantôt, au contraire, est plus prononcée en certains points.

Si nous avons insisté aussi longuement sur la technique que nous avons suivie et décrit en détail les lésions que nous avons rencontrées, c'est qu'un examen minutieux est ici indispensable pour se rendre un compte exact de l'étendue et de l'intensité de la myocardite. Celle-ci, en effet, ne s'est pas répartie également dans tous les points du muscle cardiaque; à côté de faisceaux musculaires sains ou à peine malades on en trouve d'autres présentant à un degré avancé les lésions de la myocardite parenchymateuse aiguë. Ajoutons que le maximum des lésions correspond en général au niveau du ventricule gauche, c'est donc sur cette région de l'organe que l'examen doit se porter de préférence.

Le second point sur lequel nous désirons appeler l'attention sont les conditions particulièrement défavorables dans lesquelles se trouvait notre malade au moment où elle a contracté la fièvre typhoïde. Elle avait été admise à l'hôpital au septième mois d'une grossesse à peu près régulière, et à partir de cette époque jusqu'à celle de son accouchement, elle était restée dans le service, se trouvant ainsi en contact journalier avec d'autres malades atteintes de fièvre typhoïde. Qu'elle ait gagné ainsi par contagion le germe de sa maladie ou que celle-ci se soit développée indépendamment de cette influence, peu importe; mais ce qui semble assez vraisemblable, c'est que sa grossesse a joué un certain rôle dans l'apparition des manifestations cardiaques de sa dothiénentérie.

Le retentissement de la grossesse sur le cœur, en effet, n'est plus à démontrer et qu'il s'agisse d'une hypertrophie du ventricule gauche, comme le voulaient Larcher et Blot, ou d'une dilatation avec hypertrophie, comme le veulent aujourd'hui MM. Du Castel, Rendu et Letulle (Thèse d'agrégation de Parak, p. 40 et suiv.), le fait à retenir c'est que la grossesse est une cause de fatigue, de surmenage pour le cœur. Les accidents gravido-cardiaques, si bien étudiés par M. le professeur Peter, n'en sont-ils pas également une preuve connue de tous?

Il est donc assez admissible, d'après ces faits, que le cœur, chez notre malade, était lésé par le fait même de sa grossesse, qu'il avait perdu tout au moins de sa résistance organique et que c'est à cette condition défavorable qu'il faut attribuer la complication cardiaque de sa fièvre typhoïde.

Cette explication a d'autant plus sa raison d'être que nous observons actuellement à l'hôpital Saint-Antoine une femme qui fut prise de dothiénentérie dans des circonstances à peu près analogues à celles de la malade dont nous venons de rapporter l'histoire. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, elle était à la fin de la première semaine de sa maladie, et déjà les bruits du cœur à la pointe étaient sourds, mal frappés. Nous avons pu suivre jour par jour les changements survenus dans l'état des contractions cardiaques, nous avons vu ainsi l'impulsion du cœur diminuer progressivement de force, et aujourd'hui, c'est-à-dire dans le cours du troisième septénaire, le choc de la pointe est à peine perçu par la palpation, le premier bruit a presque disparu, son existence est même plutôt soupçonnée que réellement démontrée; ces signes, on le voit, sont bien ceux qui ont été donnés par M. Hayem comme caractéristiques de la myocardite typhique à forme paralysante.

CORRESPONDANCE

Traitement de la sueur des pieds par le sous-nitrate de bismuth.

Au sujet de la réclamation de M. le docteur Bouchut insérée dans notre numéro 31 (p. 518), M. le docteur Vieusse nous fait remarquer que le *Dictionnaire de thérapeutique*, auquel M. Bouchut se référait pour établir son droit de priorité, ne contient que la mention suivante :

« *Contre la sueur des pieds*, faire usage de la poudre absorbante :

» Sous-nitrate de bismuth..... 150 grammes.
» Oxyde de zinc............ 150 —

» Mêlez, pour saupoudrer trois fois par jour l'aisselle et les orteils (Bouchut) au moyen d'une houppe de duvet de cygne. (1) »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR LES PLAQUETTES DU SANG, DE M. BIZZOZERO, ET SUR LE TROISIÈME CORPUSCULE DU SANG, OU CORPUSCULE INVISIBLE, DE M. NORRIS. Note de M. *G. Hayem*. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 32, p. 528.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES RELATIFS A L'ABSORPTION DE LA GRAISSE. Note de M. *A. Lebedeff*. — Voici les principaux résultats des recherches de l'auteur (cinq séries, trente-trois expériences) :

Si l'on donne aux animaux de la graisse neutre bien caractérisée, on en retrouve toujours une certaine quantité dans le chyle après quelques heures de digestion. Si l'on donne de la graisse acide (acide oléique) pure ou mélangée avec un autre acide gras (palmitique, par exemple), on ne trouve jamais d'acide gras dans le chyle.

La graisse du chyle est toujours neutre; on n'y trouve qu'une quantité d'acide gras à peu près nulle, et dont l'existence peut

(1) Cette note doit terminer le débat. (*La R.*)

très bien s'expliquer par l'insuffisance de la méthode expérimentale. Tous les travaux dans lesquels on dit avoir prouvé la synthèse des acides gras avec la glycérine dans l'organisme sont inexacts.

Si l'on introduit des savons dans l'estomac d'un chien, ils sont toujours décomposés par l'*acide chlorhydrique de l'estomac*. Si la quantité de savon introduit dans l'estomac est tellement considérable qu'il n'y ait pas assez d'acide chlorhydrique dans l'estomac pour en produire la décomposition complète, la partie du savon non décomposée est absorbée comme *un sel neutre par l'intestin et brûlée dans le sang, et elle s'élimine dans l'urine avec la base alcaline correspondante sous forme de carbonate.*

L'urine a une réaction acide si l'on introduit dans l'estomac de l'animal de l'acide gras une réaction neutre ou un peu alcaline, si l'on donne du savon en moyenne quantité; mais elle est très alcaline si l'on donne du savon en grande quantité. Dans le cas où le savon n'est pas introduit dans l'estomac par les voies ordinaires, mais par *une fistule gastro-intestinale*, comme il n'y a pas, dans l'intestin, d'acide pouvant le décomposer, le savon est absorbé sans subir de changements et brûle de façon à être éliminé sous forme de carbonate.

Dans l'état normal, la *quantité de graisse* contenue dans le chyle est très variable, *mais ces variations sont soumises à des lois constantes.*

Mais si l'on donne le savon dans des conditions spéciales, on peut toujours obtenir de grandes quantités de chyle très riche en graisse. Et l'auteur, analysant les phénomènes observés, et tenant compte de ses travaux antérieurs, croit pouvoir conclure qu'*il doit exister entre le tissu cellulaire de l'intestin et le commencement des vaisseaux chylifères un organe tout particulier fonctionnant comme une glande et sécrétant la graisse.*

De la kératite astigmatique. Note de M. *G. Martin.* — On observe, tout particulièrement pendant l'adolescence, des kératites tenaces, graves, récidivant presque toujours, et ayant comme conséquence une diminution notable de l'acuité visuelle. Tous les médecins considèrent ces kératites comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse. Des faits observés par l'auteur (42 faits), il résulte que de forts degrés d'astigmatisme de la cornée (1 1/2 à 5 dioptries et même davantage) peuvent être considérés comme la cause la plus puissante de ces ophthalmies. La diathèse, quand elle existe, ne jouerait que le rôle de cause prédisposante.

Nouvelles recherches sur la courbe de la secousse des muscles, dans différentes maladies du système neuromusculaire. Note de M. *Maurice Mendelssohn.*

Les caractères de la courbe myographique des muscles d'un membre paralysé, dans le cas d'une hémiplégie de cause cérébrale suivie de dégénérations secondaires, se retrouvent dans toutes les maladies où l'on observe la contracture spasmodique et l'atrophie musculaire, deux états intimement liés à des altérations profondes du faisceau latéral et de la corne grise antérieure de la moelle épinière (*sclérose latérale amyotrophique*).

Dans le *tabes dorsal spasmodique*, la courbe présente à peu près les mêmes caractères que dans la contracture secondaire de l'hémiplégie cérébrale. D'autre part, *l'atrophie musculaire progressive* fournit une courbe semblable à celle de l'atrophie musculaire chez les hémiplégiques.

Dans la *pseudo-hypertrophie musculaire*, les parties du muscle où l'excitabilité est conservée ont une secousse très longue, l'ascension brève de la courbe est suivie d'une descente très allongée et revenant à l'abscisse avec une lenteur extrême.

Dans l'*ataxie locomotrice progressive*, on trouve des modifications de la courbe de la secousse au moment où la parésie commence à gagner les membres ataxiques. Le temps perdu, ainsi que la durée de la secousse, augmentent alors; la partie ascendante et la descente de la courbe s'allongent toutes les deux, et l'amplitude de celle-ci diminue.

Dans la *sclérose en plaques*, le caractère de la secousse musculaire dépend entièrement de la localisation des plaques scléreuses, et sert ainsi de moyen diagnostique pour la distribution de la propagation du processus morbide dans les centres nerveux.

La *chorée* donne une secousse brève, tandis que la *paralysie agitante*, dans ses périodes ultimes, donne une secousse prolongée, lente.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Stékoulis* (de Constantinople) envoie un volume intitulé : *Le premier Congrès des médecins grecs tenu à Athènes au mois d'août* 1882.

M. le docteur *Langlet* adresse le premier Rapport annuel du bureau d'hygiène de la ville de Reims pour 1882.

M. *Chatin* dépose une note manuscrite de M. Daille, pharmacien à Auxerre ; cette note est renvoyée à l'examen de MM. Chatin et Dujardin-Beaumetz.

Rapports. — M. *Armand Gautier* lit un rapport sur le concours du prix Buignet de 1882 et une série de rapports relatifs à des demandes d'autorisation pour des sources d'eaux minérales.

Cuivre et Choléra. — M. le docteur *Burq* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du cuivre contre le choléra.* (Voy. au *Compte rendu de l'Académie des sciences*, séance du 13 août.) Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Wurtz, Bergeron et Bouley.

Anatomie du larynx. — M. le docteur *Mouras* fait part de ses mensurations de *l'arche vocale chez l'homme et chez la femme.* — Sa communication est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Verneuil, Proust et Cusco.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Revaccination obligatoire pour les élèves des hôpitaux : M. Millard. — Pansement antiseptique à la suite de l'empyème : M. Dumontpallier. — Spléno-pneumonie simulant la pleurésie : M. Grancher. — Siège des microbes dans la variole et la vaccine : M. Cornil.

M. *Millard* fait savoir à la Société qu'il a transmis à l'Administration de l'Assistance publique le vœu émis, dans la précédente séance, au sujet du certificat de *revaccination obligatoire* pour les candidats à l'externat. L'Administration s'est montrée très disposée à donner entièrement satisfaction au vœu formulé par la Société, dès l'époque du prochain concours. Elle a paru animée des mêmes sentiments au sujet de la revaccination obligatoire du personnel des hôpitaux, et une circulaire doit être envoyée, à ce sujet, à tous les directeurs d'établissements hospitaliers. — Quant aux élèves stagiaires, la question de la revaccination obligatoire est réservée jusqu'à nouvel ordre, attendu qu'ils relèvent de la Faculté de médecine et non de l'Assistance publique.

— M. *Moutard-Martin* rappelle que, depuis le moment où M. Nicaise et lui avaient donné leur démission de membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ils n'avaient reçu aucune réponse à ce sujet. Le 6 août, dans une lettre adressée à M. Moutard-Martin, M. le préfet de la Seine lui demande de retirer sa démission, en présence de la solution satisfaisante donnée au conflit qui s'était élevé relativement aux accoucheurs des hôpitaux. M. Moutard-Martin, considérant qu'en effet l'opinion qu'il avait soutenue avait obtenu gain de cause, informe la Société qu'il a retiré sa démission de membre du Conseil de surveillance.

— M. *Millard* annonce à la Société la mort du professeur Parrot, et se fait, en termes émus, l'interprète des regrets de la Société au sujet de la perte de cet éminent collègue.

— M. *Dumontpallier* présente à la Société le malade dont il a parlé dans la précédente séance, et chez lequel il a employé le pansement antiseptique à la suite de l'opération de l'empyème. Cet individu, rapidement guéri, est aujourd'hui en parfaite santé. M. Dumontpallier a observé chez ce malade, au cours du traitement, un phénomène curieux qu'il a

vu d'ailleurs se produire chez quelques autres individus, également opérés de l'empyème. Il s'agit d'un accès épileptiforme survenu, le vingt et unième jour après l'opération, à l'occasion d'un lavage, peut-être un peu abondant, de la cavité pleurale. Il pense que ces accès sont provoqués par l'établissement d'une pression exagérée dans la plèvre lorsqu'on introduit pour le lavage une quantité de liquide trop considérable ; la nature même de ce liquide lui paraît n'avoir aucune influence.

M. *Moutard-Martin* n'a jamais observé d'accidents semblables chez les quatre-vingt-sept malades qu'il a opérés de l'empyème; cela tient, sans aucun doute, à ce qu'il emploie pour le lavage de la plèvre trois gros tubes accolés, si bien qu'il détermine dans la cavité un courant très rapide, mais qui ne produit jamais de tension appréciable.

M. *Dumontpallier* a vu ces accès épileptiformes survenir chez trois autres malades. L'un d'eux, actuellement en traitement, éprouve, chaque fois que l'on introduit le liquide destiné au lavage à une trop forte pression dans la petite poche qui persiste encore, des vertiges et même des pertes de connaissance.

M. *Debove* est surpris d'apprendre que M. Dumontpallier ait pratiqué des lavages multiples chez le malade qu'il vient de présenter; il avait compris, d'après la précédente communication, que le pansement rare, d'après la méthode antiseptique, avait été rigoureusement employé.

M. *Dumontpallier*, n'étant pas encore fixé sur l'innocuité absolue du pansement de Lister dans un cas semblable, a levé l'appareil le septième jour, puis tous les cinq ou six jours, et a pratiqué chaque fois un lavage de la plèvre qui contenait encore du pus.

M. *Debove* pense que cette méthode mixte est loin de valoir la méthode antiseptique rigoureuse qui a donné depuis quelque temps des résultats remarquables.

— M. *Grancher* rappelle les travaux de Voillez relatifs à la congestion pulmonaire et leur réel intérêt clinique, mais il pense qu'il serait, sans doute, possible d'établir un certain nombre de types définis parmi les formes si diverses de la congestion pulmonaire, depuis la fluxion simple jusqu'à la pneumonie franche. Il désire aujourd'hui étudier une de ces formes, en s'appuyant sur les observations de deux malades de son service. Le premier est un homme de vingt-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut pris, le 12 juillet dernier, à la suite d'un refroidissement, d'un frisson violent et de fièvre. Six jours après il entrait à l'hôpital : il se plaignait d'un point de côté très douloureux, et avait une toux sèche qui ne s'accompagna, à aucun moment, d'expectoration. Bien qu'il existât une matité complète à la base du poumon gauche, une absence presque totale des vibrations thoraciques, de l'égophonie, un souffle doux à timbre pleurétique, et de la pectoriloquie aphone, M. Grancher ne confirma pas le diagnostic de pleurésie simple porté par son interne ; il pria d'ailleurs M. Rigal d'examiner le malade. M. Rigal conclut à une pleurésie accompagnée de congestion pulmonaire, et pratiqua, séance tenante, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, mais ne retira qu'un peu de sérosité sanguinolente mêlée de quelques bulles d'air. L'état général et local restant le même les jours suivants, M. Grancher fit une seconde ponction exploratrice qui donna les mêmes résultats ; il pratiqua alors une troisième ponction, en enfonçant progressivement l'aiguille après avoir fait le vide dans le corps de la seringue : il put reconnaître ainsi que la sérosité sanguinolente commençait à pénétrer dans l'instrument lorsque l'aiguille était enfoncée d'environ 8 à 9 millimètres et que, par conséquent, la surface du poumon se trouvait à cette profondeur, ce qui éloignait encore toute idée d'épanchement pleurétique. Le professeur Potain vint voir le malade et déclara que le résultat des ponctions exploratrices, seul, l'empêchait de diagnostiquer une pleurésie compliquée de congestion pulmonaire ; peu après, M. Blachez, malgré les renseignements fournis, admit l'existence probable d'une lame d'épanchement pleural gélatiniforme recouvrant un poumon atteint de congestion. Il y a près d'un mois que les accidents ont débuté et les symptômes se sont jusqu'ici à peine modifiés.

Le deuxième malade est un albuminurique ayant subi plusieurs fois la paracentèse abdominale, et chez lequel on avait diagnostiqué une pleurésie. M. Grancher examina de nouveau ce malade avec le plus grand soin, et constata chez lui les mêmes signes que chez le précédent : matité, absence de vibrations, pas d'expectoration, etc. La ponction exploratrice donna, dans ce cas, des résultats identiques à ceux fournis dans la première observation ; il n'y avait pas trace d'épanchement pleural. — Ainsi ces deux malades, chez lesquels on aurait été autorisé à diagnostiquer, de par l'ensemble des symptômes, une pleurésie et un hydrothorax, ne présentent aucun épanchement dans la plèvre. Comment expliquer dans ce cas la diminution des vibrations thoraciques : les conditions physiques inhérentes au larynx et aux bronches, relativement à la production des vibrations thoraciques, n'offrant rien d'anormal, c'est la densité du parenchyme pulmonaire qu'il faut incriminer, et l'on se trouve conduit à admettre qu'elle doit être diminuée. Or, en 1878, à l'autopsie d'un malade chez lequel M. Grancher avait diagnostiqué une pleuro-pneumonie, on constatait une pneumonie lobaire suppurée, avec adhérences pleurales anciennes, excluant toute idée d'épanchement pleurétique récent ; depuis lors, un autre cas identique s'est offert à son observation. En rapprochant cette transformation purulente du parenchyme pulmonaire de l'exsudat séro-albumineux révélé par la ponction chez les deux malades actuellement en observation, M. Grancher est amené à penser que la diminution des vibrations thoraciques résulte, dans des cas analogues, en l'absence de tout épanchement pleural, de la réplétion par un liquide des alvéoles du poumon ; le viscère présente dès lors une densité semblable à celle d'un liquide, et, par suite, éteint les vibrations vocales comme le ferait une lame de liquide interposée dans la plèvre entre le poumon et la paroi thoracique. Cette exsudation séro-albumineuse, sans aucun doute accompagnée d'une prolifération épithéliale intra-alvéolaire, peut servir de caractéristique à la *spléno-pneumonie*, c'est-à-dire à une forme distincte de congestion pulmonaire, simulant par l'ensemble de ses signes l'épanchement pleurétique. C'est en s'appuyant sur le manque de netteté de l'égophonie et sur une légère rudesse du souffle que l'on peut diagnostiquer la congestion pulmonaire qui accompagne la pleurésie ; on se basera, d'après M. Grancher, pour écarter toute idée d'épanchement pleural, sur l'existence de quelques craquements secs, fins, bornés aux inspirations profondes, et perçus pendant une auscultation attentive au milieu du silence le plus complet, et enfin sur la transition insensible entre la matité constatée à la base et le skodisme du sommet ; on sait que, dans le cas d'épanchement pleural, cette transition est brusque, et que la crépitation, dite pleurale, consiste dans des râles assez gros, perçus aux deux temps de la respiration.

M. *Ducastel* se demande si l'on peut assimiler l'exsudat purulent abondant des deux premiers malades atteints d'hépatisation grise à celui que l'on est autorisé à diagnostiquer chez les deux derniers : la présence des bulles d'air extraites par la ponction semblerait indiquer, dans ce dernier cas, un exsudat bien moins *massif*, remplissant moins complètement les alvéoles.

M. *Grancher* fait observer que la ponction n'a amené que de fines bulles de gaz avec une sérosité sanglante ; il n'a, du reste, rapproché les deux groupes de malades qu'au point de vue des signes stéthoscopiques simulant l'épanchement

pleural et résultant, sans doute dans les deux cas, d'un exsudat *liquide* intra-alvéolaire.

M. *Cadet de Gassicourt* a observé des phénomènes identiques chez les enfants, et a constaté les craquements secs signalés par M. Grancher, pendant l'inspiration, chez les petits malades atteints de broncho-pneumonie sans épanchement pleural.

M. *Ferrand* pense qu'il ne faut pas borner à la spléno-pneumonie les lésions pulmonaires pouvant produire des signes stéthoscopiques simulant l'épanchement pleural; il convient d'y ajouter l'œdème et la pneumonie suppurée.

M. *Grancher* fait remarquer qu'il a précisément cité deux cas d'hépatisation grise contrôlée par l'autopsie. D'ailleurs, sa communication sur la spléno-pneumonie n'a d'autre but que de fixer un groupe particulier, nettement défini, au milieu des formes si diverses de la congestion pulmonaire.

— M. *Cornil* a étudié avec M. Babès le siège des microbes dans les pustules de variole et de vaccine. Ces microzoaires sont situés dans la couche la plus superficielle des papilles dermiques, et surtout dans les cavités que présente le corps muqueux altéré. Ils paraissent venir des papilles par leur réseau vasculaire ou lymphatique, se répandre dans les vacuoles du corps muqueux, et, en dernier lieu, parvenir dans la zone périphérique de la pustule, au-dessous de l'épiderme corné.

— La Société s'ajourne au vendredi 12 octobre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

Correspondance. — Rapports : observation de hernie inguinale congénitale étranglée; kélotomie; mort. — Tubes à drainage rigides.

M. *Duboué* (de Pau) adresse une brochure sur les effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde, et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité.

— M. *Faucon* (de Lille) offre un travail sur la gastrotomie; cette opération est contre-indiquée, dit-il, quand il y a cancer de l'œsophage.

— M. *Maunoury* (de Chartres) envoie une observation intitulée : « Broiement de la jambe; amputation; gangrène du moignon; amputation de la cuisse; mort six mois après par tuberculose pulmonaire. »

— M. *Baudon* adresse à la Société un mémoire sur la sclérose hypertrophique de la peau du nez; décortication avec le thermo-cautère; guérison rapide.

— M. *Terrier* fait un rapport sur deux observations de blessures de l'œil par fusées d'artifice, par M. Nicati (de Marseille).

— M. *Delens* lit un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille) : « Etude sur les plaies des ouvriers en bois. »

— M. *Trélat* fait un rapport sur une observation recueillie par M. Damalix : « Hernie inguinale congénitale étranglée. »
Un garçon de vingt-cinq ans portait depuis son enfance une hernie inguinale habituellement réduite. Le jour de l'entrée à l'hôpital, cette hernie sortit brusquement; le taxis avec et sans chloroforme, en ville et à l'hôpital, demeura impuissant; on observait tous les signes de l'étranglement.

Le lendemain, trente-deux heures après le début des accidents, M. Trélat fit l'opération. Il s'agissait d'un entérocèle simple. Liquide hématique dans le sac; l'anse intestinale était très violacée, mais brillante et résistante. La striction se trouvait à l'orifice supérieur du canal inguinal; aussitôt le débridement fait, l'anse devint rouge, puis rosée : c'était donc de la congestion caractérisée. Résection d'une partie du sac; suture. Dès le soir, le malade eut de la dyspnée; il mourut le lendemain à neuf heures du matin.

A l'autopsie, on constata qu'il n'y avait point de péritonite; l'anse herniée était redevenue normale; mais il y avait une congestion pulmonaire considérable. Voilà donc un homme qui succombe deux jours et sept heures après le début des accidents, sans péritonite ni accidents opératoires, mais avec une congestion pulmonaire des plus intenses.

M. *Berger*. Cette observation prouve que, quand il y a un étranglement réel, très serré, il y a avantage à éviter les nombreuses tentatives de taxis.

M. *Lucas-Championnière*. Le nombre des hernies étranglées congénitales qui ont guéri par l'opération est tel que l'on est autorisé à dire que les malades qui succombent ont été opérés dans de mauvaises conditions.

M. *Després*. Les nombreuses tentatives de taxis qui ont été faites ont aggravé le pronostic de la hernie.

M. *Trélat*, dans son cours à la Faculté, a énoncé le principe que toute hernie sortie doit être réintégrée, séance tenante, dans la cavité abdominale par le taxis ou par l'opération. M. Trélat est partisan du chloroforme pour faire le taxis, et de l'opération immédiate si le taxis n'a pas réussi.

M. *Després*. Une petite hernie étranglée depuis six heures environ, qui n'a pas été réduite par un bain et un taxis modéré, doit être opérée immédiatement.

M. *Marc Sée* n'a jamais réussi à réduire une hernie par le taxis avec chloroforme, si elle était irréductible par le taxis sans chloroforme.

MM. *Trélat* et *Berger* ont réduit par le taxis avec chloroforme des hernies qui étaient irréductibles par le taxis sans chloroforme.

— M. *Houzel* (de Boulogne) lit une observation d'enchondrome kystique du cou.

— M. *Lucas-Championnière* présente divers tubes à drainage. Lister se sert de drains plus solides que les nôtres. Billroth fait le drainage avec des tubes très volumineux. M. Lucas-Championnière montre des drains en aluminium que l'on perfore facilement et que l'on taille au couteau; c'est du drainage métallique. Mais ces tubes durs sont dangereux au voisinage des vaisseaux; on les réservera pour certains cas.

M. Lucas-Championnière emploie surtout le caoutchouc résistant et des tubes volumineux; il montre aussi des tubes en celluloïde, mais il préfère de beaucoup ceux en caoutchouc durci. Il emploie quelquefois le tissu des sondes en caoutchouc rouge.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

De l'hœmophilie, par le docteur Dunn.

Des statistiques que l'auteur a réunies et comparées, il résulte que cet état pathologique, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, est le plus habituellement héréditaire dans certaines familles. On peut diviser les cas d'après leur gravité en trois groupes nettement distincts : 1° Les cas graves, dans lesquels on observe des hémorrhagies spontanées ou traumatiques, très abondantes et des épanchements sanguins dans les tissus. — Cette forme cause parfois la mort; 2° Les cas de forme moyenne sont caractérisés par

des ecchymoses spontanées sous-muqueuses ou sous-cutanées; 3° enfin dans la forme la plus légère, plus particulière à la femme, les manifestations morbides ne consistent guère que dans des ecchymoses et une durée plus grande de la période menstruelle. (*The American Journ. the Med. Science*, janvier, 1883, page 68.)

De l'extirpation de la rate.

Dans le numéro du 18 novembre 1882, du *Centralblatt für Chirurgie*, se trouve le relevé statistique d'un certain nombre d'opérations d'extirpation de la rate. Les motifs de ces opérations étaient la leucémie, les tumeurs kystiques ou autres, l'hypertrophie, la rate « flottante »; et les abcès. — Les résultats ont été peu encourageants; car vingt-six fois sur trente-six cas, la mort suivit l'extirpation. Sur vingt cas de leucémie, qui furent opérés, un seul se termina par la guérison et depuis cette époque le malade a éprouvé des congestions douloureuses des viscères abdominaux. D'abord le nombre des globules blancs augmenta, mais après quatre mois le chiffre redevint normal, comme Frazzolini put le constater. (*The New-York medical Record*, p. 737, 30 décembre 1882.)

La médication quinique peut-elle causer l'avortement? par le docteur Otto Mouson.

Non seulement, d'après l'auteur, la quinine n'est pas un médicament abortif, mais elle peut même devenir un moyen de prévenir l'avortement. Au début de sa pratique privée, il y a environ quarante ans, le docteur Monson ne prescrivait qu'avec hésitation ce médicament aux femmes enceintes, atteintes d'intoxication paludéenne. Aujourd'hui, il n'agit plus de même. C'est que l'avortement peut être causé par des accès fébriles intermittents. De là l'emploi de la quinine aux doses habituelles, sans redouter l'expulsion prématurée du fœtus. (*The médical Record*, page 713, 23 décembre 1882.) Cette opinion est en contradiction avec celle d'autres observateurs.

Du traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids, par le docteur R. Jansky.

Cette méthode a pour but de déterminer l'hyperthermie, quand elle est excessive et prolongée. La température des bains varie entre 53 et 70 degrés Fahrenheit et exceptionnellement elle est moins élevée. La malade doit séjourner dans le bain durant environ trente à cinquante minutes, et, pour prévenir les congestions encéphaliques, on a soin de lui couvrir la tête d'un capuchon imbibé d'eau froide avant de le plonger dans le bassin. Enfin, dans les cas où le thermomètre marquait seulement 101 ou 102 degrés Fahremheit, on se contentait de pratiquer des lotions avec l'éponge. Si la malade est dans le collapsus, on peut essayer do l'immersion dans des bains à une température moins élevée ou bien bien de l'emploi de la douche froide. (*The American Journal of the Medical Sciences*, janvier 1883, page 60.)

De la mort subite et du coma dans le diabète, par le docteur Frerichs.

Il existe trois formes de coma et de mort subite dans le diabète : 1° la mort subite par syncope, collapsus, paralysie du cœur après un effort; 2° le coma, consécutif à des accidents de l'estomac ou des autres viscères et accompagné de céphalalgie, de délire, d'anxiété et de dyspnée; 3° le coma non dyspneique, débutant par la céphalalgie, le vertige et des symptômes d'intoxication. — La pathogénie de ce coma et de ces morts subites peut-être la suivante : 1° l'œdème, ou l'anémie cérébrale; 2° l'hyperglycémie et une intoxication du sang telle que les globules ne peuvent plus remplir leurs fonctions dans les phénomènes cliniques de la respiration; 3° l'urémie; 4° les embolies graisseuses cérébrales et pulmonaires; 5° l'acétonémie. Enfin il faut noter les dégénérescences des tubuli du rein et celles du foie, du myocarde et les inflammations pulmonaires ou autres. (*Wiener med. Woch*, 1882, n° 36 et *New-York Med. Record*, page 713, 23 décembre 1882.)

De l'action du plomb sur le nerf vague, par Curci.

D'après des expériences physiologiques, l'auteur admet que les sels de plomb ont une action irritante sur le nerf vague. Ils agiraient à la fois sur le centre inhibitoire du cœur, et sur les branches terminales intra-cardiaques. Sous leur influence, les battements cardiaques diminueraient de fréquence et deviendraient intermittents. Le bruit systolique serait alors diminué de durée, tandis que le bruit diastolique se prolongerait. (*Gazze degli Ospitale*, 25 mars 1883.)

Des formes anatomiques de l'insuffisance mitrale, par le docteur Sansom.

Dans une leçon récente sur ce sujet, le docteur Sansom divise cliniquement les cas d'insuffisance mitrale en trois groupes. Le premier comprend ceux dans lesquels l'anémie est manifeste, ou les signes physiques apparents. Les lésions anatomiques ont le myocarde pour siége ou bien consistent dans des lésions valvulaires. Un autre groupe est caractérisé par le bruit systolique à la pointe et dépend d'une névrose du grand sympathique. Dans le troisième groupe l'insuffisance accompagne l'évolution de certaines pyrexies. Enfin le quatrième est formé par les cas d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. (*Brit. med. Journ.*, janvier 1883, page 146.)

Des effets mécaniques produits sur la moelle épinière par l'élongation, par le docteur Dana.

Les conclusions de cette communication au congrès de l'Association neurologique du 21 juillet 1882 sont les suivantes : 1° quand l'opération est pratiquée après une section des téguments, on constate sur le cadavre que la traction sur le nerf sciatique se transmet le plus souvent jusqu'à la moelle épinière, qu'elle s'exerce manifestement sur le segment inférieur de la moelle, et consiste dans une élongation de 2 à 3 millimètres, pour un poids de 50 à 80 livres; dans la majorité des cas, cette élongation ne s'observe que sur la partie inférieure et quand elle fait défaut on peut admettre que ce fait est dû à la résistance de la gaine du nerf plutôt qu'à celle des tissus périmédullaires. Les tractions sont donc transmises en partie directement et en partie par les enveloppes. 2° L'élongation sous-cutanée, sur le cadavre du moins, produit un très faible effet mécanique. Pendant la vie, il en est probablement de même; pour des raisons cliniques et anatomiques, il serait possible alors que les effets obtenus soient d'origine réflexe. (*The medical Record*, 29 juillet 1882, p. 115.)

Des troubles oculaires causés par les suppressions menstruelles, par M. le docteur Read Mc-Koy.

Les observations qui font l'objet de ce mémoire sont relatives à des malades chez lesquelles les troubles visuels accompagnaient ou suivaient les perturbations menstruelles.

Les lésions oculaires consistaient en rétinites, hyperhémies rétiniennes, conjonctivites, opacités du corps vitré, et les troubles fonctionnels, en astigmatisme et amblyopie partielle. Un certain nombre de ces malades présentaient simultanément des accidents nerveux et quelques-unes étaient hystériques. L'asthénopie et les lésions congestives inflammatoires du fond de l'œil ne sont donc pas très rares dans les suppressions menstruelles chez des femmes de quinze à vingt-huit ans. L'auteur ajoute même avoir observé des cas d'atrophie papillaire par la même cause. (*The american Journ. of med. Sciences*, octobre 1882, p. 382.)

Nouveau procédé de dosage de l'acide urique, par le docteur Edmond Allegne Cook.

3 à 400 centimètres cubes d'urine sont alcalinisés par une solution de soude caustique. Les phosphates se séparent et dans 100 centimètres cubes du liquide clair on introduit 4 centimètres d'une solution au tiers de sulfate de zinc. Le liquide est alors légèrement acide; on recueille sur un filtre le précipité d'urate de zinc, qu'on introduit dans un appareil à dosage de l'urée avec 50 centimètres cubes d'hypobromite de soude. On mesure le volume d'azote mis en liberté. D'après l'auteur ce procédé donne des résultats suffisamment exacts et en tout cas parfaitement comparables entre eux. (*British medical Journal*, 18 avril 1882.)

Des corps étrangers dans les voies aériennes, par le docteur Weist.

Dans cette communication à la Société de chirurgie américaine, l'auteur analyse environ mille cas de corps étrangers dans les voies aériennes. Il a observé : 1° que si le corps étranger est arrêté dans le larynx, la trachée ou les bronches, l'emploi des vomitifs, des sternutatoires et d'autres médicaments analogues est inutile et augmente les troubles morbides; il en est de même du renversement du corps, la tête en bas et de la succussion. 2° La bronchotomie n'est pas toujours indiquée, à moins de suffocation menaçante ou bien de mobilité des corps étrangers, et par conséquent de menaces d'accès de dyspnée. 3° La présence de ce corps dans le larynx peut ne pas donner lieu à la suffocation, mais provoquer de l'œdème, de l'inflammation, de la gêne respiratoire et nécessiter alors la bronchotomie. (*Boston med. and surg. Journ.*, n° 24, 1882.)

Remarques sur vingt et un cas de grossesse extra-utérine, par le docteur G. Thomas (de New-York).

L'auteur a observé ces vingt et un cas de grossesse extra-utérine et en a pu déduire les conclusions cliniques suivantes : 1° le diagnostic peut être fait avant le quatrième mois de la gestation et on peut alors détruire le fœtus par l'emploi de l'électricité; 2° l'intervention chirurgicale doit, à une période plus avancée, consister dans la laparotomie; quand la tumeur est située dans le bassin, on doit préférer l'élytrotomie à l'emploi de l'électricité; 3° après le terme de la grossesse, le fœtus peut être mort et on peut abandonner son expulsion à la nature, ou bien s'il est alors nécessaire, pratiquer la laparotomie en prenant toutes les précautions antiseptiques; 4° si la rupture de la poche fœtale survient tout à coup, le malade court des dangers d'hémorrhagie, de péritonite ou de septicémie. On peut encore pratiquer la laparotomie précoce par la méthode antiseptique. Cette communication a été faite dans la séance du 21 septembre 1882, au congrès de la Société américaine de gynécologie. (*The med. Record*, p. 384, 30 sept. 1882.)

Du traitement de la septicémie puerpérale, par le docteur Alloway.

Cette médication consiste dans l'introduction de suppositoires utérins à l'iodoforme, et l'idée première en a été suggérée à l'auteur par les succès chirurgicaux de cette substance. Sous son influence et mieux qu'avec les injections antiseptiques, les lochies perdent leur fétidité et la production des bactéries est entravée. Le mode opératoire consiste à déterger l'utérus par des irrigations phéniquées à l'aide du spéculum de Sims et à introduire le suppositoire dans la cavité utérine. L'iodoforme était employé à la dose de 10, 15 ou 30 grains, le matin et le soir. Il n'a jamais produit d'accidents d'intoxication. (*Canada med. Record*, 1883, et *The London med. Record*, 15 juin 1883, p. 288.)

BIBLIOGRAPHIE

L'hérédité psychologique, par M. Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. 2e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8°. — Germer Baillière, Paris, 1882.

Le problème de l'hérédité biologique a été posé dès la plus haute antiquité; mais c'est seulement à notre époque qu'on s'est appliqué à le résoudre scientifiquement. Le travail le plus important qui ait été publié sur l'ensemble de la question, est, sans contredit, l'ouvrage si remarquable de M. Prosper Lucas (*Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle*, etc. 2 vol. in-8°. Paris, 1847-1850). Ce livre, aujourd'hui devenu classique, codifie en quelque sorte les lois de l'hérédité normale et pathologique, connues et démontrées à l'époque de sa publication. Depuis trente ans, de nouvelles recherches ont été faites, des observations plus précises se sont accumulées; des travaux tels que ceux de Moreau (de Tours), de Morel, ont paru ; Darwin enfin et ses disciples ont cherché dans l'étude de l'hérédité sous toutes ses formes des preuves en faveur des théories transformistes. Tout ce mouvement scientifique a considérablement élargi la question, et, si tous les problèmes qu'elle soulève n'ont pas encore reçu leur solution, ils sont du moins serrés de plus près et le champ laissé aux hypothèses se rétrécit de jour en jour.

Un de ces problèmes — aussi important au point de vue social qu'au point de vue biologique — est la transmission héréditaire des fonctions psychiques. M. Prosper Lucas a consacré un tiers du premier volume de son ouvrage à la recherche des preuves de cette hérédité de la nature morale ; mais avec quelque soin qu'il ait étudié la question, ce savant a laissé à glaner après lui. M. Ribot en a profité. S'inspirant des travaux de son prédécesseur et mettant à profit les publications les plus récentes, il a fait sur l'hérédité psychologique un livre qui, par sa méthode et sa doctrine, a acquis une place des plus distinguées parmi les publications philosophiques de ces dernières années.

L'ouvrage de M. Ribot est divisé en trois parties : la première expose les faits, la seconde détermine les lois, la troisième étudie les conséquences de l'hérédité psychologique. Cette marche nous paraît logique, et on ne peut que féliciter l'auteur de l'avoir suivie. Voyons si les qualités qu'on se plaît à reconnaître dans la distribution de l'ensemble se retrouvent dans les détails.

Lorsqu'il s'agit de recherches psychologiques, le difficile n'est pas de constater les faits, mais de les analyser, de les comparer et de les classer. On connaît le nombre de divisions et de sous-divisions qu'ont établies les psychologues dans l'étude des facultés; il n'y a de comparable à ce travail peu scientifique que les classifications des maladies mentales de certains aliénistes. M. Ribot, pour éviter cet écueil et simplifier la question, s'est borné aux grandes divisions, admises par tous les auteurs; ainsi, il a recherché successivement l'hérédité des instincts, celle des facultés perceptives (toucher, vue, ouïe, odorat et goût), celle de la mémoire, des habitudes et de l'intelligence, celle enfin des sentiments et des passions. Lorsqu'il s'agit d'un acte instinctif, c'est-à-dire « d'un acte conforme à un but, mais sans conscience du but » (Hartmann); lorsqu'on veut établir les modes d'activité sensorielle de l'être ou bien rechercher les habitudes et le degré de la mémoire, on a affaire à des formes nettes et simples d'activité mentale, dont la transmission héréditaire peut aisément être constatée. Mais il n'en est pas de même de l'intelligence et même des sentiments. En effet, « décomposer l'activité intellectuelle en opérations élémentaires (imagination, jugement, etc.), comme le fait la psychologie analytique, et rechercher si chacune de ses formes est transmissible, c'est, dit avec raison M. Ribot, poser la question sous une forme artificielle, souvent inacceptable » (p. 68). Une autre méthode s'impose donc. Au lieu d'étudier les causes, il faut ne tenir compte que des effets ou mieux des résultats. Ainsi, tout mode d'activité intellectuelle se traduisant par une création artistique ou industrielle, une œuvre scientifique ou simplement un acte de la vie ordinaire, c'est uniquement sous cette forme concrète et pour ainsi dire palpable qu'il est possible de découvrir si, d'une génération à l'autre, un mode d'intelligence est transmis. En se plaçant à ce point de vue, on voit les faits se plier à la théorie de l'hérédité psychique et en fournir une démonstration évidente. Les esprits les plus difficiles en fait de preuves devront s'incliner en parcourant ces longues listes de familles d'artistes en tous genres (musique, poésie, peinture, etc.), en lisant les généalogies des Bernouilli, des Cassini, des Jussieu, etc.

Il en est de l'hérédité des sentiments et des passions comme de celle de l'intelligence; c'est aux faits concrets qu'il faut s'adresser. Aussi M. Ribot recherche-t-il particulièrement la transmission héréditaire de penchants tels que l'ivrognerie, l'appétit sexuel, de passions telles que le jeu, l'avarice, le vol.

Après avoir étudié l'hérédité dans l'histoire (famille des Césars, famille de Charles-Quint, les Condé, les Mirabeau), l'hérédité et le caractère national (les Juifs et les Bohémiens), l'auteur passe à l'examen des lois. « L'hérédité, c'est la loi », dit-il après Darwin. Mais cette formule générale est d'une simplicité trop idéale. M. Ribot l'a bien compris, puisque, de l'étude des faits, il s'est appliqué à tirer quelques lois moins générales, mais qui présentent ce grand avantage d'être plus explicites. Ces lois, au nombre de quatre, sont formulées de la manière suivante :

« 1° Les parents ont une tendance à léguer tous leurs caractères psychiques, généraux et individuels, anciens et nouvellement acquis (loi de l'hérédité distincte et immédiate):

» 2° L'un des parents peut avoir une influence prépondérante sur la constitution mentale de l'enfant (loi de prépondérance dans la transmission des caractères);

» 3° Les descendants héritent souvent des qualités physiques et mentales de leurs ancêtres et leur ressemblent, sans ressembler à leurs parents (atavisme);

» 4° Certaines dispositions physiques et mentales, très nettement déterminées, se manifestent chez les descendants au même âge que chez les ascendants (loi d'hérédité aux époques correspondantes). »

Dans l'étude scientifique de toute espèce de phénomènes, il est certes de la plus haute importance de bien déterminer les lois auxquelles ils sont soumis; cela implique en même temps la connaissance des variations possibles et par conséquent des moyens de produire ces dernières. De là découle naturellement la prévision et, comme l'on sait, la prévision est en tous genres la source de l'action. Aussi, les lois de l'hérédité psychologique étant connues, avons-nous le droit de nous demander si « l'homme ne pourrait pas les employer à son perfectionnement intellectuel et moral, plier à ses desseins, ici comme ailleurs, une force de la nature ». Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on se pose cette question, il y a plus de quarante ans, Gall et ses disciples croyaient qu'un des résultats de leurs recherches serait d'arriver à prévoir le caractère intellectuel des enfants par la connaissance de la constitution psychologique des parents; il en est même qui se sont demandé « si l'on ne pourrait pas facilement créer des races d'hommes à talent, en employant les mêmes moyens qu'on a adoptés pour produire différentes espèces d'animaux ».

Les questions sont ainsi nettement posées; mais, ainsi que le dit avec raison M. Ribot, « nulle réponse catégorique n'est possible, quant à présent. Jusqu'ici, l'homme s'est montré soucieux de la perfection des autres races plus que de la sienne, peut-être par ignorance des lois naturelles. On peut dire cependant, en se fondant sur un calcul de probabilités incontestable, que des parents bien doués d'esprit ont des chances d'avoir des enfants spirituels; que, quelque nombreuses que soient les déviations et les anomalies, comme c'est une nécessité que parmi des faits de même ordre, dépendant en partie de causes constantes et en partie de causes variables, la loi finisse par l'emporter, une sélection consciente, pratiquée longtemps, aurait de bons résultats. Mais la race ainsi formée ne pourrait jamais être abandonnée à elle-même; car, sans parler de l'atavisme qui ramènerait brusquement des formes mentales en apparence éteintes, nous savons que l'hérédité a toujours une tendance à retourner au type primitif ou, pour parler sans métaphore, que ce qui est acquis depuis, peu à peu de stabilité. Peut-être aussi ces constitutions d'élite ressemblent-elles à des composés très instables qu'il est bien difficile de fixer. La puissance bienfaisante de l'hérédité aurait ainsi des limites infranchissables et il faudrait beaucoup en rabattre de la chimère optimiste d'un progrès sans fin » (p. 416).

Nous n'avons rien à objecter à ces sages paroles qui résument si bien un livre qui mérite de trouver place, non seulement dans la bibliothèque du psychologue et du moraliste, mais encore dans celle du médecin, qui y trouvera d'ailleurs sur l'hérédité psychologique morbide un chapitre digne d'être consulté.

Ant. Ritti.

Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, par M. le docteur Max Durand-Fardel. — 1883. Paris, Germer-Baillière et Cie.

Le *Traité des eaux minérales* de M. Durand-Fardel est un livre déjà connu et apprécié du public médical; c'est, en effet, la troisième édition de cet ouvrage que vient de publier l'auteur, et à laquelle, sans rien changer au plan général de l'œuvre, il a fait un assez grand nombre d'additions nécessitées par les progrès de l'hydrologie médicale contemporaine.

L'enseignement de cette branche importante de la thérapeutique, lorsqu'il est réduit à l'étude d'une série de monographies plus ou moins complètes sur chacune des eaux minérales, ne peut évidemment répondre aux besoins du praticien et revêt un caractère dogmatique qui a jusqu'ici frappé d'une stérilité presque complète les meilleurs ouvrages sur la matière. En effet, s'il est indispensable, à coup sûr, à tout médecin instruit de connaître la constitution propre des principales eaux minérales, les conditions topographiques

qui leur appartiennent, leurs différents modes d'emploi, n'est-il pas préférable encore d'être édifié sur les ressources thérapeutiques, sur les indications spéciales de chaque station thermale, sur leur efficacité, leur action curative, et même leurs inconvénients, suivant les affections contre lesquelles elles seront prescrites. Le meilleur procédé à suivre, pour rendre cette étude profitable, était donc, non pas d'indiquer à propos de chaque source la nomenclature des maladies qu'elles sont appelées à combattre, mais bien, au contraire, d'adopter une marche inverse, et de grouper autour de chaque affection chronique les diverses eaux minérales qui pourront être utilisées dans leur traitement. C'est là le plan d'après lequel a été conçu le livre de M. Durand-Fardel et auquel il emprunte son caractère essentiellement pratique.

Après avoir consacré une première partie à ce qu'il nomme la *matière médicale* des eaux minérales, il traite ensuite de la *thérapeutique*, dont il formule avec soin les règles et les applications, en rattachant la médication aux divers états pathologiques auxquels elle se trouve destinée.

Il est peut-être peu de questions plus délicates et plus complexes que celle des indications et des contre-indications du traitement par les eaux minérales, et, si l'expérience acquise par la pratique ne tarde pas à constituer un guide précieux, quel n'est pas l'embarras fréquent du jeune médecin, à ses débuts dans la clientèle, en présence de ces multiples stations thermales, trop souvent dotées, dans un intérêt extra-scientifique, d'une efficacité merveilleuse et de propriétés usurpées? C'est en vue de faire cesser ces hésitations que M. Durand-Fardel a accordé une importance toute spéciale au côté clinique de la question, et qu'il a cru devoir faire, parmi les nombreux ouvrages qu'il a consultés sur le sujet, un choix sévère et judicieux.

Il faut entendre, en médecine, par *eaux minérales* des « eaux naturelles qui sont employées en thérapeutique en raison de leur constitution chimique ou de leur température ». Cependant il est un fait d'observation indéniable, c'est que, prises loin de leur source, les eaux minérales ne produisent plus les mêmes effets thérapeutiques, bien que leur composition soit demeurée sensiblement la même; ces différences dans leur mode d'action sont dues, suivant l'auteur, à des états particuliers de la matière, soit chimiques, soit dynamiques, insaisissables par les procédés actuels d'analyse, mais nettement révélés par l'efficacité spéciale du traitement entrepris à la source même.

Après avoir étudié, à un point de vue général, l'origine ainsi que les causes de la température et de la composition si variables des eaux minérales, leur mode d'emploi sous forme de traitement interne, de bains, de douches, d'inhalations, ou encore de boues minérales, l'auteur traite de la distribution topographique des stations thermales, réparties en huit régions principales qui partagent le sol de la France, et donne une classification simple de ces eaux en cinq familles : eaux sulfurées, chlorurées, bicarbonatées, sulfatées et indéterminées. Chacune de ces familles, d'ailleurs, comprend un certain nombre de classes; les eaux chlorurées, par exemple, se partageant en eaux chlorurées sodiques, sulfurées, bicarbonatées, sulfatées. Suit alors la nomenclature, dans l'ordre adopté pour la classification, des stations thermales françaises, et d'un certain nombre d'eaux étrangères dont la juste notoriété ou une composition particulière rendaient l'étude indispensable; les résultats fournis par l'analyse chimique sont reproduits à l'occasion de chacune des sources nombreuses mentionnées dans cette partie de l'ouvrage.

Sans vouloir suivre M. Durand-Fardel dans les nombreux détails, fort intéressants, que comporte la partie consacrée à la thérapeutique, nous signalerons cependant le chapitre qui traite des indications et contre-indications de la médication thermale et en particulier celui dans lequel il établit la *spécialisation des eaux minérales*, en indiquant pour chaque famille les applications spéciales, les applications communes et les applications secondaires. Il fait voir que la spécialisation des familles d'eaux minérales est d'autant plus tranchée, que les caractères de la famille sont eux-mêmes plus prononcés : ainsi les eaux sulfurées présentent des spécialisations plus précises que les chlorurées sodiques, et celles-ci que les bicarbonatées, etc.; en outre, l'activité spéciale des diverses classes décroît progressivement, dans chaque famille, à mesure que l'on descend des bases sodiques aux bases mixtes, et de celles-ci aux bases calciques. Enfin une large part est réservée à bon droit, à la clinique thermale; autour de chacune des multiples affections justiciables du traitement par les eaux minérales, se trouvent groupées les indications générales ou particulières de la cure, complétées par le nom des stations et des sources diverses qui sont appelées à les remplir suivant le but que l'on se propose d'atteindre. C'est ainsi que la goutte, le rhumatisme, l'herpétisme, la scrofule, les affections pulmonaires, intestinales, utérines, etc., sont successivement étudiés au point de vue du traitement thermal qui leur doit être opposé, selon la forme spéciale de l'affection et l'état général du sujet : après avoir lu ces pages remplies d'utiles conseils pratiques, on trouve justifiée la formule inscrite par l'auteur au début de cette étude clinique : *étant donnée une maladie, connaître l'eau minérale qui lui convient le mieux.*

André Petit.

Index bibliographique.

Leçons sur la physiologie du système nerveux (sensibilité), professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. Mathias Duval. — Doin, 1883.

Nous ne pouvons que signaler ici ces leçons consacrées à l'étude des questions les plus ardues de la physiologie, conductibilité nerveuse, actes réflexes, classification des sensations, toucher, où l'on retrouve les qualités maîtresses du professeur, précision et clarté extrêmes.

Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau, par M. Guibout. — G. Masson, 1883.

Ce nouvel ouvrage du médecin de Saint-Louis se divise en deux parties : la première est un exposé élémentaire, une sorte de manuel, comme le dit l'auteur, de la dermatologie entière. Les considérations thérapeutiques y prennent beaucoup plus de place que dans la plupart des travaux de ce genre. Dans la seconde partie, beaucoup plus étendue, l'auteur étudie toutes les questions générales afférentes à la dermatologie; il passe successivement en revue la constitution anatomique des lésions cutanées, expose l'étiologie, la nature et la symptomatologie des affections de la peau, et enfin esquisse le traitement local et général de ces maladies.

Du muguet des nouveau-nés, par le docteur Tordeus (thèse d'agrégation de Bruxelles, Manceaux, 1882). Excellente monographie, le travail le plus complet que nous possédions sur le muguet.

Tordeus se prononce contre la théorie qui ne voit dans le muguet qu'un épiphénomène; il montre que des sujets bien constitués et jouissant d'une parfaite santé peuvent le contracter.

Au point de vue anatomique, M. Tordeus admet avec Lélut que le champignon se développe, au début, au-dessous de l'épithélium.

Après avoir passé en revue toutes les médications qui ont été proposées, il préconise le benzoate de soude, indiqué par ses propriétés antimycétiques et son caractère alcalin, et qui, en fait, lui a donné d'excellents résultats (dose, 3 à 5 sur 30).

VARIÉTÉS

Service sanitaire. — M. le docteur Proust, inspecteur général adjoint des services sanitaires, vient de se rendre, par ordre du ministre du commerce, au Havre et à Saint-Nazaire, afin d'assurer le service de l'embouchure de la Seine et de l'embouchure de la Loire au point de vue de la police sanitaire maritime.

Le choléra en Égypte. — La *mission française* vient de s'embarquer pour l'Egypte sur le *Scamandre*. On sait qu'elle est composée de MM. Straus, Nocard (d'Alfort), Thuillier et Roux. M. Mahé, médecin sanitaire de France en Egypte, a été adjoint à la commission. On annonce, en outre, que M. Jules Aronssohn (de Paris), professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique et médicale en Egypte, où il devra étudier le choléra au point de vue étiologique, en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquée.

La *mission allemande* est partie cette semaine pour Alexandrie.

Fièvre jaune. — On lit dans le *Courrier des États-Unis* du 20 juillet :

Le chirurgien général des hôpitaux de la marine a reçu la dépêche suivante de Vera Cruz :

« La fièvre jaune sévit avec une intensité exceptionnelle. Il y a eu 90 décès en mai, 261 en juin, 144 pendant les dix-sept premiers jours de juillet. Le nombre des nouveaux cas diminue, spécialement dans le port. Sans compter les steamers de la ligne Alexandre, 7 pour 100 des matelots américains sont morts. La fièvre a commencé dans ce port parmi les navires norvégiens. Ce sont eux qui ont le plus souffert. Ils sont particulièrement dangereux parce que la plupart de ces navires partent pour nos ports du golfe. »

Des navires venant de Vera-Cruz ont amené des malades atteints de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans.

Concours de l'agrégation (sections d'histoire naturelle, d'anatomie et physiologie). — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Naturalistes : M. Blanchard, pour la Faculté de Paris; M. Beauvisage, pour la Faculté de Lyon; M. Granel, pour la Faculté de Montpellier; M. Macé, pour la Faculté de Nancy.

Anatomistes et physiologistes : M. Reynier, pour la Faculté de Paris; M. Planteau, pour la Faculté de Bordeaux; MM. Wertheimer et Demon, pour la Faculté de Lille; M. Debierre, pour la Faculté de Lyon.

École du Val-de-Grace. — Le lundi 7 janvier 1884, un concours s'ouvrira pour un emploi de professeur agrégé en médecine, entre les médecins majors de première et de deuxième classe qui se feront inscrire par voie hiérarchique avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

Nomination. — Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Sévestre, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin du collège Chaptal, en remplacement de M. le docteur Archambault.

Société protectrice de l'enfance de Lyon.—*Prix à décerner en* 1883.—La Société met au concours la question suivante : « De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile (crèches de sevrage; salles d'asile du premier âge).»

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé à ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur Chappet, secrétaire général, 20, cours Morand. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris vient d'autoriser M. le directeur de l'Assistance publique à acquérir à l'amiable, moyennant le prix de 300 000 francs, un immeuble dit domaine de Brévannes (Seine-et-Oise), pour la création d'un hôpital-hospice. La contenance du terrain est de 30 hectares environ.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vigier (de Grenoble). Il était frère de notre excellent collaborateur, M. Pierre Vigier.

— On annonce également la mort, à Montpellier, de M. le docteur Castex, médecin principal de 1re classe; de M. le docteur Boy (de Pamiers), qui a succombé aux suites d'une variole contractée en soignant ses malades; de M. le docteur Charles Roquette, décédé à Nantes le 30 juillet, et de M. le docteur Dumez (de Saint-Dyé-sur-Loire).

Erratum. — N° 32, aux *Travaux originaux*, 2e colonne, p. 529, 20e ligne, lire M. *Béclard* au lieu de M. *Bidard*. — 48e ligne, lire *manipulations* au lieu de *manifestations*.

Mortalité a Paris (32e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 août 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 998, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 4. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 13.—Diphthérie, croup, 24.—Dysentérie, 0.—Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5.—Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 49.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 89; au sein et mixte, 42; inconnu, 5.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 32e *semaine*. — Le chiffre des décès notifiés du 3 au 9 août inclus est de 998. Bien que ce nombre soit supérieur à celui du précédent septenaire (950), il est encore de beaucoup inférieur au chiffre moyen des décès constatés chaque semaine. En ce qui concerne les maladies épidémiques, on remarque un léger accroissement du nombre des décès dus à la fièvre typhoïde (37 au lieu de 30 pendant la période précédente). Le nombre des admissions dans les hôpitaux, du 30 juillet au 5 août, du fait de cette maladie, est notablement plus élevé que celui de la période antérieure (132 au lieu de 98). Il en est de même pour la diphthérie (30 admissions au lieu de 19). La rougeole a produit aussi 8 décès de plus que la semaine dernière (30 au lieu de 22). Les autres maladies épidémiques sont stationnaires : coqueluche, 13 décès; croup, 24. Cependant le chiffre des décès dus à la variole est descendu à 4 : c'est le plus faible que nous ayons enregistré cette année. Le nombre des varioleux admis dans les hôpitaux est également tombé de 23 à 12.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Cure radicale des hernies. Thèse présentée au concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements), par le docteur Paul Segond, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8. Paris, G. Masson. 5 fr.

Le tubercule dans les affections chirurgicales. Thèse présentée au concours d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchement), par le docteur Charles Nélaton. 1 vol. gr. in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Annuaire général des dentistes, publié sous le patronage de la Société syndicale odontologique de France, augmenté d'un mémorial thérapeutique du médecin dentiste, par M. le docteur Andrieu. 3e année 1883-84. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 23 août 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CUIVRE ET LE CHOLÉRA. — INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LA VIRULENCE DU CHANCRE. — DES PSEUDO-RHUMATISMES INFECTIEUX.

Académie de médecine : Le cuivre et le choléra. — Influence de la température sur la virulence du chancre.

En dépit de toutes les statistiques, beaucoup de médecins sont fort enclins à penser que, au cas d'une épidémie de choléra, une grande déception attend la prophylaxie et le traitement par le cuivre, et que les pilules et les plaques de ce métal iront rejoindre la strychnine, le guaco, le *stachys anatolica*, les cigarettes et les sachets de camphre. Ces médecins-là sont ceux qui se souviennent de l'épidémie de 1866, dans laquelle la méthode cuprique fit, il faut bien l'avouer, assez mauvaise figure. Dieu nous garde d'une nouvelle occasion de l'expérimenter! Mais puisqu'on affirme que le cuivre, ennemi déclaré de l'agent cholérique, ne l'est guère moins de l'agent fébrigène typhoïdique, on peut en attendant rechercher ce dont il est capable contre la fièvre typhoïde, sporadique ou épidémique. Ce sera toujours un point d'élucidé, et qui dès lors pourra répandre quelque lumière sur l'autre. Or le mémoire lu à l'Académie de médecine, mardi dernier, par M. le docteur Bailly, est décisif. L'imprégnation cuprique, si elle avait quelque influence sur la prédisposition à contracter la fièvre typhoïde et sur l'issue de la maladie, serait une influence nuisible.

Le travail de M. Bailly a été renvoyé à la commission chargée déjà d'examiner celui de M. Burq. C'était la marche réglementaire; mais ce serait s'abuser que d'en attendre quelque résultat sérieux. En ce qui concerne surtout le choléra, la commission discutera des résultats d'enquête, exhumera d'anciennes recherches ; mais elle manquera du seul criterium qui puisse être pris ici en sérieuse considération : l'expérience clinique.

Et voilà pourquoi nous aurions volontiers préféré à la nomination d'une commission académique l'invitation donnée à M. Burq de suivre la commission nationale qui vient de partir pour l'Egypte, et de ne pas laisser plus longtemps ce malheureux pays en proie à un fléau contre lequel il est si bien armé. L'hydre d'Egypte, terrassée par notre confrère avec une massue de cuivre, c'est un sujet de médaille qu'on entrevoit avec plaisir.

Les lectures académiques n'étant pas reproduites dans le *Bulletin*, les appréciations qu'on en peut faire dans la presse, à moins de prendre une connaissance détaillée du manuscrit, sont exposées à ne pas toujours rendre avec une fidélité parfaite la pensée des auteurs. De ce que nous avions entendu, mais surtout de ce que nous avions lu dans les comptes rendus de la presse médicale, nous avions cru pouvoir conclure que, dans la théorie développée à la tribune (7 avril) par M. le docteur Aubert, relativement à l'influence de la chaleur sur la virulence du pus chancreux, le chancre simple n'était qu'un chancre primitivement virulent, mais dont le virus avait été tué par une température soutenue de 37 à 38 degrés.

Vérification faite, l'opinion de M. Aubert n'est pas tout à fait celle-là. Il admet la dualité fondamentale du chancre, et même deux microbes distincts. Seulement il estime que le microbe du chancre simple est beaucoup plus sensible à l'action de la chaleur que le microbe du chancre virulent; et il tire de cette différence de nouveaux éléments pour la distinction des maladies provoquées par les deux ulcères chancreux.

Des pseudo-rhumatismes infectieux.

Dans l'article que nous avons consacré ici même (26 avril 1882) aux magistrales leçons de M. le professeur Bouchard sur les maladies par ralentissement de la nutrition, les chapitres relatifs aux rhumatismes dits secondaires, aux pseudo-rhumatismes infectieux, n'ont été que fort succinctement analysés. Il nous semblait que l'étude de ces processus morbides, bien peu avancée d'ailleurs, offrait trop d'intérêt pour pouvoir être ainsi abordée d'une manière incidente. Or, aujourd'hui, l'occasion se présente à nous de revenir sur ces questions particulièrement délicates, à propos de la thèse d'un élève fort distingué de M. Bouchard, Bourcy. Dans ce travail (*Des déterminations articulaires des maladies infectieuses, pseudo-rhumatismes infectieux*, Paris, 1883), Bourcy a réuni et groupé fort heureusement les faits épars dans la littérature scientifique; si, à plusieurs égards, l'enquête à laquelle il s'est livré reste encore inachevée, il n'en a pas moins eu le grand mérite de mettre en quelque sorte la question au point, et de montrer dans quel sens devront être entreprises les recherches ultérieures.

I

« Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. » La démonstration de cette grande loi de pathologie générale n'est plus à faire, ainsi que Bourcy le reconnaît, en ce qui concerne la plupart des maladies parasitaires ou virulentes, comme la blennorrhagie, les fièvres éruptives, la puerpéralité, la morve, la dysentérie, etc., et sur tous ces points l'auteur n'a eu qu'à codifier les documents si nombreux que la science lui offrait.

Cependant certains processus infectieux semblent faire exception à cette règle; il en est ainsi, par exemple, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie. L'existence d'un pseudo-rhumatisme typhoïdique, d'un pseudo-rhumatisme pneumonique restait problématique. De ce côté surtout devait porter l'effort du pathologiste; malheureusement les faits probants sont bien peu nombreux.

Il résulte toutefois de plusieurs observations démonstratives que le virus typhoïdique peut porter son action sur les articulations et donner lieu à des arthropathies, les unes superficielles, sans signification pronostique sérieuse, les autres, au contraire, rapidement graves avec tendance à la suppuration, à terminaison rapidement fatale. Comme ces arthrites suppurées peuvent apparaître dès la période d'état de la dothiénentérie, on ne saurait les attribuer à la pyohémie, ainsi que le fait remarquer Alb. Robin, qui a rapporté deux observations de cet ordre (*Gazette médicale de Paris*, 1881), et force est bien de les mettre sur le compte du virus même de la fièvre typhoïde.

Mais en ce qui a trait aux arthropathies pneumoniques, la démonstration est, ce semble, moins concluante. Certes, repoussant avec énergie la doctrine organicienne de la pneumonie, maladie locale, on doit admettre l'existence d'une maladie générale, infectieuse, vraisemblablement contagieuse, à substratum anatomique pulmonaire, en un mot d'une fièvre pneumonique. Mais à côté de cette entité morbide, relativement rare, au moins dans notre pays, le nombre n'est-il pas plus grand des pneumonies secondaires, c'est-à-dire des inflammations pulmonaires survenant dans le cours d'états pathologiques fort dissemblables, tels, par exemple, que la fièvre herpétique ou le coup de froid, si bien étudiés par notre cher et regretté maître, le professeur Parrot? La grippe ne peut-elle pas aussi revendiquer une part considérable dans l'étiologie de la pneumonie?

Aussi, avant d'attribuer à un virus pneumonique des arthropathies évoluant de concert avec une phlegmasie pulmonaire aiguë, faudrait-il être certain que cette pneumonie elle-même n'est pas secondaire à un processus infectieux ou. à une maladie générale quelconque.

Que si, dans le cours d'une fièvre herpétique, d'une grippe, se produisent à la fois une inflammation du poumon et des arthropathies, est-on autorisé à étayer sur de pareils faits l'existence du rhumatisme pneumonique? Evidemment non; or, il faut bien le reconnaître, la plupart des observations invoquées par Bourcy remontent à l'époque où, l'école organicienne étant prépondérante, on se préoccupait presque exclusivement des affections locales; aussi sont-elles trop peu explicites sur les phénomènes généraux concomitants pour qu'il soit possible de les classer au point de vue nosologique. Dès lors, rien ne nous autorise à rapporter au virus pneumonique des arthropathies qui relevaient peut-être de l'agent morbide de la grippe ou de toute autre maladie générale à déterminations à la fois pulmonaires et articulaires.

D'ailleurs, qu'il nous soit permis de signaler ici une lacune à notre distingué confrère; n'eût-il pas été intéressant de rapprocher les manifestations rhumatoïdes si fréquentes au cours de la grippe des accidents articulaires, plus francs, plus graves, auxquels donnent lieu les grands processus infectieux?

On pourrait, en effet, se demander si bien des cas de soi-disant rhumatisme articulaire subaigu, avec ou sans angine et bronchite, reviennent légitimement à la dyscrasie rhumatismale, ou s'ils ne seraient pas plutôt sous la dépendance de tel autre facteur morbide, comme le coup de froid ou l'influenza. A la faveur de cette dernière interprétation, on s'explique aisément la production de ces accidents rhumatoïdes chez des individus qui n'ont rien, qui n'ont jamais rien eu du rhumatisant, de même que l'intégrité, pour ainsi dire constante, dans ces cas, des séreuses cardiaques et viscérales; on comprend aussi pourquoi, chez ces malades, les évacuants ou le sulfate de quinine, ce médicament antigrippal par excellence, réussissent à merveille, alors que le salicylate de soude ou les médications analogues n'ont qu'une efficacité fort contestable.

Il y aurait donc grand intérêt pratique à soustraire au rhumatisme vrai ces processus qui n'en ont que les apparences; c'est, du reste, à une tentative de ce genre qu'est consacrée la deuxième partie de la thèse de Bourcy, à coup sûr la plus originale et la plus instructive.

II

En dehors des déterminations articulaires des maladies infectieuses bien définies, il existe dans la science un certain nombre d'observations relatives à des rhumatismes à forme insolite, à caractère nettement infectieux, qu'il est impossible de faire rentrer dans les cadres nosologiques classiques. Si ces états pathologiques présentent parmi leurs symptômes, parfois même comme phénomène prédominant, des arthropathies d'ailleurs comparables à celles qui se produisent au cours des grandes maladies générales, si elles offrent par conséquent l'*apparence rhuma-*

tismale, diverses particularités cliniques, et surtout les manifestations d'essence manifestement infectieuse, doivent, dans ces cas, faire écarter l'hypothèse d'une affection vraiment rhumatismale. C'est à ces modalités cliniques qu'on peut, avec M. Bouchard et avec Bourcy, réserver la dénomination de *pseudo-rhumatismes infectieux* proprement dits. Ce sont des faits de cet ordre que décrivit Delioux (*Union médicale*, 1854) sous le titre de *Maladies aiguës des articulations avec production de pus simulant le rhumatisme*, et plus tard Quinquaud (*Gazette médicale de Paris*, 1871) sous le nom de *maladie arthrito-suppurative.*

Dans ces derniers temps, grâce sans doute à l'impulsion donnée à l'étude des processus infectieux de toute sorte, les observations similaires se sont multipliées; tels, par exemple, les deux faits publiés par Mathieu (*Revue de médecine*, 1883); de même, Bourcy nous en apporte plusieurs inédits, les uns personnels, les autres dus à ses collègues de l'internat.

Il est fort probable d'ailleurs que les observations si discutées de rhumatisme suppuré auraient dû porter la même étiquette et pourraient servir à l'histoire du pseudo-rhumatisme infectieux.

Cependant les faits concluants, qui ne soient pas passibles d'interprétations diverses, ne sont pas encore, il faut bien le reconnaître, fort nombreux; d'autre part, ils présentent entre eux des dissemblances trop accusées pour qu'on puisse les ranger sous une seule et même rubrique. Toute tentative de synthèse serait donc prématurée aujourd'hui; toutefois il est intéressant de faire ressortir par quels caractères cliniques ces processus morbides se distinguent du rhumatisme aigu vrai et se rapprochent des maladies infectieuses.

Prenons, pour préciser les idées, le type le plus net de pseudo-rhumatisme.

Un individu surmené, n'ayant jamais eu d'attaque rhumatismale, se plaint d'un grand malaise, avec abattement considérable, fièvre vive, état saburral très prononcé, épistaxis répétées; comme accidents locaux, on trouve des arthropathies multiples, d'intensité variable.

Bientôt la suppuration envahit les jointures et les tissus péri-articulaires; en même temps les phénomènes généraux s'accusent et revêtent de plus en plus le caractère typhoïde ou adynamique. La langue se sèche, se couvre de fuliginosités, le ventre se ballonne, le sensorium se prend; il y a des alternatives de délire et de subcoma.

Les urines, chose essentielle, se coagulent par l'acide nitrique et ne présentent pas cette coloration rouge foncé avec sédiments uratiques, si caractéristique du véritable rhumatisme. Enfin la mort survient dans le collapsus.

A l'autopsie on trouve toutes les lésions des maladies infectieuses, dans le sang, comme dans les viscères: état poisseux du sang, dégénérescence graisseuse du foie et des reins, diffluence de la rate, hémorrhagies sous-cutanées et sous-viscérales. Lorsqu'il existe des épanchements dans les séreuses, ils ne sont pas séro-fibrineux comme dans la polyarthrite rhumatismale, mais nettement purulents.

Un pareil syndrôme ne porte-il pas, de la manière la plus évidente, la signature d'un processus infectieux, sans même qu'il soit nécessaire d'invoquer la présence, plusieurs fois constatée, d'organismes inférieurs dans le pus articulaire et dans les urines?

D'ailleurs, suivant la remarque de M. Bouchard, la caractéristique du rhumatisme infectieux est de respecter le cœur et de frapper les reins; et l'on peut dire que lorsqu'on constate de l'albuminurie, surtout rétractile, dans le cours d'une affection d'apparence rhumatismale, on doit toujours émettre des doutes sur la nature réelle du processus. L'albuminurie, comme nous le faisait souvent constater Gubler, est chose absolument exceptionnelle dans le rhumatisme, à part les cas d'embolie rénale. A ce caractère urologique on pourrait encore ajouter, suivant notre regretté maître, la recherche de l'indigose urinaire qu'on trouve dans les pseudo-rhumatismes seuls.

La clinique, comme l'anatomie pathologique, prouve donc qu'il existe des *manières d'infection*, à détermination principalement articulaire, simulant, mais de loin, les grandes attaques de la dyscrasie rhumatismale. Leur fréquence est même sans doute plus grande qu'on ne serait porté aujourd'hui à l'admettre. Car, à côté de ces faits si nets, on en voit d'autres, à évolution plus lente, à caractères moins tranchés, qui peuvent, à ce qu'il semble, être considérés comme des formes atténuées du pseudo-rhumatisme infectieux.

Prenons encore, comme exemple, une de nos observations. Un jeune homme se présente à nous avec un état fébrile léger, un malaise assez accusé; comme signes locaux nous constatons des douleurs dans plusieurs jointures, des épistaxis, de l'érythème noueux, de l'albuminurie; point de sueurs; la langue blanche, un peu sèche. On pose, non sans hésitation, le diagnostic du rhumatisme subaigu; mais les jours suivants les phénomènes articulaires ne s'accusent pas; il n'y a ni tuméfaction ni rougeur au niveau des jointures. La douleur y persiste, peu intense.

Les symptômes généraux s'atténuent peu à peu et bientôt la guérison serait complète si les articulations étaient revenues à la norme. Tout au contraire il se fait, de ce côté, un travail sourd qui, d'après M. Bouchard, peut aboutir à une ankylose fibreuse incomplète.

Ici, évidemment, la note infectieuse est moins nette et le diagnostic d'un processus de cet ordre ne repose que sur des nuances cliniques, pour ceux surtout qui n'attribuent à l'albuminurie qu'une importance secondaire. Mais, en tout cas, le rhumatisme vrai doit être mis hors de cause et ce serait peine perdue que d'administrer du salicylate de soude, tandis que la médication évacuante, dont toute affection infectieuse est justiciable, donnera de bons résultats.

Rien n'est plus fréquent, dans les observations de ce genre, que d'observer des éruptions cutanées, érythème polymorphe, urticaire, purpura. Bien des faits intitulés érythème noueux, fièvre ortiée, purpura rhumatismal, ne pourraient-ils pas être assimilés au pseudo-rhumatisme infectieux? L'affirmer dores et déjà serait aller trop loin; mais tout au moins, cette manière d'envisager ces états morbides, réfractaires jusqu'à présent à toute classification, mérite l'examen. L'enquête sur ces questions encore si obscures sera, on peut l'affirmer, continuée par les cliniciens de toute école; car, comme nous l'avons fait entrevoir, la pathologie générale ne sera pas seule à bénéficier des recherches entreprises dans ce sens; la thérapeutique peut être, elle aussi, appelée à en tirer grand profit.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

De la syphilis équine (mal du coït, dourine, etc.), par M. Laquerrière, vétérinaire militaire.

(Fin. — Voy. les nos 31 et 32.)

VII. Étiologie pathogénique. — Des volumes ont été écrits en Allemagne et en France sur cette importante question. Suivant les vues scientifiques de l'époque, les auteurs ont successivement invoqué ou nié la contagion; plusieurs d'entre eux ont admis exclusivement le développement *spontané* de la maladie en se fondant sur les résultats négatifs obtenus par des essais de transmission par le coït ou par l'inoculation (Strauss, Signol, première commission de Tarbes, Jessen). Cette première commission de Tarbes avait accouplé, dix fois en dix-huit jours, un cheval d'expérience avec deux juments malades; elle avait, en outre, pratiqué des inoculations sur des chevaux et sur des brebis avec du liquide provenant d'écoulement vaginal; ces tentatives étaient restées infructueuses. Escorne avait vu également huit juments saillies par des étalons malades rester à l'abri de la maladie.

Sans nier la contagion, d'autres auteurs moins exclusifs ont admis également l'influence de la *spontanéité*. Ils ont alors invoqué toute une série de causes banales qu'il serait trop long d'énumérer. Toutes ces causes sont purement hypothétiques et ne sauraient soutenir un examen sérieux. Quelles que soient les influences climatériques, hygiéniques et autres, aucun équidé ne saurait contracter la maladie en dehors de l'accouplement ou de l'inoculation expérimentale ou accidentelle.

Ce caractère contagieux de l'affection avait été admis par les auteurs jusqu'en 1844. C'est à cette époque que Strauss nia la contagion. Dlaveman avait cependant constaté, dès 1816, à Hanovre, qu'un étalon malade avait infecté plusieurs juments qui, à leur tour, communiquèrent la syphilis à plusieurs étalons. Devenus malades, ceux-ci infectèrent ultérieurement les juments qu'ils saillirent et l'affection se propagea ainsi jusqu'en 1820 inclusivement. Rodloff a rapporté les faits suivants : Dans la station de Siérakowo, 107 juments saines furent saillies par des étalons infectés; 54 moururent et la plupart des autres restèrent très longtemps malades. En 1852, dans la plaine de Tarbes, 127 juments sur 750 livrées à l'accouplement, contractèrent la syphilis et 52 en moururent. A l'Ecole de Toulouse, les expériences pratiquées par Prince et M. Lafosse, en 1853, d'après les plans d'Yvart, ont établi péremptoirement la contagiosité du mal. Dans ces expériences, 15 juments saines furent accouplées plusieurs fois à 4 étalons malades. Le résultat fut le suivant : 5 juments furent réfractaires à la contagion ; les 10 autres contractèrent la syphilis; 4 en moururent et les 6 autres guérirent spontanément. Enfin 2 étalons sains furent accouplés, à la même époque, à des juments malades; de ces animaux, l'un mourut de la maladie qu'il contracta et l'autre ne parut présenter qu'un léger engorgement du fourreau. En 1858, l'étalon Aureilhan malade depuis deux ans et dont l'état s'était amélioré sous l'influence des eaux de Cauterets, fut accouplé plusieurs fois avec une jument d'expérience qui ne contracta qu'une *affection locale*. Ecoulement leucorrhéique, œdème de la vulve, congestion de la muqueuse vulvo-vaginale. Une deuxième jument, accouplée, à la même époque, avec un autre étalon syphilitique, ne contracta également qu'une affection purement locale. A Alfort, en 1858, une jument d'expérience ne présenta, à la suite d'un coït impur, que des ulcérations offrant de l'analogie avec le chancre simple.

A Alfort, en 1878, M. Trasbot accoupla, sans résultat, deux juments saines avec un étalon infecté, mais dont la verge n'offrait, en ce moment, aucune lésion spécifique; plus tard, ces mêmes juments contractèrent la syphilis par leur accouplement avec ce même étalon *devenu porteur de plaques muqueuses*.

En dehors du coït, plusieurs expérimentateurs ont produit, par l'inoculation, des accidents purement locaux ou une syphilis généralisée. Enfin des transmissions par les éponges imprégnées de virus ont été également constatées.

Nous reviendrons ultérieurement sur ces différents modes de transmission. Recherchons actuellement quelle pourrait être l'origine première de la syphilis équine.

Hertwig, Renner, le général Daumas ont assigné la fornication comme origine de la maladie. Dans une lettre des plus intéressantes, adressée par le général Daumas à M. Magne et publiée dans le *Recueil vétérinaire* de 1866, il est exprimé « qu'il est de notoriété publique, en Algérie, que » certains Arabes croient pouvoir se guérir de la maladie » vénérienne en forniquant avec une ânesse ». Partant de cette idée, le général se demande si la dourine « ne serait » pas tout simplement une maladie vénérienne communi» quée à l'ânesse par le crime de bestialité assez commun » en Afrique, prise par le baudet, puis donnée à la jument » lorsqu'on veut lui faire jeter des mulets. » Ce préjugé qui consiste à voir dans la bestialité un moyen curatif des maladies vénériennes, se rencontre aujourd'hui encore dans beaucoup de contrées arriérées. Le docteur Patté a dit à la Société de médecine vétérinaire que les Arabes n'étaient pas les seuls qui eussent recours à cette thérapeutique grossière et brutale pour se guérir de la syphilis. « On trouve, ajoutait-il, dans les historiens antérieurs à la grande épidémie de vérole du quinzième siècle et dans les auteurs postérieurs, des relations d'autres énormités. » Signol, le docteur Vital, Viardot ont également cité la bestialité comme cause originelle de la syphilis équine. M. Merche a rapporté dans le *Journal de médecine vétérinaire militaire*, de 1864, le fait considérable suivant : *Une ânesse ayant été infectée par un soldat arabe*, fut soumise à l'accouplement avec un baudet qui contracta la maladie et infecta, à son tour, les juments avec lesquelles il fut accouplé ; celles de ces juments qui ne conçurent pas, furent livrées à des étalons qui prirent eux-mêmes le mal et le transmirent ensuite sur une grande échelle. M. Bouley, avec sa haute autorité, relata cette observation à l'Académie de médecine en en tirant cette conclusion : « Le fait dont l'authenticité est » affirmée par Merche jette une grande lueur sur la maladie » du coït *qui ne serait qu'une forme de la syphilis de* » *l'homme* modifiée par l'organisme des bêtes auxquelles » elle aurait été transmise. »

L'observation de Merche a une très grande valeur au point de vue de l'origine et de la nature de l'affection. Scientifiquement, les principes qui en découlent peuvent-ils être acceptés? Des inoculations nombreuses du virus syphilitique de l'homme ont été tentées par des syphilographes des plus autorisés et par des vétérinaires distingués au nombre desquels nous citerons Hunter, Ricord, Turnbull, Cullerier, Castelnau, Fournier, Depaul, Raynal, Leblanc, Lafosse, Horand et Peuch. Pour ces auteurs comme pour la plupart des syphilographes de notre époque, le pus du chancre infectant ne saurait être inoculé aux animaux et conséquemment ceux-ci ne sauraient contracter la syphilis de l'homme. Lafosse, Zundel, Saint-Cyr, Galtier, paraissent partager cette opinion.

Pour nous, nous pensons tout simplement que les expérimentateurs n'ont pas suffisamment multiplié leurs expériences. Du reste, dès 1844, Auzias-Turenne, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, annonçait qu'il avait réussi à inoculer des chancres à des singes, des lapins et des chiens. Sur un chat ainsi inoculé, il avait parfaitement constaté des accidents de syphilis constitutionnelle; enfin il a cité également

« comme une preuve évidente de l'aptitude que possède la » race chevaline à prendre la syphilis » le cas du cheval de M. Mathieu, sur lequel des papules syphilitiques se sont développées trois semaines après l'inoculation (*Recueil vétérinaire* de 1867). Un syphilographe de Vienne, Sigmund, aurait également obtenu des résultats positifs par l'inoculation du virus sur tous les animaux à sang chaud. Sur le chien, le lapin, le *cheval*, les accidents primitifs auraient été suivis de syphilide cutanée (Spirino, *De la syphilisation*, 1853, Paris). Zundel rapporte que Gailleton, Legros, Michot, Bradley auraient également obtenu des résultats positifs par l'inoculation de la syphilis de l'homme au chat et au lapin. Enfin, dans ces derniers temps, Klebs, professeur d'anatomie pathologique à Prague, a formulé, après de nombreuses expériences, le principe suivant : La syphilis peut être transmise aux animaux (singes, lapins, etc.) par l'inoculation de néoplasmes syphilitiques; chez les singes, la maladie se comporte absolument comme chez l'homme (Klebs, *Allgemeine Wiener medicische Zeitung*, n° 42, vingt-troisième année).

En somme et en prenant particulièrement en considération les expériences d'Auzias-Turenne, de Sigmund, de Klebs et le fait rapporté par Merche, nous persistons dans les principes d'étiologie pathogénique que nous formulions en 1875 et nous les résumons de nouveau par les aphorismes suivants :

1° La syphilis équine ne se développe jamais *spontanément*.

2° Elle est le résultat de la transmission de la syphilis de l'homme à l'ânesse ou à la jument par voie de bestialité.

3° L'ânesse ou la jument ainsi infectées reportent au baudet ou à l'étalon, par l'accouplement, l'affection spécifique qu'elles ont contractées.

4° Le baudet et l'étalon malades transmettent à leur tour, par le coït, l'affection qu'ils ont acquise sous l'influence de la contagion.

5° L'affection en passant de l'organisme de l'homme dans celui du cheval, subit ainsi des modifications inhérentes à ce changement; elle constitue alors une forme nouvelle de la syphilis, forme non encore suffisamment étudiée, et qui n'en constitue pas moins la syphilis des espèces asine et chevaline.

Le temps et de nouvelles inoculations du pus du chancre infectant et même peut-être des plaques muqueuses, aux animaux, consacreront les principes sus-énoncés. Certains virus ne se transplantant qu'avec les plus grandes difficultés d'une espèce animale à une autre espèce, il conviendra, pour le virus syphilitique, de ne pas se décourager par quelques insuccès et de multiplier les expériences. Reynal et Viardot pensaient que ces expériences auraient des chances de réussite en s'adressant à des juments ou à des ânesses en *rut*. Nous sommes de cet avis et nous recommanderions, dans ce cas, d'exciter davantage encore l'orgasme vénérien par des frottements pratiqués sur la muqueuse sexuelle avec un bâtonnet entouré d'un linge ou d'étoupades. Par ces frottements, on activerait au plus haut degré la vascularisation et, de plus, on pourrait provoquer de légères excoriations à la surface desquelles le contage serait déposé.

VIII. Virus; mode de transmission. — Chez les animaux comme chez l'homme le virus syphilitique n'a pu être isolé et, comme au temps de Fernel, il n'est connu que par ses effets. Dans tous les cas, il est *fixe;* sans nul doute, il existe dans les produits de sécrétion des accidents primitifs et des accidents secondaires. Lorsque ces accidents ont disparu, la transmission de la maladie ne peut plus s'effectuer. Rodloff, qui s'était beaucoup occupé de cette question, admettait que le tissu glandulaire du testicule serait l'organe élaborateur, l'atelier où se fabriquerait le virus. Pour la femelle, d'après cet auteur, la sécrétion purulente ou muco-purulente, fournie par le canal vulvo-vaginal, servirait de véhicule au virus. Phauneuschmidt et Hertwig ont réussi des inoculations effectuées avec ce produit.

M. Trasbot, dans ses expériences de 1878, a élucidé la question en ce qui concerne le cheval. Le coït répété entre deux juments saines et un cheval atteint d'accidents constitutionnels, mais dont la verge était indemne de lésions, n'a amené aucun résultat. Par contre, le coït accompli par le même cheval porteur de lésions, que M. le docteur Fournier a affirmées être analogues aux *plaques muqueuses* de l'homme, a été suivi de l'infection des deux juments précitées. En inoculant le produit de ces mêmes plaques muqueuses, M. Trasbot a déterminé un *accident local* sur un cheval sain. Enfin M. Trasbot a inoculé du sang sans résultat et M. Saint-Cyr a pratiqué sans succès la transfusion du sang, l'inoculation du sperme, de liqueur prostatique et de divers produits cadavériques. Jusqu'à plus ample informé, nous devons donc admettre que le contage syphilitique se trouve seulement, chez le cheval, dans le pus des chancres et dans la sécrétion des accidents secondaires de la sphère génitale. La dualité du virus syphilitique généralement admise en médecine humaine, doit-elle l'être chez les animaux? Sans oser nous prononcer sur cette grave question, nous croyons néanmoins que, chez les équidés, le virus est *un* et que seules ses manifestations sont variables. Dans les nombreux faits de transmission expérimentale par le coït que nous avons rapportés en traitant l'étiologie pathogénique, nous avons vu effectivement la maladie se borner à des accidents purement locaux chez certains sujets alors qu'elle se généralisait sur d'autres sujets soumis scrupuleusement aux mêmes conditions expérimentales. Dans les essais de transmission par inoculation directe, on a vu également l'affection rester locale ou devenir constitutionnelle. A l'avenir seul appartient le soin de résoudre cette importante question de syphilographie. La transmission, nous l'avons dit précédemment, s'effectue par le rapprochement sexuel, l'inoculation, l'hérédité. La première forme de transmission s'effectue d'un animal malade à un animal sain et a toutes les chances de réussite, si le malade est porteur d'accidents primitifs ou d'accidents secondaires en voie de sécrétion sur la muqueuse génitale. Quant aux inoculations, elles sont plus difficiles à réussir. Haussmann, Phaunenschmidt, Hertwig les ont cependant pratiquées avec succès sur la muqueuse génitale de juments. En principe, cette inoculation pourra avoir lieu toutes les fois que des germes virulents de nature syphilitique seront déposés sur des surfaces absorbantes, muqueuses ou peau, d'animaux solipèdes. Aussi Zundel admet-il que des juments seraient susceptibles de donner leur maladie à d'autres animaux, leurs voisins, en se frottant la vulve contre eux. Par ce moyen et mieux encore par celui d'éponges imprégnées de contage, on s'explique les cas de syphilis signalés sur des poulains par Weber, Jessen, Marech et sur des chevaux hongres par Hayne et Dayot. Haubner a constaté ce mode de transmission par l'éponge. Louchard, Rodloff, Jessen ont constaté la transmission héréditaire.

IX. Nature. — D'après l'origine probable du virus, le mode de propagation de la maladie, sa marche, ses lésions et surtout d'après son analogie symptomatique avec la syphilis de l'homme, nous pensons que l'affection spécifique que nous étudions est de nature syphilitique. Si nous déclinons toute compétence, nous invoquerons, par contre, l'autorité du docteur Fournier; ce savant syphilographe, dans les constatations que nous avons rapportées précédemment, a reconnu *le chancre parcheminé* sur une jument infectée par un étalon porteur de *lésions spécifiques* reconnues également par lui analogues aux *plaques muqueuses* de la syphilis de l'homme. *Comme la syphilis de l'homme, la syphilis du*

cheval peut donc débuter par un chancre et celui-ci être suivi ultérieurement d'accidents secondaires susceptibles eux-mêmes de transmettre la maladie sur un autre sujet sain.

Sans rappeler toutes les théories qui ont été émises sur la nature de cette affection, nous dirons cependant qu'on l'a considérée comme une forme de la morve; on la regardait alors comme la morve de l'appareil de la génération. Si ces deux affections ont quelques points de rapprochement, elles n'en forment pas moins des entités morbides complètement distinctes et séparées; les lésions de la syphilis produiront toujours la syphilis et jamais la morve, de même que la morve produira toujours la morve et non la syphilis. Le farcin peut produire la morve et inversement; comme l'exprime M. Saint-Cyr, c'est cette propriété de naître d'un même virus qui a conduit à l'identité de ces deux formes morbides. Il n'y a qu'un virus morvo-farcineux; mais en dehors de ce contage particulier, il en existe un autre, le contage syphilitique, qui n'a rien de commun avec la morve. Des juments *morveuses* ont été saillies par des étalons sains; des juments saines ont été accouplées avec des étalons morveux et si, dans ces conditions, une maladie s'est déclarée, cette maladie a été l'affection morvo-farcineuse et jamais la syphilis équine.

X. Traitement. — Les préparations mercurielles ont été administrées par la première commission de Tarbes, mais à si hautes doses qu'elles ont produit des effets toxiques évidents. M. Trélut a administré l'arsenic avec succès. Nous avons également, mais dans un cas seulement, employé l'iodure de potassium avec un certain avantage. Une alimentation analeptique, des soins hygiéniques bien entendus, des toniques, des ferrugineux ont fait jusqu'ici les frais du traitement. Il y aurait lieu, suivant nous, d'essayer les préparations hydrargyriques et l'iodure de potassium contre la syphilis constitutionnelle. Des soins de propreté, le vin aromatique, les lotions astringentes sont indiqués pour combattre les accidents de début.

Fischer. Nouveau dictionnaire de médecine vétérinaire pratique, article mal du coït (1858). — Bouley. Dictionnaire lexicographique des sciences médicales et vétérinaires, article mal du coït (1863). — Lafosse. Pathologie vétérinaire (1868). — Reynal. Traité de police sanitaire (1873). — Zundel. Nouvelle édition du dictionnaire d'Harhoval (1874). — Laquerrière. De la syphilis équine (*Recueil d'hygiène et de médecine vétérinaire militaire*) (1876). — Galtier. De la dourine (*Traité des maladies contagieuses*) (1880). (Différents mémoires et articles reproduits dans les journaux vétérinaires). — Lautour. Affection pustuleuse du cheval (*Recueil vétérinaire*) (1835). — Dayot. Eczéma des organes génitaux, id. (1852). Rapport de la 1re commission de Tarbes, id. (1852). — Yvart et Lafosse. Rapport, id. (1853). Discussions à la Société de médecine vétérinaire, id. (1855). — Hertwig. Traduction de Baldenweck, id. (1852). — Rodloff. Traduction de Verheyen, id. (1855). — Renaud et Degoix. De l'exanthème coïtal dans l'Avallonnais (1863). — Trélut, id. (1865 et 1867). — Auzias-Turenne. Histoire d'un chat syphilitique, id. (1866). — Horand et Peuch. Recherches expérimentales pour servir à l'histoire des maladies vénériennes chez les animaux, id. (1871). — Laquerrière. Considérations sur la syphilis équine et prophylaxie, id. (1877 et 1878). — Prince et Lafosse. Rapport et études sur la maladie du coït (*Journal des vétérinaires du Midi*) (1855). — Vital. Rapport sur la dourine (1863). — Merche. Journal de médecine vétérinaire militaire (1864). — Viardot, id. (1865 et 1866). — Trasbot. Mémoire sur la dourine (*Archives vétérinaires*) (1878). — Saint-Cyr. Id. (*Journal de médecine vétérinaire*) (1878). — Sipière. Gazette médicale de l'Algérie (1878). — Peuch. Considérations sur le horse-pox simulant la dourine (*Revue vétérinaire*) (1880), etc., etc.

Anatomie pathologique.

Anomalie extraordinaire des doigts pouvant prendre rang à côté de l'ectrodactylie d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, par le docteur E. Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, membre de la Société d'anthropologie.

Obs. — Le 3 février 1883, j'accouchai une cliente de mon excellent confrère et ami le docteur Pignol, d'un enfant venu en position O. I. D. P., pour laquelle je dus faire la réduction artificielle avec le forceps (voy. *Méd. praticien*, n° 10, 1883).

Cet enfant, du sexe masculin, mourut de convulsions le quatrième jour après sa naissance. Il présentait un vaste défaut d'ossification du crâne allant de la racine du nez à la fontanelle postérieure, qui, contrairement à l'état normal, était très développée, et, au moment de la naissance, les méninges herniées par cette large ouverture donnaient à la tête de l'enfant une forme dolichocéphale, avec l'apparence d'une sorte de crête antéro-postérieure; puis tout rentra peu à peu dans l'ordre naturel, et, le jour de la mort, il ne restait plus d'une fontanelle à l'autre qu'une vaste suture de la largeur d'environ deux travers de doigts.

Mais le fait capital, sur lequel je désire appeler l'attention du lecteur, c'est tout à la fois une anomalie numérique et de conformation des doigts, se répétant aux deux membres supérieurs, et, chose plus curieuse encore, les deux pieds de ce même enfant présentaient aussi une malformation, mais sans analogie avec celle qui existait aux mains.

J'ai fait mouler une des mains et un des pieds de cet enfant, et j'ai eu l'honneur de les soumettre à la Société de chirurgie le 25 avril 1883.

Depuis, j'ai consulté l'histoire des anomalies de l'organisation de Geoffroy Saint-Hilaire, et je ne vois guère que l'*ectrodactylie* (absence d'un ou de plusieurs doigts) (1) à côté de laquelle je puisse ranger ce cas extraordinaire.

Je me souviens d'avoir mis au monde, il y a une quinzaine d'années environ, un enfant polydactyle, auquel je pratiquai l'amputation des doigts surnuméraires quelques jours après sa naissance.

L'enfant mourut six mois après, la guérison étant parfaite. Le père d'abord, puis la mère de cet enfant, moururent à leur tour de *tuberculose*.

Dans le cas actuel, les parents allaient bien, ils ne présentaient aucune trace de diathèse ou de maladie constitutionnelle; la mère avait déjà eu un enfant bien conformé, mort du croup à deux ans.

Celui qui fait le sujet du présent travail avait donc ce défaut d'ossification du crâne déjà cité, joint à l'anomalie de nombre et de conformation des doigts aux deux membres supérieurs et inférieurs.

Rien dans la grossesse de la mère ne donna lieu à une hypothèse qui pût faire croire à une influence quelconque sur cette anomalie, et rien non plus dans les antécédents du père et de la mère ne permettait d'accuser l'hérédité. Ils n'étaient parents à aucun degré.

J'ai présenté à l'Académie de médecine, il y a quatre ans, un enfant, vu par M. Depaul, chez lequel tout le membre abdominal droit manquait, et dont le pied était soudé directement à l'abdomen. Or ce pied unique ne portait que trois doigts bien isolés les uns des autres; c'était donc, outre la phocomélie existante (ectroméliens), un véritable cas d'ectrodactylie, tels que ceux que rapporte Geoffroy Saint-Hilaire, comme on peut s'en convaincre par la figure ci-contre (fig. 1).

Mais, dans notre cas, bien qu'il n'y ait également que trois doigts, puisqu'il n'y a que trois ongles, on sent sous la peau, non seulement les métacarpiens, mais même les phalanges qui composent les trois doigts du milieu, qui tous viennent se souder ensemble à leur extrémité et aboutir en un ongle commun. L'annulaire et le pouce se détachent suffisamment de ce groupe et ont d'ailleurs chacun à chacun leur ongle particulier, comme on peut le voir sur cette figure prise de face (fig. 2); mais l'ensemble de la main, recourbée en dedans, a tout à fait l'apparence d'une griffe concave (voy. fig. 3).

C'est en vain que, dans cette disposition, on chercherait quelque analogie avec la palmature. Rien de semblable n'existe. J'ai aussi, dans ma longue carrière d'accoucheur, rencontré de ces doigts palmés que j'ai pu opérer sans trop de difficulté; mais ici les doigts, absolument sous la peau, comme dans une sorte de man-

(1) Par opposition à *polydactylie*, terme déjà admis pour l'augmentation du nombre des doigts.

chon, n'ont aucune partie charnue qui s'interpose entre eux. Ils sont bien soudés par les têtes des phalangettes, qui portent une seule matrice d'ongle, laquelle a projeté sa sécrétion cornée au dehors.

J'ai dit que cette anomalie existait aux deux mains, et, quant aux pieds, voici ce que j'ai également observé sur les deux.

Tous les orteils étaient réunis, non par une palmature interdi-

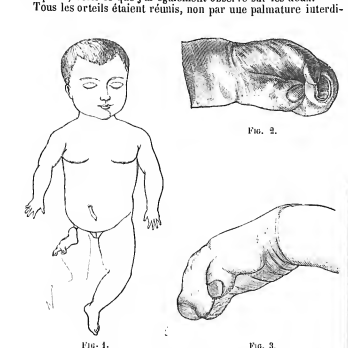


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

gitale, mais l'ensemble des phalanges ne faisait qu'un seul tout, surmonté de cinq ongles distincts, bien que les orteils ne le fussent pas (voy. fig. 4).

De plus, il existait une double courbure sur le pied, savoir : l'une longitudinale, séparant la partie correspondante à l'empla-



Fig. 4.

cement du gros orteil, et l'autre oblique en dehors, paraissant suivre le point de jonction des phalanges avec les métatarsiens.

A sa face plantaire, le pied est convexe en dedans, dans la partie correspondante aux têtes des métatarsiens, et concave en dehors.

Si l'on venait à déplacer le pied de cette position, — ce qui ne se faisait qu'avec une certaine résistance, — il la reprenait aussitôt à la manière d'un ressort.

J'ai cherché à classer cette double anomalie. Si à la rigueur on pouvait, pour la main, ranger l'anomalie à côté des cas d'ectrodactylie, cela était impossible pour le pied, qui n'était cependant pas non plus un pied palmé, bien qu'il s'en rapprochât sensiblement.

Quoi qu'il en soit, au point de vue chirurgical, il eût été plus facile d'opérer le pied que la main, en raison de l'ongle unique pour trois doigts; mais à quoi cela aurait-il avancé? Quant aux mains, à mon sens, elles n'étaient pas opérables. D'ailleurs, n'a-t-on pas vu de ces malheureux infirmes acquérir par l'usage une certaine habileté à manier l'aiguille, le pinceau ou la plume avec une main ainsi incomplète?

Si maintenant nous parcourons les observations d'ectrodactylie dans l'espèce humaine, nous trouvons qu'on en rencontre également chez des sujets bien conformés pour le reste du corps, comme chez des sujets atteints d'autres vices de conformation, mais ils sont plus fréquents dans ce dernier cas. Avec l'ectrodactylie nous devons aussi ranger la diminution de nombre ou l'absence de phalanges.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire s'étend peu sur cette anomalie des diverses parties des doigts. Un doigt, dit-il, peut manquer d'ongle ou, au contraire, se trouver terminé par deux ongles, disposition très rare qui indique une bifurcation de la phalange unguéale; il ne cite pas le cas de plusieurs doigts n'ayant pour eux tous qu'un seul ongle (*Anomalie de l'organisation*, t. I, p. 672). Mais, en général, le nombre des phalanges varie plutôt par excès que par défaut, comme la polydactylie, et même il est assez rare, d'après cet auteur, que les doigts surnuméraires soient exempts de ces anomalies.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire a remarqué que l'absence d'un ou de plusieurs doigts coïncidait assez souvent avec certaines monstruosités définies; ainsi on les rencontrerait presque constamment chez les acéphales, et il est rare que le nombre des doigts, dans ces cas, soit diminué d'un côté sans l'être aussi de l'autre.

Bartholin (*Hist. anat. cent.* III, obs. 32, et *cent.* II, obs. 44) a cité plusieurs cas où l'ectrodactylie coïncidait avec une autre anomalie (éventration). Dans un de ces cas, le fœtus monstrueux avait quatre doigts à la main droite et deux à l'extrémité gauche, qui était très imparfaitement développée. Chez le même sujet, les doigts du pied droit étaient réunis, et il n'en existait pas au pied gauche.

Meckel a vu manquer le pied gauche tout entier (*Handd. der path. Anat.*, t. I, p. 751).

Weitbrecht (*Nov. comment. Petrop.*, t. IX, p. 269) et Bonn (*Desc. oss. morb.*, p. 129) ont observé l'un et l'autre un cas où il y aurait eu absence simultanée aux deux mains et aux deux pieds de quelques doigts, de quelques métacarpiens ou métatarsiens, enfin de quelques os du carpe et du tarse.

Bartholin (*loc. cit.*, *cent.* II) fait mention d'un homme de vingt-six ans n'ayant aux mains que deux doigts et le rudiment d'un troisième, ce qui ne l'empêchait pas d'écrire très bien.

Oberteuffer (*Arch. de Stark*, t. II, p. 645) a vu tous les orteils remplacés par un moignon arrondi que ne supportait aucun squelette osseux à l'intérieur, ce qui, pour le dire en passant, pourrait bien résulter de la persistance d'une conformation que présentent normalement les pieds dans un de leurs premiers degrés de développement.

Morand (*Recherches sur quelques conformations monstrueuses des doigts dans l'homme*, in *Mémoires de l'Académie des sciences* pour 1770, p. 139) cite le cas d'une jeune fille qui n'avait pour tous doigts à une main que le pouce, et la sœur de cette jeune fille présentait trois doigts surnuméraires.

Le docteur Béchet (*Essai sur les monstruosités humaines*, thèse de Paris, 1829, avec planches) a publié plusieurs cas de diminution du nombre des doigts, intéressants par leurs conditions anatomiques et remarquables en ce qu'ils sont des exemples de transmission héréditaire de ce vice de conformation :

1° Victoire Barré n'avait à chaque main que l'auriculaire : le second et le troisième doigt n'étaient représentés que par leur métacarpien, incomplètement développé, et les deux autres manquaient totalement.

Aux pieds, deux orteils : le premier et le cinquième étaient séparés par un large intervalle vide. Tous deux étaient même imparfaitement développés, et leurs ongles étaient rudimentaires ou même complètement nuls.

Son père et une de ses tantes étaient encore plus imparfaitement conformés qu'elle-même.

2° Barré père avait le cinquième orteil seulement aux pieds

et le cinquième doigt à la main gauche; la main droite était même dépourvue de ce dernier, et se terminait par une sorte de moignon comparable, pour la forme, au sein d'une femme.

3° Deux filles nées de Victoire Barré, l'une en 1827, l'autre en 1829, n'avaient aux mains, comme leur mère, qu'un seul doigt, l'auriculaire, et leurs pieds, privés même du gros orteil, se trouvaient réduits au cinquième orteil, comme chez leur aïeul.

Bien que, dans notre fait, nous n'ayons pas trouvé de traces d'hérédité, les observations ci-dessus prouvent d'une manière incontestable que l'hérédité des anomalies par défaut existe comme celle absolument reconnue des anomalies par excès dans le nombre des doigts.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire parle aussi d'un jeune homme, peintre en bâtiments à Caen, dont la main du côté gauche, terminée par deux doigts bien distincts, bien séparés, semble être soudée à l'humérus, tellement les os de l'avant-bras sont peu développés. Des doigts de cette main, l'un, l'interne, simple d'abord, est terminé par deux phalanges unguéales pourvues chacune d'un petit ongle allongé.

Un jeune Egyptien, vu par le père de Is. Geoffroy Saint-Hilaire, n'avait que trois doigts à la main droite, savoir : un pouce bien conformé; un index court, arqué, dont l'extrémité est enveloppée d'un ongle recourbé; enfin un doigt auriculaire arrondi, assez long et terminé par un petit ongle. Entre l'index et l'auriculaire se trouve un intervalle où l'on sent sous la peau l'extrémité arrondie des troisième et quatrième métacarpiens. La main gauche avait tous les doigts normaux.

Dans un autre cas, observé par le docteur Martin Saint-Ange, une main, chez un homme adulte, se terminait par deux doigts seulement. Après l'avant-bras, un peu plus court que d'ordinaire et un peu recourbé sur lui-même, venaient trois ou quatre os carpiens, et enfin deux doigts, dont l'un était composé, comme dans l'état normal, d'un métacarpien et de trois phalanges. L'autre, au contraire, en grande partie double, présentait d'abord des métacarpiens distincts, puis une phalange très élargie à son extrémité supérieure, et résultant évidemment de la soudure de deux os; enfin deux phalanges, dont l'une très petite, et l'autre représentant par son volume et par sa forme une phalange unguéale. Ainsi ce second doigt se composait de deux doigts, d'abord séparés, puis réunis, puis séparés de nouveau à leur extrémité.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire représente dans son Atlas, p. 111, un embryon humain affecté d'un double bec-de-lièvre, chez lequel il n'existe à la main gauche que trois doigts. A la main droite, chez le même sujet, le médius paraît composé de deux doigts soudés sur toute leur longueur, et l'un des doigts latéraux se divise vers son extrémité en deux portions : l'une très courte, représentant l'annulaire; l'autre beaucoup plus longue, paraissant analogue à l'auriculaire.

Enfin, dans les monstres célosomiens, on sait que l'éventration, qui est le caractère principal de cette monstruosité, se complique de diverses anomalies des membres (schistosomie). Ainsi, dans l'éventration médiane, le corps est plus ou moins tronqué après l'abdomen; il n'existe qu'un seul membre pelvien imparfait, médian, avec diminution presque constante du nombre des doigts.

M. Guéniot a présenté en mon nom, à l'Académie de médecine, le 12 décembre 1882, une note sur un cas d'éventration fœtale vu avec lui et les docteurs Tison et Bernier de Bournonville, dans lequel il y avait déplacement herniaire du cœur (célosomie) et un seul membre inférieur. Mon attention n'était pas alors portée sur la diminution du nombre des doigts, de sorte que je n'en ai pas tenu compte.

M. Doléris, dans un travail publié in *Archives de tocologie*, avril 1882, sur l'éventration du fœtus au point de vue obstétrical, rapporte six observations dans lesquelles on trouva comme complications d'ectrodactylie un rudiment de bras gauche grêle, court, terminé par deux doigts (obs. I); les jambes présentaient des vices de conformation (obs. IV). Il n'est pas fait mention de la diminution du nombre des doigts; enfin (obs. VI) un arrêt de développement du membre supérieur gauche, qui n'avait que quatre doigts à la main correspondante. Il est probable que d'autres absences de doigts devaient exister; mais en présence des anomalies graves entraînées par la célosomie, les auteurs des observations ont pu omettre de mentionner de simples cas d'ectrodactylie.

Dans l'*asphalasomie* et dans l'*agénosomie*, le déplacement des viscères abdominaux et le tirage exercé par eux et par le placenta sur la portion inférieure du corps, tout en faisant sentir principalement leur influence sur les organes génitaux urinaires et sur le rectum, réagissent d'une manière très marquée sur les membres pelviens, toujours mal conformés, souvent très raccourcis, et quelquefois même incomplets quant au nombre de leurs doigts.

Dans la *cyslosomie*, degré plus avancé encore de monstruosité, le corps, terminé inférieurement par un seul membre, offre donc une analogie qui établit son lien d'union entre le groupe des monstres célosomiens et la famille des ectroméliens (Is. Geoffroy Saint-Hilaire).

Le nanisme lui-même n'est pas sans influence sur la diminution du nombre des doigts, témoin le nain Dantlow, pour lequel Is. Geoffroy Saint-Hilaire conclut avec certitude que la petite taille de ce nain était due au rachitisme. Or, chez lui, les membres supérieurs manquaient presque entièrement, et il n'avait que quatre orteils à chaque pied (t. I, *Anomalies*, etc.).

Dantlow, malgré ce vice de conformation, écrivait fort couramment du pied gauche, dessinait, tricotait et mangeait avec ce pied.

Il serait curieux de rechercher l'influence du rachitisme sur les anomalies par diminution du nombre des doigts, et non moins curieux de rechercher les cas d'ectrodactylie chez les vertébrés digités, par espèces, eu égard au nombre normal des doigts dans chaque espèce.

Malheureusement le temps me manque, et je me contente de signaler cette lacune dans l'histoire des anomalies des doigts aux travailleurs sérieux.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (XIIe session, Rouen).

Inauguration du Congrès. — Épidémie de fièvre typhoïde : M. Pineau. — Influence des maladies du foie sur la marche du traumatisme : M. Picqué. — Influence de l'alcoolisme sur les fractures : M. Duménil. — Ablation d'un enchondrome de l'humérus : M. Duplouy.

La ville de Rouen a magnifiquement ouvert ses portes aux membres du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le jeudi 16 août 1883.

La séance d'inauguration a eu lieu dans la belle salle du théâtre des Arts récemment édifié, sous la présidence de M. *Frédéric Passy*, ayant à ses côtés M. le préfet de la Seine-Inférieure, M. le maire de Rouen et MM. les membres du conseil d'administration. M. Frédéric Passy avait pris pour sujet de son discours l'histoire de l'économie politique en France avant 1789. Après avoir cité les noms de Nicolas Oresmes, évêque de Lisieux et conseiller de Charles V, de Jean Bedin, de Montchrestien de Watteville, de Boisguilbert, de Vauban, de Quesnay et de Turgot, il a plus particulièrement étudié l'œuvre du Rouennais Boisguilbert. Dans une brillante péroraison, l'orateur a montré le rôle des hommes de science dans les questions qui intéressent le bien-être de la majorité.

M. Ricard, maire de Rouen, a fort éloquemment souhaité la bienvenue aux membres de l'association.

Cette première séance générale s'est terminée par la lecture du rapport de M. le secrétaire sur les travaux de l'année et sur l'état de plus en plus prospère des finances.

Le soir, la municipalité recevait à l'Hôtel de ville les membres du Congrès et dès le lendemain les travaux ont commencé dans les sections.

Section de médecine.

Le premier soin de la section a été d'élire un président en remplacement du très regretté professeur Parrot. M. Duplouy (de Rochefort) a réuni presque la majorité des suffrages. Le bureau a été définitivement constitué de la façon suivante :

Président : M. *Duplouy* (de Rochefort). — Vice-présidents : MM. *Siredey* (de Paris); *Duménil* (de Rouen); *Henrot* (de Reims); *Thierry* (de Rouen). — Secrétaires : MM. *H. Petit* (de Paris); *Picqué* (de Paris); *Cerné* (de Rouen); *Petel* (de Rouen).

SÉANCE DU VENDREDI 17 AOUT.

M. *Pineau* (d'Oleron) lit un travail *sur une petite épidémie de fièvre typhoïde*, qu'il a observée dans la commune du Château de l'île d'Oleron (Charente-Inférieure).

Cette maladie est rare dans cette île; elle n'avait pas été observée depuis longtemps, lorsque arriva sur son territoire un malade employé à la Compagnie des chemins de fer de l'Est à Paris. Il était en pleine évolution de dothiénentérie et en présentait tous les signes classiques. Il guérit, mais sa présence fut le point de départ d'une épidémie qui atteignit une douzaine de personnes dans les environs de la demeure qu'il habitait.

M. Pineau a étudié le mode de contagion de la maladie qu'il a observée, et il le rapproche de celui signalé par d'Auverre. En effet, la constitution géologique du sol de l'île d'Oleron se compose d'une assise jurassique recouverte d'une couche épaisse d'argile bleue, sur lesquelles est répandue la terre végétale. Les eaux de pluie traversent les premières couches et sont arrêtées par les secondes formant une nappe souterraine qui alimente tous les puits. Ce qui arrive pour les eaux pluviales arrive également pour les eaux ménagères et pour les produits de déjection des malades ou des personnes bien portantes; reçus dans des fosses non étanches, tous ces liquides septiques se mêlent à la nappe d'eau souterraine et les habitants boivent avec elle les germes des maladies. Voici un premier point que l'auteur voulait mettre en lumière. Un second point n'intéresse plus seulement l'hygiène locale, mais s'adresse à l'hygiène générale. Le malade, cause de l'épidémie, venait de Paris, c'est-à-dire qu'il avait traversé une grande partie de la France en pleine évolution de fièvre typhoïde. Ne serait-il pas à désirer que l'on fît pour ces maladies endémiques dans notre pays, ce que l'on fait pour les maladies qui nous viennent de l'étranger, par exemple le choléra, la fièvre jaune? Ne devrait-on pas surveiller les déplacements de ces malades et l'interdire lorsqu'ils peuvent porter aux quatre coins du territoire une maladie circonscrite à une petite région?

— M. *Picqué* lit une très intéressante observation qui confirme les idées de M. le professeur Verneuil concernant l'*influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*.

Un homme de cinquante-deux ans, manifestement alcoolique, fait une chute et se fracture la malléole externe. Tout va bien pendant quelques jours, mais bientôt le malade est pris d'un érysipèle de la face, ayant pour point de départ des excoriations légères de la région externe de l'orbite droit : fièvre très forte, délire. En même temps, rougeur et gonflement œdémateux de la région de la jambe atteinte par le traumatisme. Mort dans l'adynamie. A l'autopsie, on trouve une fracture, dont le foyer suppuré s'est ouvert dans l'articulation tibio-tarsienne et a déterminé une arthrite purulente. Le foie est atteint de catarrhe; rien de spécial à noter dans les autres organes. La suppuration du foyer de fracture est extrêmement rare; il faut, pour qu'elle s'observe, des conditions particulières que l'autopsie est venue révéler chez le sujet en question : c'était un hépatique, du fait de ses habitudes alcooliques, et son traumatisme, qui chez un autre malade aurait marché simplement, s'est compliqué de la suppuration par le mécanisme de l'auto-inoculation dans le cours de l'érysipèle de la face.

M. *Verneuil* appelle l'attention des membres de la section sur cette observation. Il voudrait, chose qu'il demande à toutes les séances de la Société de chirurgie, que les faits analogues se multipliassent, afin que la lumière se fît éclatante sur l'influence des tares organiques sur la marche des blessures. En fait, dit-il, on ne doit mourir ni d'un érysipèle léger de la face, ni d'une fracture des malléoles, lorsqu'il n'y a aucune maladie générale; mais que celle-ci (alcoolisme, tuberculose, diabète, etc.) existe, et de suite les conditions sont bien changées. Le traumatisme même léger est dévié dans sa marche curative; il se complique d'accidents qui trop souvent entraînent la mort du patient.

M. *Duménil* (de Rouen) rapporte qu'il a observé, il y a quelque temps, un individu alcoolique atteint de fracture de côte. Le foyer de la fracture suppura et le malade mourut.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) a dernièrement enlevé un enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus, ayant quelque analogie avec celui dont l'observation a été récemment communiquée à la Société de chirurgie par M. Berger. La malade, âgée de trente ans environ, cuisinière de son état, portait depuis très longtemps une petite tumeur à la région externe et supérieure du bras droit, tumeur à laquelle elle n'attachait aucune importance, n'éprouvant aucune gêne, aucune douleur; mais depuis deux ans, sans cause, la tumeur se mit à grossir et atteignit rapidement des dimensions considérables, au point de gêner par son poids les fonctions du membre supérieur. En même temps, la malade pâlit et maigrit, sans doute à cause des matériaux de nutrition que le néoplasme détournait à son profit. Plusieurs chirurgiens, consultés par la patiente, l'engagèrent à se laisser faire la désarticulation de l'épaule; elle s'y refusa absolument et vint trouver M. Duplouy dans l'espérance qu'il lui proposerait peut-être une opération moins radicale. Ce chirurgien, après avoir constaté, autant que le relief de la tumeur le lui permettait, l'intégrité de la clavicule, de l'omoplate et de l'articulation scapulo-humérale, pensa qu'on pouvait faire l'ablation de la tumeur en conservant le membre; cependant il crut devoir faire des réserves sur les limites de son intervention et obtint de la malade l'autorisation du sacrifice du bras, si les lésions étaient trop étendues. L'opération résolue fut pratiquée de la façon suivante : une incision pratiquée en avant de la tumeur à la limite des parties malades et des parties saines conduisit immédiatement sur le pédicule, qui fut reconnu très étroit. Dès lors, l'extirpation sans la désarticulation de l'épaule paraissait possible; c'est ce qui fut fait. L'énorme tumeur fut enlevée par morcellement, et, lorsque le point d'implantation sur l'humérus au niveau de l'empreinte deltoïdienne fut bien mis à découvert, M. Duplouy se mit en devoir de sculpter avec la gouge et le maillet l'humérus, afin de détruire les racines du néoplasme qui pouvaient infiltrer l'os; par excès de prudence même, il cautérisa cette surface avec le thermocautère. Ces manœuvres n'ouvrirent d'ailleurs pas le canal médullaire. Un drain placé dans la lèvre inférieure de l'incision assura l'écoulement des liquides et trente-cinq points de suture maintiennent l'union des téguments. Pendant deux

jours, la malade n'eut absolument pas de fièvre; le troisième jour survint un petit érysipèle rosé, qui donna lieu à une légère augmentation de la température et compromit la réunion par première intention. L'érysipèle n'eut aucune suite, la plaie se mit à bourgeonner, et à son départ de Rochefort, il y a dix jours, M. Duplouy pouvait considérer son opérée comme guérie. Voilà donc un beau résultat immédiat, sera-t-il définitif? Là est la question, M. Duplouy l'espère; les enchondromes des os, quoique susceptibles de se généraliser, n'eurent cependant pas la gravité des enchondromes des parties molles, ni surtout des sarcomes et des carcinomes du squelette. En présence d'une tumeur enchondromateuse siégeant sur un os volumineux des membres, on est bien en droit de chercher à être aussi conservateur que possible et à ne pas se résoudre au sacrifice du membre malade, comme on le fait sans trop grands inconvénients pour les tumeurs de moindre nature si fréquentes aux doigts. Il serait donc bien désirable d'être édifié sur la gravité, au point de vue de la généralisation, des enchondromes des grands os. M. Deshayes a observé un cas de zona siégeant sur les branches du nerf maxillaire inférieur. Cette observation lui a fourni l'occasion de faire un travail, qu'il lit devant la section et dans lequel, après avoir rappelé les théories émises sur la nature de cette affection, il dit qu'il s'agissait très vraisemblablement chez son malade d'une névrite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA. — M. *Bonnafont* donne lecture d'une Note intitulée : *Quelques documents sur l'histoire de la prophylaxie du choléra.* (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA, AU POINT DE VUE PROPHYLACTIQUE ET CURATIF. Note de M. *V. Burq.* — Ce mémoire est un rappel des divers travaux de l'auteur sur ce sujet et des confirmations que quelques savants, et en particulier M. H. Bouley, ont données à ses opinions.

« Tout cela étant, ajoute-t-il, la préservation cuprique s'impose d'autant plus que, sans parler de nos observations personnelles, dont les premières remontent déjà à l'épidémie de 1853-1854, nombre d'observations ont été citées qui plaident en sa faveur. C'est ainsi encore que, en 1879, le docteur Maillet fit, au Japon, de la préservation sur une grande échelle avec les ceintures de cuivre, et qu'en ce moment même, *d'après ce qu'aurait dit* M. le professeur Vulpian, à Mékong, dans le delta du Gange, et en Egypte les officiers français et anglais se préservent (?) par le cuivre. Dès 1868, dans la peste bovine, les animaux auraient eux-mêmes bénéficié de nos recherches. Donc : 1° application du cuivre *extra* soit sous la forme métallique, armatures, plaques, ou même de simples sous, cousus, après avoir été bien décapés, sur des lanières de cuir souple; soit en teinture dans un gilet, une chemise ou une ceinture de flanelle; 2° combustion à domicile de bichlorure de cuivre dans des lampes à alcool; 3° usage quotidien d'une préparation de cuivre à dose progressive, du bioxyde, par exemple, qui n'a aucun goût, à partir de 1 jusqu'à 6 centigrammes, suivant les âges, en deux fois dans la journée, ou bien de quart de lavement avec de l'eau tiède contenant de 10 à 20 centigrammes de sulfate de cuivre; 4° mouiller le vin des repas avec de l'eau minérale naturelle de Saint-Christau, et faire usage de légumes verdis avec du sulfate de cuivre; 5° et se conformer, d'ailleurs, aux sages prescriptions hygiéniques publiées par l'autorité. » (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

DU DANGER DE CONTAGION DES MALADIES INFECTIEUSES, PAR L'EMPLOI DES VASES EN FAÏENCE TRESSAILLÉE. Note de M. *E. Peyrusson.* — Un grand nombre de poteries communes sont encore, malgré les circulaires ministérielles, très souvent vernies à l'alguifoux; leur glaçure contient une quantité de plomb qui constitue un danger sérieux, puisque l'auteur a pu retirer de 100 grammes de lait qui avait fermenté dans un de ces vases, la dose énorme de 22 centigrammes de sulfate de plomb.

On sait cependant que M. Constantin a inventé un procédé à la fois plus économique et tout à fait inoffensif, le vernissage au borosilicate de chaux, et que ce chimiste, dont l'Académie a couronné les travaux, a libéralement livré au public cette découverte, si importante au point de vue de l'hygiène. Il y aurait donc utilité à provoquer de nouveau l'intervention de l'autorité sur ce point.

La glaçure des faïences fines, françaises et anglaises, a été beaucoup améliorée par l'addition de l'acide borique et du borate de chaux, qui permettent de diminuer dans une grande proportion la quantité de céruse qui entrait jadis dans leur composition; mais si ces poteries ne peuvent produire d'empoisonnements aigus, comme les poteries vernies à l'alguifoux, elles peuvent cependant, par un usage habituel, occasionner des accidents.

Au cours de ses expériences, l'auteur a remarqué que les vases dans lesquels il avait fait aigrir une première fois du lait ou du bouillon faisaient fermenter ces matières beaucoup plus rapidement lorsqu'il y renouvelait l'expérience, même après les avoir nettoyés avec grand soin. J'eus alors l'idée que ce fait pouvait provenir des tressaillures ou gerçures, qui existent toujours dans la glaçure des faïences qui ont servi un certain temps; il en tire la conjecture que ces petites fentes conservent, malgré les lavages, un certain nombre de germes. Les faïences, même les plus fines, sont, en effet, constituées par une pâte qui n'a pas été cuite jusqu'au ramollissement, et qui, par conséquent, est restée poreuse.

FALSIFICATION DU LAIT. — M. *G. Krechel* adresse une Note relative à une falsification du lait, par l'addition d'une solution aqueuse de glycose commerciale, de même densité que le lait lui-même.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

PRÉTENDUES PROPRIÉTÉS PROPHYLACTIQUES DU CUIVRE. — Après avoir rappelé l'insuccès du cuivre dans les circonstances où on l'a déjà employé et l'inopportunité de « l'exhumation » qui vient d'être faite par M. Burq, M. *Bailly* (de Chambly) ajoute que, suivant un journal de médecine, le ministère de la guerre vient de recommander l'usage du cuivre dans une récente circulaire.

M. *Legouest :* Je proteste quant à moi et dès à présent.

M. le *Président :* Votre protestation sera consignée au *Bulletin.*

Puisqu'on ne s'est pas contenté d'affirmer l'immunité des cuivreux à l'égard du choléra et qu'on a cru devoir étendre la théorie de la préservation à d'autres maladies, notamment à la fièvre typhoïde, M. *Bailly* apporte devant l'Académie le résultat d'observations personnelles en contradiction manifeste avec les recherches de M. Burq.

L'opinion que M. le docteur Burq s'est efforcé de propager concernant l'heureuse influence du cuivre vis-à-vis du choléra (voy. ci-dessus, *Compte rendu de l'Académie des sciences*)

résistera-t-elle à l'assaut que M. le docteur Bailly (de Chambly, Oise) a cherché aujourd'hui à livrer contre elle?

M. Bailly exerce la médecine dans le village de Bornel, à la limite des départements de l'Oise et de Seine-et-Oise; il est, en particulier, le médecin de l'usine de ce village, où près de 500 ouvriers sont employés à fabriquer des couverts et autres objets d'orfèvrerie en métal d'alfénide, composé de cuivre, de nickel et de zinc, où le cuivre existe dans une proportion s'élevant jusqu'à 70, 80 et même 90 pour 100. Or, dans les épidémies de fièvre typhoïde qui se manifestent de temps en temps dans ce pays, un grand nombre d'ouvriers employés à cette fabrique sont frappés par la maladie et payent même le tribut le plus considérable à l'épidémie. D'où il conclut que le cuivre ne donne nullement aux cuivreux l'immunité contre la fièvre typhoïde. Les cuivreux n'ont pas été davantage exempts de la diarrhée cholériforme; ils n'ont pas non plus été préservés de la rougeole, de la diphthérie, des oreillons, de la coqueluche, du charbon.

Nous donnons les chiffres relatifs à la fièvre typhoïde :

« Au printemps dernier, dit M. Bailly, j'ai soigné, dans l'espace de deux mois, plus de 25 cas de fièvre typhoïde à Persan, à Chambly; j'en ai suivi, à la fin de l'hiver de 1880, 30 cas; enfin, à Bornel, Belle-Eglise et Chambly, j'en ai observé 53 cas dans l'été de 1873.

» Or voici comment les cas se répartissent dans les trois localités : à Chambly, sur 1500 habitants, la fièvre typhoïde donne lieu à 15 cas; trois étaient cuivreux, un homme et deux adolescents; aucun ne mourut.

» A Belle-Eglise, sur 400 habitants, je comptai 11 cas, parmi eux 2 cuivreux, un homme et un adolescent. Un seul décès se produisit, ce fut chez un cuivreux.

» A Bornel, centre de fabrication, sur une population de 580 habitants, j'observai 27 cas, parmi eux 21 cuivreux. La mort atteignit trois personnes; ce furent trois cuivreux.

» En résumé, l'épidémie, dans sa totalité, frappa 53 personnes, sur lesquels 26 cuivreux, c'est-à-dire près de la moitié des cas. Les décès s'élevèrent au nombre de quatre, trois femmes et une femme, tous les quatre étaient cuivreux.

» Ces chiffres acquièrent une éloquence plus significative encore, si on limite l'étude de cette épidémie au village seul de Bornel.

» En retranchant de 980, nombre total des habitants de la commune, le nombre de 400 habitants faisant partie des hameaux de la même commune, hameaux situés à quelques kilomètres où aucun cas de fièvre typhoïde ne se déclara, on arrive ainsi à compter autour de l'usine, foyer cuivreux, 27 cas sur 500 habitants; sur 27 cas, 21 cuivreux, et sur trois décès, trois chez les cuivreux. »

REVUE DES JOURNAUX

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action physiologique de la vératrine, par MM. Pécholier et Redier.

De leurs expériences sur diverses espèces animales, les auteurs tirent les conclusions suivantes : La vératrine a une action topique irritante sur la peau et les muqueuses; elle possède des propriétés émétocathartiques puissantes, détermine l'hypersécrétion du mucus nasal, de la salive, agit moins sur les reins, rarement sur la fonction sudorale. Après une accélération passagère de la circulation, la vératrine produit le ralentissement, puis l'arrêt du cœur en diastole. Même action sur la respiration. Abaissement de la température. Quant à l'influence de la vératrine sur le système nervo-musculaire, les auteurs ont obtenu des résultats qui diffèrent de ceux de Prévost et de Kölliker. Le système musculaire, d'abord excité, est bientôt frappé de parésie; finalement survient le collapsus. La motricité nerveuse n'est pas influencée; à l'action irritante toxique succède bientôt l'anesthésie et l'analgésie. (*Montpellier médical*, 1883.)

Du traitement de l'orgeolet, par le docteur Fitz Patrick.

Pendant l'expédition d'Egypte on a observé de nombreux cas d'orgeolet. Le traitement usuel de cette maladie consistait dans l'emploi de fomentations et d'applications de teinture d'iode sur la paupière. Quelques applications iodées sont en général suffisantes pour arrêter en vingt-quatre heures le développement de cette affection. (*The Lancet*, avril 1883, p. 715.)

De l'emploi thérapeutique du paraldéhyde, par le docteur Brown.

A titre d'hypnotique, ce médicament doit être employé à la dose de 30 ou 50 milligrammes. Sous son influence le malade s'endort en quelques minutes et l'action du médicament persiste de trois à six heures, sans donner lieu à de la céphalalgie, à de la constipation, ni à des troubles gastriques. Toutefois l'action de cet agent n'est pas supérieure à celle du chloral et son prix est beaucoup plus élevé. De plus il est presque insoluble dans l'eau, de sorte que son administration exige une plus grande quantité d'excipient. (*The British med. Journ.*, p. 966, mai 1883.)

De la cure radicale du varicocèle, par le docteur Richard Pinching (de San-Francisco).

Ce traitement proposé et employé avec succès par l'auteur consiste dans l'injection de quelques gouttes de solution de perchlorure de fer dans les plus grosses veines épididymaires et spermatiques. Cette injection est immédiatement suivie de la suffusion du liquide dans le tissu cellulaire périvasculaire et de douleur vive, mais aussi, après quelques jours, de la cure radicale du varicocèle. Pendant cette opération, il est utile de soumettre le malade à la chloroformisation ou à la morphinisation. Cette méthode de traitement est surtout recommandée par M. Pinching aux chirurgiens d'hôpitaux. (*The Dublin Journal of med. Science*, mai 1883, p. 401.)

De la septicémie puerpérale et de son traitement, par le docteur Gaillard Thomas.

Les deux principales indications de cette médication sont les suivantes : 1° laver la cavité utérine avec des liquides antiseptiques; 2° calmer les douleurs par l'opium; 3° combattre l'hyperthermie par les méthodes usuelles; 4° faire usage de la quinine. Relativement aux injections, elles ont des dangers qui contre-balancent leurs avantages par l'introduction de l'air dans la cavité utérine. De plus, il faut les pratiquer à des intervalles de trois, quatre, cinq, six et douze heures, d'autant moins fréquents que l'époque de l'accouchement est plus éloignée. Il en est de même de la médication quinique. Quant à l'opium, on doit en continuer l'administration pendant plus ou moins longtemps. (*The New York med. Journ.*, 31 mars 1883.)

De l'action hypnotique et calmante du paraldéhyde dans le traitement des maladies mentales, par le docteur Morselli.

Dans les différentes excitations mentales, telles que la manie, ce médicament est efficace comme hypnotique, sans avoir l'inconvénient de déprimer la circulation. Mais il ne possède aucune action sur la maladie elle-même. Dans les formes dépressives telles que la mélancolie, son efficacité est moindre, surtout dans les formes auxquelles s'ajoute de l'augmentation des actions psychiques réflexes. Dans l'idiotie avec phénomènes d'agitation, dans les périodes d'excitation de la paralysie générale, le médicament est utile; de même dans l'hystérie; mais alors il n'agit qu'à titre d'hypnotique. Enfin il peut rendre des services contre l'insomnie des névroses et contre celle que causent d'autres affections, fièvre, rhumatisme, goutte, prurigo, chloro-anémie, etc., etc. (*Il Pisani*, IV, V, VI, 1883.)

Une épidémie d'ictère sur les enfants, par le docteur Garnett.

Dans une note au congrès de l'Association médicale américaine, ce médecin considère l'élévation de la température atmosphérique comme un des agents pathogéniques de l'ictère des enfants et des adultes. A Washington, il a observé, ainsi que d'autres médecins, la fréquence de cette maladie pendant les mois de juillet et d'octobre. De plus, par des recherches bibliographiques, il a constaté que cet ictère est plus fréquent pendant l'été que durant les mois d'hiver ou les saisons froides. Cette influence de la chaleur a d'ailleurs été notée par les médecins français dans les expéditions militaires sous les tropiques. Le docteur Lynn a observé les mêmes faits en Pensylvanie, dans la vallée de Monogakela, au milieu de conditions où on ne pouvait invoquer aucune autre influence, pas même celle de la malaria. (*The Boston med. and surg. Journal*, 28 juin 1883.)

De l'hypertrophie prostatique et des rétrécissements dont elle est la cause, par M. Savory.

En publiant ces notes, l'auteur veut démontrer que le meilleur traitement de l'hypertrophie prostatique consiste à maintenir dans l'urèthre le cathéter dilatateur pendant une heure ou deux, dans le but d'agir sur la portion prostatique de l'urèthre et d'améliorer la miction. Le cathéter plein, à courbures habituelles, est plus facilement introduit que les autres instruments qu'on a préconisés pour cet usage. D'ailleurs, d'après M. Savory, on a souvent traité mal à propos par le cathétérisme des cas qui ne réclamaient pas cette opération parce qu'on était seulement en présence d'un épaississement par l'inflammation ou la congestion de la muqueuse. C'est alors que le passage répété de l'instrument peut irriter l'urèthre et provoquer un rétrécissement permanent. (*The Lancet*, 1er mars 1883, p. 356.)

Note sur l'emploi de l'acide bromhydrique comme succédané des bromures, par le docteur Dana.

Les succès de Massoni ont engagé le docteur Dana à faire usage de cet agent thérapeutique contre diverses affections du système nerveux. A la dose quotidienne de 4 ou 5 drachmes il en a retiré quelque bénéfice contre l'épilepsie et propose d'en substituer l'usage à celui des bromures. Dans le traitement de la chorée il prendrait place entre l'arsenic et la strychnine. Mais il donnerait de moins bons résultats contre l'alcoolisme. Il ne prévient pas les troubles quiniques comme on l'a prétendu. Enfin on en a obtenu de bons effets contre l'insomnie.

La dose habituelle est de 1 à 2 drachmes d'une solution à 10 pour 100. On peut le substituer avec avantage aux bromures à titre de sédatif du système nerveux. Après avoir employé ce médicament, le docteur Hammond l'a abandonné; mais il avait cependant remarqué, contrairement au docteur Dana, qu'il prévenait les troubles de l'intoxication quinique. Enfin le docteur Esbridge (de Philadelphie) en a fait usage contre la fièvre typhoïde. (*The American neurological Association*, 20 juin 1883, *The med. Record*, p. 913, 30 juin 1883.)

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des affections de la peau, par le docteur Cesarini.

L'auteur a essayé ce médicament dans différentes maladies. Il a obtenu des succès contre le purpura hemorrhagica, le rupia, l'eczéma et l'impetigo s'accompagnant de chloro-anémie. A l'extérieur le perchlorure de fer paraît avoir une certaine efficacité dans le pansement des ulcères scrofuleux et syphilitiques. Un liniment au perchlorure de fer a modifié des affections squammeuses. Les formes pharmaceutiques employées par le docteur Cesarini étaient la lotion, avec une partie de perchlorure de fer pour trois parties d'eau; et la pommade à la vaseline contenant un dixième ou un quinzième de perchlorure de fer. Dans le traitement du psoriasis, elle était composée de dix parties de sel de fer pour trente parties d'axonge ou de glycérine. (*Med. and surg. Reporter* et *The weekly medical Review*, p. 287, 28 avril 1883.)

Des bains tièdes phéniqués dans le traitement des affections chirurgicales inflammatoires, par le docteur Ribus.

Le docteur Ribus a employé ce traitement avec succès dans seize cas différents. Sous son influence, dans un cas de phlegmon de la main et de l'avant-bras, accompagné de manifestations fébriles violentes, de diarrhée et de vive douleur, il fit usage des bains phéniqués tièdes. Le membre y séjournait pendant trente minutes et on les répétait de trois en trois heures, tandis que dans leur intervalle on couvrait la région malade de compresses imbibées d'eau phéniquée. Les effets thérapeutiques de ces bains ont été rapides et leurs résultats satisfaisants. En tout cas, ils méritent d'être employés à titre d'essai. (*Il Siglo medico*, 15 avril 1883.)

De la chorée du larynx, par le docteur Frederick I. Knight.

L'auteur, dans cette communication à l'Association américaine de laryngologie, divise la chorée laryngienne en trois variétés : dans l'une, les adducteurs du larynx sont pris conjointement avec les muscles de l'expiration, phénomènes qui donnent lieu à des quintes de toux et à de l'aboiement; dans l'autre, les muscles du larynx sont seuls atteints; enfin dans la troisième variété, les muscles expirateurs semblent seuls être en cause, de sorte qu'on ne devrait pas la placer au nombre des chorées du larynx. A l'appui de cette classification nosologique les docteurs Knight et Langmoid signalent un cas du deuxième type, et le docteur Morgan un autre du premier type. Le docteur Ingals (de Chicago), signale une autre association de mouvements de ce genre. Chez un malade il existait des mouvements propres des muscles du voile du palais et ces contractions s'accompagnaient d'un bruit de claquement. (*The New York med. Journ.*, 2 juin 1883.)

Paralysie des constricteurs du pharynx, simulant l'œsophagisme, par le docteur BOSWORTH.

Dans les cas dont il est question, la paralysie était de cause musculaire. Dans l'un, l'excitabilité réflexe était totalement abolie; dans d'autres, la paralysie n'était pas complète, mais le malade ne pouvait avaler les aliments solides. Le traitement a consisté dans l'observation d'une bonne hygiène, l'interdiction de prendre des aliments solides, l'usage de la strychnine. Les récidives sont fréquentes et il n'est pas impossible de faire jouer dans la pathogénie de cette paralysie un rôle aux inflammations dont la muqueuse qui les recouvre est souvent le siège (*American laryngological Association*, 23 mai 1883 et *New York med. Journal*, 27 juin 1883). Ces faits démontrent à nouveau les difficultés du diagnostic entre l'œsophagisme et certaines paralysies du pharynx, que M. Eloy a signalées dans la *Gazette hebdomadaire* (septembre 1881).

Du traitement de la phthisie par l'iodoforme, par le docteur DRESCHFELD.

D'après l'auteur, les bénéfices de cette médication seraient les suivants : 1° augmentation du poids du malade ; 2° augmentation de l'appétit ; 3° diminution de la toux et de l'expectoration ; 4° suppression partielle et même totale des sueurs nocturnes ; 5° abaissement modéré parfois de la température. Dans les cas observés, on ne constata jamais de symptômes d'intoxication et ces résultats ont été contrôlés par l'expérience de plusieurs médecins. (*The Brit. med. Journ.*, avril 1883, p. 819.)

Du traitement de la phthisie laryngée, par le docteur E. FLETCHER INGALS (de Chicago).

Dans une note, lue à la Société américaine de laryngologie, l'auteur établit l'existence des trois indications thérapeutiques suivantes contre les accidents de la phthisie laryngée : 1° soulager les douleurs ; 2° combattre les processus destructeurs; 3° essayer de modifier la marche de la maladie générale et de prolonger la vie du malade. Contre la douleur, les topiques suffisent, même quand la médication interne ne procure que de faibles résultats. La seconde indication est obtenue par l'emploi simultané des médications interne et externe. Enfin la troisième est remplie quand on peut prolonger la vie du malade, en diminuant la douleur, en facilitant la déglutition et en prévenant la dénutrition. Localement, l'auteur a employé avec succès une lotion composée de morphine, d'acide phénique, de tannin, de glycérine et d'eau. Souvent il fait usage de l'eucalyptol. L'iodoforme lui a donné des résultats moins heureux. Enfin la médication doit être complétée par le traitement constitutionnel et le changement de climat. (*The New York med. Journ.*, 2 juin 1883.)

Travaux à consulter.

DU SIÈGE DE L'UROPOIÈSE, par M. SCHRÖDER. — Recherches expérimentales. L'auteur a eu l'idée de faire passer par un procédé très ingénieux tout le sang d'un animal à travers certains organes : le foie, les reins, le train de derrière. Malgré un défilé continuel de deux heures et plus à travers le foie, le sang contient à sa sortie toujours la même quantité d'urée, ce qui ne se produit nulle part ailleurs dans l'organisme. Le foie est donc l'organe uropoïétique par excellence. (*Archives de Klebs*, t. XV.)

DES TUMEURS MALIGNES DE LA GLANDE THYROÏDE, par M. BRAUN (de Heidelberg). — Les chances d'une guérison radicale par l'extirpation sont très faibles. Sur 25 cas (dont 5 personnels), on constate que la mort a suivi 17 fois l'opération, qu'une récidive s'est produite 6 fois, que dans un cas seulement le malade est bien portant un an après l'opération. — Les causes d'un insuccès aussi complet ne doivent être cherchées ni dans la technique opératoire, ni dans le traitement de la plaie, mais dans les conditions anatomiques de ces tumeurs, dans leur propagation constante aux ganglions du cou, du médiastin et des bronches. — L'extirpation des goitre malins est donc une opération condamnée, et les principaux chirurgiens allemands semblent partager cet avis. (*Cent. für Chir.*, n° 29, 1882.)

OBSERVATION DE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, par M. MODRZEJEWSKI. — Ce cas, comme le montrent deux dessins, est sans doute l'un des plus curieux qui aient été publiés jusqu'ici. La numération donna plus de 3000 tumeurs variant de la grosseur d'une tête de fœtus à celle d'un pois. Autopsie intéressante. L'auteur partage l'opinion de Recklingshausen, qui considère ces petits fibromes mous de la peau comme des névrofibromes et il appelle comme ce dernier l'affection *Neuro fibromatosis.* (*Berl. klin. Woch.*, n° 42.)

DE L'ACTION DE L'ARSENIC, par M. SCHULZ. — Étude de pathogénie théorique. La question à résoudre est la suivante : Y a-t-il une différence *quantitative* dans les énergies avec lesquelles certains organes oxydent ou réduisent les acides arsénieux et arséniques ? — D'après les auteurs, le sang, les tissus morts ont plutôt une action réductrice, le protoplasma vivant une action oxydante. La muqueuse stomacale, le pancréas, le cerveau oxydent et réduisent en même temps. (*Archives de Klebs*, t. XV.)

INFLUENCE DES TYPHUS SUR LA MENSTRUATION, par M. BARTHEL. — Mémoire volumineux et indigeste, dont la conclusion assez naturelle est que plus une maladie typhique est avancée dans son évolution, plus les règles ont de chance pour ne pas apparaître. L'auteur considère comme une rareté la pseudo-menstruation, mot qui correspond aux épistaxis utérines de Gubler. (*Deutsches Arch. für klin. Med.*, t. XXXII.)

FORMATION DES VALVULES AU CARDIA, par le professeur QUINCKE. — A la suite d'un ulcère rond de l'estomac qui avait entamé l'œsophage. (*Deutsches Archiv. für klin. Med.*, t. XXXI.)

UN ODONTOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, par M. USKOFF. — Remarquable par sa grosseur, la tumeur présentait en outre ce caractère très curieux que la substance dentaire y était intimement mêlée à la substance osseuse. (*Archives de Virchow.*, t. LXXXV.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies vénériennes, professées à l'hôpital du Midi, par M. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — J.-B. Baillière et fils, 1883.

Ce volume se compose d'une série de leçons qui sont comme les chapitres d'un traité didactique, mais avec une grande richesse d'observations inédites. Après avoir rapidement exposé la pathologie générale des affections vénériennes, M. Mauriac étudie avec soin leur mode de propagation au point de vue démographique; il produit un grand nombre de statistiques très complètes relatives à la fréquence des deux variétés de chancres à différentes périodes et dans diverses classes sociales.

Le reste de l'ouvrage est exclusivement consacré à la syphilis. Pour M. Mauriac, le chancre induré est tout à la fois une cause et un effet de l'intoxication; il ne se prononce pas sur la nature du virus syphilitique, et montre que le microbe de la syphilis est encore à trouver. Puis il en arrive à la description très détaillée des syphilides, qu'il classe en deux groupes, comprenant chacun deux types; il ramène ainsi toutes les éruptions spécifiques, du côté de la peau ou des muqueuses, à quatre types : érythémateux, papuleux, pustulo-ulcéreux, ulcéro-gommeux.

La dix-huitième leçon, fort originale, est consacrée aux

tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané, qui se montrent sous forme d'érythème noueux syphilitique ou de néoplasies tantôt circonscrites, tantôt diffuses. Dans la dernière leçon, relative au traitement de la syphilis, on trouve un index des principales préparations mercurielles ou iodurées classiques.

Riche de faits et de documents, ce volume n'est que la première partie de l'œuvre considérable entreprise par M. Mauriac; espérons qu'il ne nous fera pas attendre trop longtemps les deux dernières parties, qui doivent être consacrées, l'une à la syphilis tertiaire et à la syphilis héréditaire, l'autre au chancre simple et à la blennorrhagie.

Hygiène de la vue, par le docteur G. Sous. Paris, 1883, O. Doin.

On a pu dire, à juste titre, que « l'hygiène est la médecine de l'homme bien portant », mais on doit néanmoins lui attribuer un rôle plus actif et plus étendu; elle doit mettre l'homme à l'abri des maladies ou faciliter sa guérison.

C'est à ce double point de vue que l'hygiène oculaire acquiert une importance considérable : préserver les yeux sains des multiples affections qui peuvent les atteindre, ou rendre plus prompte et plus complète la guérison de l'organe de la vue, tel est le but vers lequel doivent tendre toutes les prescriptions hygiéniques que le médecin sera si souvent appelé à formuler. De tout temps, d'ailleurs, de semblables préoccupations se sont manifestées dans les ouvrages spéciaux concernant l'oculistique; depuis Hérodote, Hippocrate, Celse, jusqu'à nos jours, tous les auteurs ont pris à tâche de prévenir les maladies oculaires et de diminuer le nombre, malheureusement trop considérable encore, des cas de cécité.

Après avoir rapidement exposé les phases successives par lesquelles a passé l'hygiène oculaire chez les différents peuples, M. le docteur Sous étudie, dans un premier chapitre, l'anatomie normale de l'œil et la physiologie de la vision; il détermine avec soin les conditions de la réfraction au point de vue de l'emmétropie ou des diverses variétés d'amétropie, l'influence de l'accommodation sur la distance de la vision distincte, et indique les procédés pratiques de mensuration du champ visuel. Il passe ensuite en revue les précautions de tout genre dont il est nécessaire d'entourer le nouveau-né pendant la première enfance, pour le prémunir contre les affections conjonctivales si fréquentes à cet âge, et en particulier contre l'ophthalmie purulente, dont le caractère contagieux oblige à une surveillance minutieuse de la part des personnes chargées du soin de plusieurs enfants. Pendant la seconde enfance, la dentition, les fièvres éruptives sont souvent causes d'affections sérieuses de la cornée, des paupières ou de la conjonctive; il est très important de prévenir le développement de ces accidents dont les conséquences peuvent retentir si douloureusement sur la vie tout entière : on sait en effet que, chez le plus grand nombre des aveugles, la cécité date de l'enfance et relève de l'ophthalmie purulente. A cet âge et pendant l'adolescence, l'hygiène oculaire doit encore se préoccuper des conditions dans lesquelles les études scolaires auront lieu, au point de vue de l'éclairage, de la durée des classes pendant le jour, ou le soir à la lumière artificielle; en suivant les règles établies à cet égard, on évitera dans bien des cas le développement de la myopie chez les jeunes gens.

Il nous est impossible de suivre pas à pas l'auteur dans l'intéressante étude qu'il consacre à l'influence des professions, du genre de vie, du mode d'éclairage, de la disposition des habitations, du régime alimentaire, etc., sur la conservation de l'acuité visuelle, et sur l'intégrité des diverses parties qui composent l'organe de la vue; peut-être est-il regrettable qu'un plan général fasse défaut dans cette énumération, il aurait permis de suivre un ordre logique et d'éviter un certain nombre de répétitions.

Signalons encore le chapitre relatif aux lunettes et aux conserves, ainsi qu'au choix des verres propres à corriger l'amétropie; il renferme des indications pratiques qu'eût heureusement complétées l'étude de l'astigmatisme. Enfin, l'auteur passe en revue les divers cosmétiques successivement employés chez la plupart des peuples, et en signale les inconvénients et les dangers; puis il termine en établissant les règles qui doivent présider au choix et à l'application d'un œil artificiel, et en formulant les contre-indications de la prothèse oculaire.

André Petit.

Index bibliographique.

Hygiène du cabinet de travail, par le docteur Riant. In-18 de 192 pages. — J.-B. Baillière, 1883.

Le cabinet de travail constitue pour toutes les personnes vouées aux professions intellectuelles un milieu artificiel dont les conditions peuvent être l'objet d'une étude intéressante. Le travailleur ne peut que gagner à se trouver placé dans les conditions hygiéniques que M. le docteur Riant a déterminées avec un soin si scrupuleux. Cette installation idéale est malheureusement difficile à réaliser en pratique dans nos grands centres intellectuels; mais il est utile d'en connaître les règles les plus importantes. S'il est vrai que la plupart de nos grands travailleurs ne se sont que médiocrement préoccupés de toutes ces considérations de bien-être, et ont su accomplir des œuvres considérables en violant à tout instant les lois les plus élémentaires de l'hygiène, il est bon néanmoins de rappeler ces lois à ceux qui n'ont en partage qu'une modeste lueur du feu sacré; ils ont le devoir de la ménager et de la garantir avec soin de toute influence fâcheuse. C'est à ceux-là, et ils sont nombreux, que s'adresse tout particulièrement le livre de notre auteur, plein de conseils judicieux et d'indications pratiques.

Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme, par le docteur E. Nunez. — Thèse de Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

C'est à l'occasion de l'observation du premier cas d'épispadias connu chez la femme, en 1881, dans le service du professeur Guyon, que M. Nunez a entrepris d'étudier l'ensemble des anomalies de l'urèthre de la femme. Il adopte une classification basée sur l'embryogénie, peut-être encore incomplètement connue, de cette partie des organes génito-urinaires femelles; puis il décrit, par ordre de fréquence, les anomalies de situation, les anomalies par adhésion, par défaut d'évolution, par fissure (hypospadias et épispadias), l'absence de l'urèthre, enfin les anomalies par excès d'évolution ou par persistance d'un organe embryonnaire, par exemple du canal de Gärtner. Cette étude est d'ailleurs précédée d'un chapitre d'anatomie et d'embryogénie, qui facilite l'intelligence des lésions rapportées au cours de cet intéressant travail.

Pancréas et diabète, par le docteur Léopold Baumel, chef de clinique médicale. — Montpellier, 1882. Boehm et fils.

D'après les recherches et les travaux de Lancereaux, Lapierre, Cyr, on rencontre des lésions du pancréas dans la forme de diabète connue sous la dénomination de *diabète maigre*, tandis qu'elles n'existent pas dans le *diabète gras;* M. Baumel démontre que dans cette dernière forme on trouve les mêmes lésions, mais qu'elles sont alors difficiles à constater à l'œil nu, et qu'on doit pour les découvrir recourir aux procédés histologiques. Il étudie d'ailleurs une forme *mixte* du diabète, résultant de la fusion des deux formes précédentes, et en rapporte une intéressante observation dans laquelle on a constaté les mêmes lésions pancréatiques. Peut-être une action nerveuse ou vaso-motrice (pneumogastrique) peut-elle produire, par arrêt momentané de la sécrétion du pancréas, certaines glycosuries temporaires ou expérimentales; la diminution ou la suppression permanentes de la sécrétion du suc pancréatique déterminant le diabète vrai dans ses diverses formes. La conséquence de ces recherches, au point de vue thérapeutique, serait l'emploi des préparations de pancréas venant suppléer la glande elle-même, devenue insuffisante chez le diabétique.

Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale, par le docteur J. Baratoux. — Thèse de Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'organe de l'ouïe présente avec les centres nerveux et avec le système circulatoire des connexions tellement intimes, que c'est peut-être parmi les organes spéciaux des sens, celui qui exige l'étude la plus approfondie de son fonctionnement complexe. Pour atteindre ce but, l'auteur a justement pensé que la méthode expérimentale, convenablement associée à l'observation clinique, pouvait seule fournir les connaissances indispensables; il s'est donc livré à une série d'intéressantes expériences sur ce point spécial de physiologie, et a étudié à nouveau l'embryologie et l'anatomie des diverses parties de l'oreille. Il a constaté, par exemple, que le limaçon est la seule partie de l'oreille destinée à l'audition, les canaux semi-circulaires n'étant que l'organe périphérique de l'équilibre dont l'organe central est le cervelet. Il a reconnu, en outre, que la plupart des troubles de l'ouïe ou des affections, même suppuratives, de l'oreille sont sous la dépendance de phénomènes vaso-moteurs régis par le grand sympathique et surtout par le trijumeau; il existe, d'ailleurs, dans le bulbe et la partie supérieure de la moelle, au-dessus de la première paire dorsale, un centre vaso-moteur d'où partent les filets destinés à l'oreille et dont les lésions produisent de rapides et remarquables altérations de l'appareil auditif.

De la constitution élémentaire des tissus, par le professeur A. Estor (de Montpellier). — 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des travaux entrepris depuis 1868 par MM. Estor et Béchamp il résulte que, contrairement aux découvertes de Pasteur sur le rôle des germes de l'air et l'évolution des bactéries, il existe dans tous les éléments de nos organes et de nos tissus, des granulations particulières, de l'ordre des ferments, des microphytes, des microzymas; que ces ferments vivent dans les cellules de nos tissus, qu'ils y fonctionnent, et qu'on trouve en eux la base d'une théorie générale de la nutrition. Les prétendues bactéries, invoquées par les divers observateurs comme une preuve du parasitisme consécutif à l'introduction dans l'économie de germes étrangers, ne sont que des microzymas, préexistants dans le protoplasma des cellules, et dont le changement de forme, par suite d'une déviation de fonctionnement, a donné lieu à une erreur d'interprétation. D'ailleurs, contrairement aux théories de Pasteur qui ont pour but de démontrer la spécificité morphologique et fonctionnelle des ferments, M. Estor a prouvé, avec Béchamp, le transformisme élémentaire, et en particulier la transformation facile et rapide des granulations, des microzymas de nos tissus en bactéries, bactéridies, chapelets, etc.

Étude sur les transpositions viscérales, par le docteur L. Vallienne. — Thèse de Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La transposition viscérale type, considérée par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire comme le seul genre du premier ordre des hétérotaxies, consiste dans la transposition de *tous* les organes soit thoraciques, soit abdominaux. Elle est plus fréquente qu'on ne le croirait tout d'abord, eu égard au nombre relativement faible d'observations publiées; mais il faut tenir compte de ce fait qu'elle a dû passer bien souvent inaperçue. En effet, elle ne produit par elle-même aucune gêne, aucun désordre dans la santé générale, et le médecin ne sera à même de constater son existence qu'en procédant à l'examen d'un malade atteint d'une affection thoracique ou abdominale. On ne peut d'ailleurs la considérer comme une monstruosité, ni même comme une anomalie; on ne doit y voir qu'une modalité de l'état normal, plus rare que l'autre. La transposition viscérale *partielle* est au contraire fort rare et peut être regardée comme une anomalie; elle s'accompagne parfois, d'ailleurs, de malformations et peut alors reconnaître l'ectopie comme interprétation de sa production. Si l'on ignore la cause première de la transposition viscérale, la plus importante des causes secondes paraît être la position de l'embryon à la droite du vitellus.

L'alimentation dans la tuberculose, par le docteur J. Pelletan. Paris, 1883. O. Doin.

Pour l'auteur, la tuberculose se présente, eu égard à son évolution, comme une diathèse résultant d'un changement dans le mode d'activité de certaine cellules des tissus, par suite d'une transformation de leur protoplasma, sous l'influence d'une nutrition viciée; ce trouble de la nutrition des cellules tient à ce que les fluides nutritifs sont altérés dans leur composition, et peut-être à l'invasion d'un parasite. Pour rétablir la composition des fluides nutritifs et augmenter la résistance du sujet, il faut recourir à l'*alimentation intensive* au moyen des peptones; parfois on sera obligé de pratiquer l'*alimentation forcée* à l'aide de la sonde, mais les peptones devront être encore employées. Ce mode de traitement, auquel on associe la thérapeutique ordinaire des divers accidents qui peuvent se produire dans le cours de la maladie, permet d'obtenir la guérison de la tuberculose si l'on intervient dès le commencement de la diathèse, avant que les lésions anatomiques soient irréparables; plus tard, il permet encore d'enrayer les progrès du mal, et, à la dernière période même, il prolonge la vie du phthisique et rend moins pénibles et moins douloureux les derniers moments de son existence.

VARIÉTÉS

M. le professeur Vulpian a été de nouveau appelé auprès de M. le comte de Chambord; il est parti de Paris le 22, à huit heures du matin.

Enquête sur l'Assistance publique. — Il résulte d'une enquête toute récente faite par l'Assistance publique qu'il existe actuellement 1563 établissements hospitaliers, dont 364 hôpitaux, 789 hôpitaux-hospices et 410 hospices, soit, étant donné le chiffre de la population, un établissement par 24 000 habitants.

Le personnel chargé du service de ces 1563 établissements se compose de 28 676 personnes, se répartissant ainsi : 2787 médecins et chirurgiens, 3050 employés, 11 286 religieuses, 11 553 servants.

Ces 1563 établissements disposent de 164 955 lits, dont 71 192 au service des malades, 54 245 au service des infirmes, vieillards ou incurables, 16 050 pour les enfants assistés; enfin 23 459 lits sont affectés au personnel des établissements.

En ce qui concerne les hôpitaux seuls, c'est-à-dire les établissements où l'on traite les maladies accidentelles, la même statistique nous apprend qu'il y entre en moyenne 360 000 individus par an; il en reste 40 000 en moyenne d'une année à l'autre en traitement.

En général, la proportion des malades traités dans les hôpitaux est de 90 pour 10 000 habitants.

Choléra. — Cette année, les pèlerins égyptiens qui se rendent à la Mecque suivront la route de terre. La voie de mer leur est interdite. Les caravanes de pèlerins auront à parcourir le chemin que suivirent autrefois la plupart des pèlerins, chemin fort long et parallèle au rivage oriental de la mer Rouge, en passant par Ahabit-el-Misérie, Somok, El-Haoura et Kholois. — Le cordon sanitaire qui entourait Beyrouth vient d'être étendu jusqu'à la ville de Damas. Le Liban tout entier est donc isolé, bien que, jusqu'ici, il n'ait pas été constaté de cas suspects, ni dans cette région ni à Damas. Néanmoins les provenances de Beyrouth et des côtes de Syrie sont mises en quarantaine à Chypre et à Malte. — Le Conseil sanitaire de Marseille a pris les mêmes mesures quarantenaires pour toutes les provenances de Syrie. Celles des côtes d'Anatolie et de Smyrne devront également être sévèrement surveillées. — En outre, le ministre de la guerre a décidé que toutes les mesures préventives seront appliquées de la manière la plus rigoureuse chaque fois qu'un casernement sera soupçonné de renfermer des germes infectieux. La dépense qui résultera de l'application exceptionnelle de ces mesures préventives (telles que désinfection par le soufre, l'acide phénique ou toute autre opération analogue) sera imputée sur le fonds de la masse générale d'entretien (2e portion). Une circulaire adressée aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, aux généraux commandant les corps d'armée et aux intendants militaires, les prie d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution immédiate de cette décision.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur E.-A. Homolle, décédé subitement le 18 août 1883, à l'âge de soixante-quinze ans. On sait que son nom est attaché à la découverte et à l'emploi thérapeutique de la digitaline. C'était d'ailleurs un praticien très expérimenté et un confrère excellent.

A. Vigier. — Le docteur Alexandre Vigier (de Grenoble), dont nous avons annoncé la mort, avait été chirurgien du génie dans la garde nationale pendant le siège, et s'était distingué par sa conduite courageuse au plateau d'Avron. On lui doit une bonne thèse de doctorat sur le *pneumo-thorax*, et un mémoire sur l'emploi du *phosphure de zinc*. Praticien très occupé, dévoué à tous ses malades, charitable envers les pauvres, d'un rare désintéressement, il laisse à Grenoble et à Vizille de profonds regrets dans tous les rangs de la population, mais surtout dans la classe ouvrière.

Il était né à Vizille le 19 septembre 1840, et a succombé le 7 août aux suites d'une pleurésie.

Hôtel-Dieu : Clinique chirurgicale. — M. le docteur Peyrot, suppléant M. le professeur Richet pendant les vacances, a commencé des leçons cliniques qui ont lieu les mardis et samedis, à neuf heures et demie.

La lèpre. — Le *Sentinel* de Milwaukee rapporte que les recherches faites par quelques médecins éminents ont confirmé ce que l'on croyait n'être qu'une rumeur à sensation, à savoir l'existence de la lèpre dans la portion nord-est de l'Etat du Wisconsin, où l'élément norvégien est prépondérant.

Cette hideuse maladie n'a attaqué jusqu'à présent, croit-on, que des habitants venus de Norvège, mais elle a pris parmi eux un développement alarmant, et il ne paraît pas que la commission sanitaire ait rien fait pour arrêter ses progrès.

Au dire d'un des médecins qui ont constaté cet état de choses, il y a maintenant aux Etats-Unis quatre centres de lépreux : l'est du Minnesota, le nord-ouest du Wisconsin (Norvégiens), la Californie (Chinois) et la Louisiane. On trouve aussi un certain nombre de lépreux parmi les Indiens du Nord-Ouest, et, si l'on veut empêcher cette maladie de se répandre dans les autres Etats, il est temps pour le gouvernement de prendre des mesures préventives.

Vaccination. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France et aux colonies, pendant l'année 1881 :

Prix de la valeur de 1500 francs partagé entre : Longet (Orléans); Mazaé-Azéma (île de la Réunion); Petit (Zanmorah, Algérie).

Médailles d'or : Artance (Clermont-Ferrand); Bauduin, sage-femme (Vannes); Chambon (Paris); Sourris (Béziers).

Médailles d'argent : Alvergne, sage-femme (Mazamet); Auclair, sage-femme (Bonnétable); Augé (Pithiviers); Baley (Châteaulin); Barbare, sage-femme (Fontainebleau); Bardy (Belfort); Barra, sage-femme (Saint-Martin-Boulogne); Barriod (Étrepagny); Bastien, sage-femme (Epernay); Beaupoil (Ingrandes); Beccat, sage-femme (Bourg); Bellehache, sage-femme (Cherbourg); Benoist (Saint-Nazaire); Benoît (Dieulefit); Bergerat (Neuilly-le-Réal); Jules Besnier (Paris); Beulins, sage-femme (Roubaix); Bois (Saint-Laurent-de-Chamousset); Bordes-Pagès (Seix); Bosq (Montdauphin); Bouland, sage-femme (Saint-Georges-sur-Loire); Boulet (Saint-Dizier-la-Séauve); Dubreuilh (Bordeaux); Bricard (Luzy); Brunelle, sage-femme (Mende); Cabouat, sage-femme (Aubervilliers); E. Carpentier-Méricourt fils (Paris); Caumel, sage-femme (Monflanquin); Chambaud (Vars); Champion, sage-femme (Donnemarie); Charcot (Beaurepaire); Charlou, sage-femme (Issoudun); Coillot (Montbozon); Cougit (Toulon); Crétenet, sage-femme (Champagnole); Dagand (Alby); Delrieu (Cochinchine); Derud, sage-femme (Besançon); Desaint, sage-femme (Béthisy-Saint-Pierre); Dinant, sage-femme (Givet); Dugat (Orange); Duhail (Gorron); Faure, sage-femme (Bourganeuf); Ferrier, sage-femme (Alais); Feyge (La Chambre); Finqueneisel, sage-femme (Constantine); Fuzet-du-Pouget (Casteljan); Gascon (Redon); Gerbier (Celles); Goalard, sage-femme (Soustons); Granier (Tunisie); Grinda (Nice); Guesnier, sage-femme (Lignières); Guichot (Pau); Guimart, sage-femme (Estagel); Haran, sage-femme (Bordeaux).

(*A suivre.*)

Mortalité a Paris (33e semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 août 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 977, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 3. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 49.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 49. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 54. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 95; au sein et mixte, 59; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 54; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 33e semaine. — La *fièvre typhoïde* a causé 38 décès, au lieu de 37, 30 et 32. Pendant la semaine correspondante des années précédentes, les chiffres des décès ont été : en 1880, de 25; en 1881, de 50; en 1882, année d'épidémie, de 106. Les admissions dans les hôpitaux ont pourtant été plus nombreuses pendant la période du 6 au 12 courant que pendant la période antérieure (147 au lieu de 132), et, d'autre part, plusieurs de nos confrères nous signalent quelques épidémies locales. La *variole* continue à ne causer qu'un très petit nombre de décès (3, au lieu de 4, 8 et 12). Il en est de même de la scarlatine. Le chiffre des décès dus à la *rougeole* est retombé de 30 à 21. Enfin la *diphthérie* et le *croup* ont occasionné 23 décès, à peu près le même nombre que pendant les trois semaines précédentes. Les hôpitaux ont admis 22 diphthériques au lieu de 30. Les autres maladies qui ont causé le plus de décès sont : la phthisie pulmonaire (161, au lieu de 185, 169 et 181), la pneumonie (54, au lieu de 39, 43, 64) et l'athrepsie (158).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des complications pulmonaires de l'érysipèle, par M. Léon Deschamps. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Des résultats éloignés des résections des grandes articulations, par M. L. Baraban. 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Propriétés générales des phénols. Thèse présentée au Concours d'agrégation (section de physique et de chimie), par M. le docteur Jules Ville. 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité, par M. le docteur Duboné (de Pau). 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Étude clinique sur Amélie-les-Bains. Ses eaux et son climat, par M. le docteur Louis Granier. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Banyuls-sur-Mer. Histoire naturelle, ethnographie, climatologie, par M. le docteur Ludovic Martinet. Brochure in-8. 2 fr. 50

Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, par M. le professeur Michel Peter. 1 vol. in-8 de 844 pages et 4 planches coloriées. Paris, J.-B. Baillière et fils. » »

Sur le traitement des déformations consécutives aux fractures multiples du maxillaire inférieur, par M. le docteur A. Combe. Paris, O. Doin. » »

De l'allaitement artificiel, par M. le docteur Rousseau. 1 vol. in-12. Paris, O. Berthier. 2 fr. 50

Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger et de leur emploi dans les maladies chroniques, par M. le docteur Max Durand-Fardel. 3e édition. 1 vol. in-8 de 650 pages. Paris. Germer Baillière et Ce. 10 fr.

Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, par M. Albert Robin. In-8 de 160 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 30 août 1883.

LA MISSION PASTEUR : LE CHOLÉRA. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — LA CURE RADICALE DES HERNIES. — LE BROMURE DE POTASSIUM DANS LE DIABÈTE. — LE SARCOCÈLE SYPHILITIQUE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

La mission Pasteur : le choléra. — Académie de médecine : le choléra. La cure radicale des hernies. Le bromure de potassium dans le diabète.

La mission scientifique envoyée en Egypte s'est mise immédiatement à l'œuvre, et voici la dépêche qu'a reçue d'Arbois M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences :

Arbois, le 27 août.

Je reçois ce matin des nouvelles télégraphiques de la mission française du choléra en Egypte.

Très curieuses observations avec grand caractère de nouveauté et constantes dans le sens espéré.

Je vous communiquerai la lettre détaillée attendue.

PASTEUR.

Bonne chance donc à la Commission! En attendant d'autres informations, voici de nouveau M. Burq à la tribune de l'Académie de médecine. M. Burq n'a pas été précisément heureux ces jours derniers. Après le bruit de casseroles dont il a tant amusé les journaux vers 1850, il ne lui plaisait pas d'entendre dire par M. Larrey qu'un certain nombre de personnes s'appliquaient déjà, en 1832, des plaques de cuivre sur le ventre pour se préserver du choléra. — Erreur de date sans doute. M. le baron veut dire 1849 ou 1866? — Non, non, réplique M. Larrey, c'était bien en 1832, peu de temps après votre naissance. Secondement, M. Burq triomphe d'apprendre qu'une instruction de l'administration militaire recommande l'emploi du cuivre dans l'armée (en l'interdisant toujours pour les gamelles), et M. Legouest proteste d'un ton goguenard. Troisièmement, M. Vulpian aurait dit que le cuivre avait fait merveille dans le delta du Gange. — Pas du tout, réplique M. Vulpian (voy. p. 584 à l'*Académie des sciences*); ce n'est pas moi qui ai raconté cette

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Italie : Une opération de Porro soumise au jugement du préfet de Milan. — La nouvelle loi sur les médecins communaux. — Une invasion d'un nouveau genre : les néologismes médicaux en Italie. — Espagne : Difficultés entre les médecins espagnols et portugais relativement à l'exercice de leur profession.— Amérique espagnole : Alcade et médecins. — Les curés exigent un certificat relatant le genre de mort avant de procéder à la sépulture canonique. — Tentative de vengeance et mort d'un fou. — Les pharmacies chinoises interdites à la Havane. — Une épidémie de chorea magna au Brésil.

Les hôpitaux des grandes villes d'Italie sont régis par une série de prescriptions administratives donnant parfois lieu à de singuliers conflits. A Milan, il y en a eu dernièrement un, rappelant, à s'y méprendre, les procès qui surgissaient périodiquement, il y a deux cents ans, entre la Faculté de médecine et le Collège de chirurgie de Paris. La question n'est pas restée professionnelle, les deux adversaires ont essayé de mettre le public de leur côté et un journal politique a publié un article pour démontrer que les opérations chirurgicales devaient être pratiquées exclusivement au grand hôpital. Un autre a répondu en sens inverse ; finalement la question a été portée devant le préfet. Voici ce dont il s'agissait : le 27 juin dernier, le professeur Porro était appelé à l'hôpital des Fate-bene-Sorelle par le docteur Gatti, médecin en chef, pour faire une ovariotomie chez une hystérique qu'il avait depuis longtemps dans son service; l'opération fut menée à bien et la malade guérit. On pourrait dire peut-être que l'ablation des ovaires sains, dans de pareilles conditions, est une opération si hasardée, qu'un chirurgien même hardi a le droit d'élever des doutes sur sa légitimité. Dans le cas actuel, il ne s'agit pas d'une question scientifique, mais d'une affaire administrative. Les chirurgiens de l'hôpital-major ont adressé au Conseil des hospices

histoire, mais à moi qu'on l'a racontée; il ne faut pas confondre le datif avec le nominatif. Quatrièmement, et ceci est le plus grand des malheurs récents de M. Burq, pendant qu'il lisait son papier à la tribune de l'Académie de médecine, un cholérique mourait à Paris, entre les mains de notre distingué confrère Révillout; il succombait avec une rapidité foudroyante (une trentaine d'heures, croyons-nous), et c'était un cuivreux, si intimement, si profondément, si complètement et si invétérément cuivreux, que le pauvre homme ne voulait pas être cholérique et attribuait au cuivre tous les accidents.

M. Burq est évidemment convaincu de l'utilité des armatures de cuivre, des ustensiles de cuisine, des trompettes, tam-tams et gros sous en temps de choléra; mais il faut le lui répéter, surtout après sa communication de mardi dernier. Rien de moins démonstratif que des échantillons de mines déposés sur la tribune; que cette kyrielle de documents, d'attestations, de points d'exclamation et d'admiration venus des cinq parties du monde. Nous avons eu la curiosité de plonger la main dans ce dossier, et voici ce que nous en avons extrait :

Paris, le 1er août 1883.

A MONSIEUR LISSAGARAY

DIRECTEUR DU JOURNAL « LA BATAILLE », PARIS.

Monsieur,

En lisant dans votre estimable journal d'aujourd'hui l'article « *Choléra* », il m'est venu à la mémoire que, pendant deux époques où le choléra sévissait en Égypte (1850-1868), le quartier arabe au Caire, où se fabriquent les ustensiles en cuivre, fut exempt du fléau.

Ce fait incontestable, que tout Européen comme moi né en Égypte peut certifier, viendrait à l'appui de ce qu'écrit à ce sujet l'*imminent* docteur Victor Burq, que : « le cuivre est un spécifique contre le choléra ».

Reproduisez, si vous le croyez bon, ces quelques lignes.

J'ai l'honneur de vous saluer.

A. MAROQUE.

Franchement, sans être trop exigeant en matière scientifique, on peut demander à un auteur, quelque *imminent* qu'il soit, d'apporter d'autres preuves que celle-là d'un fait aussi considérable que le serait la préservation, à deux reprises, de tout un quartier d'une ville, par la seule influence de l'imprégnation cuivrique des habitants.

— M. le docteur Polaillon a lu une note sur un cas de hernie radicalement guéri par la réunion des deux piliers de l'anneau au moyen de sutures métalliques. L'auteur, avec grande raison, n'a pas jugé à propos d'entrer dans des détails minutieux sur le procédé opératoire, ni sur les suites immédiates de l'opération. Il a fait mieux; il a présenté à l'Académie son opéré, dont tout le monde a pu constater la parfaite guérison.

— L'Académie a entendu enfin un excellent rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur le mémoire de M. Félizet relatif à l'emploi du bromure de potassium dans le diabète. L'action dépressive du bromure est tellement dépendante de la dose employée et de l'état de santé général du malade, qu'il n'y a guère de règles à établir à cet égard, et que l'essentiel est de savoir que le médicament fait diminuer d ordinaire, et quelquefois avec une extrême rapidité, la quantité de sucre rendu dans les urines. Mais ce qu'il faut aussi retenir et du mémoire de M. Félizet et du rapport de M. Dujardin-Beaumetz, c'est que cette action sert peu à corroborer la théorie nerveuse du diabète, puisqu'elle s'exerce sur des diabètes d'espèces en apparence différentes. C'est ce qu'a très bien fait ressortir le rapporteur lui-même.

Le sarcocèle syphilitique.

Depuis la publication de notre mémoire, des travaux importants ont paru sur la syphilis du testicule : une étude originale de notre collègue, le docteur Tédenat (de Montpellier), la thèse d'agrégation de M. Rohmer et l'article de MM. Walther et Gosselin dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous allons rechercher où ces auteurs laissent la question, les points définitivement acquis et ceux qui paraissent obscurs encore. Nous relèverons, entre temps, des critiques qu'on nous adresse, celles qui ne nous semblent pas justifiées.

I

La vérole ne se manifeste pas, dans la glande séminifère, par des altérations de nature et de siège toujours identiques, et l'on distingue plusieurs variétés. L'épididyme peut être seul envahi et l'on a l'épididymite syphilitique de Dron; le testicule proprement dit est atteint, avec ou sans lésions con-

---

une protestation relative à l'irrégularité de la procédure suivie.

L'établissement où l'opération a eu lieu est destiné au traitement d'affections étrangères à la chirurgie; il n'y a eu dans la circonstance ni consultation officielle, ni *exequatur* du médecin en chef; l'inspecteur de la maison n'avait pas même été invité à l'opération. Les partisans du professeur Porro répondent qu'il était venu sur la demande même du chef de service; que les parents de la malade et le conseil administratif, avisés, avaient consenti à son intervention; que M. Fumagalli, chirurgien en chef, et plusieurs autres médecins étaient présents; enfin — et cet argument était sûrement le meilleur — que l'opération avait atteint son but puisque la malade était guérie. Le docteur Cossa, secrétaire du conseil des hôpitaux, trouva ces raisons suffisantes pour ne pas donner suite à la protestation qu'il refusa de recevoir; les signataires ne se tinrent pas pour battus et en ont référé au préfet. Peut-être y a-t-il sous tout cela quelque chose qui nous échappe; il n'en est pas moins vrai que, dans tous les pays civilisés de l'Europe, on aurait pu croire à jamais finies ces disputes ridicules, qui ramènent à des questions d'attributions ce qui intéresse la vie humaine. Peu nous importe que les chirurgiens de l'*Ospedale-Maggiore* soient écoutés ou qu'on les déclare mal fondés en leur protestation, sous prétexte que le cas visé était du ressort des gynécologistes, l'impression que laissent de pareilles querelles est toujours pénible.

— Le service des médecins communaux, absolument inconnu en France, fonctionne depuis longtemps en Italie. Les détails que donnent de temps en temps les journaux sur ce sujet permettent de supposer qu'il y a bien des lacunes, que la situation de ces fonctionnaires laisse à désirer. Malheureusement ce n'est point là un mal local et italien. Le fonctionnarisme a partout ses abus, ses ennuis surtout; il faut qu'une administration soit remarquablement organisée

comitante de l'épididyme, et l'on se trouve en présence du sarcocèle dont a décrit deux formes : l'orchite scléreuse ou interstitielle et l'orchite gommeuse. La première ne suppure jamais; au contraire, dans quelques cas assez rares d'ailleurs, les dépôts de la seconde se ramollissent et s'évacuent à travers une ulcération du scrotum. Une fistule ou un fongus peuvent être la conséquence de cette évolution particulière.

On sait les discussions qu'a suscitées l'épididymite syphilitique. L'étude que Dron nous en donne, en 1863, est des plus précises; cependant des doutes accueillirent cette première description et même, malgré le grand appui que Fournier lui prêta, malgré l'importante thèse de Balme, quelques auteurs allèrent jusqu'à nier résolument son existence. Sigmund ne la croit jamais indépendante des lésions des testicules, et Kocher (de Berne) nous dit que la syphilis primitive de l'épididyme « a été justement contestée ». Tel n'était pas notre avis et, bien qu'en 1882, lors de la publication de notre mémoire, nous n'eussions encore jamais observé cette forme, « nous n'admettions pas que la sagacité de maîtres tels que Dron et Fournier eût été mise en défaut ».

Bien nous en a pris, car, depuis cette époque, nous avons observé trois épididymites d'origine nettement syphilitique. M. Kirmisson en a communiqué un cas nouveau à M. Rohmer, et, de son côté, M. Tédenat en a cité plusieurs. Mais, si nous sommes maintenant affirmatif sur l'existence de cette lésion indépendante, nous n'en persistons pas moins à croire qu'il serait abusif de faire de cette épididymite un accident secondaire de la vérole. D'après la statistique de Balme, elle est bien survenue huit fois entre deux et quatre mois après le chancre, mais on la constate six fois entre le cinquième et le quatorzième mois, huit fois entre deux et huit ans, enfin une fois quinze ans après le début de l'infection. Aussi repoussons-nous encore le nom d'épididymite « secondaire » proposé par M. Fournier, et cela d'autant plus que le sarcocèle scléro-gommeux peut apparaître pendant la période secondaire; dans des cas exceptionnels, on l'a observé même dès le troisième mois de la syphilis et nous en citons un exemple personnel.

Les observations nouvelles d'épididymite syphilitique confirment notre opinion : chez le malade de Kirmisson les premiers accidents avaient quatre ans de date ; cinq ans dans un fait de M. Tédenat ; seize mois, deux ans pour deux malades de notre pratique ; chez un troisième ce n'est même qu'au bout de douze ans que l'épididymite apparaît. Il s'agit d'un avocat de trente-neuf ans qui prit, après la guerre, un chancre dur, diagnostiqué et soigné par M. Fournier. Il eut, à la suite, une roséole des plus nettes, quelques plaques muqueuses aux lèvres et à l'isthme du gosier ; mais après dix mois de traitement énergique, la guérison paraissait complète ; de fait, elle se maintint jusqu'au commencement de 1882.

Au mois d'avril, ce malade, très attentif et très soigneux, sentit que la bourse droite se tuméfiait un peu ; il sentit, en arrière de la glande, une tumeur un peu allongée et qu'il comparait à une amande surajoutée au testicule. Mais, comme la pression n'était pas douloureuse et que les fonctions génésiques étaient conservées, il ne songe à consulter un médecin qu'un an après, et c'est le 25 mars 1883 que nous l'examinons pour la première fois. Le testicule proprement dit, la prostate, le cordon sont sains. Mais l'épididyme, doublé de volume, présente, à sa partie supérieure, un noyau de la grosseur d'une noisette ; il est absolument indolore, même à la pression, dur, inégal, et des bosselures, semblables à des grains de plomb, se rencontrent aussi à la queue de l'organe.

Le 3 avril, huit jours après, le malade vint nous revoir ; il avait pris, par jour, 4 grammes d'iodure de potassium ; l'amélioration est considérable ; les lésions de la queue de l'épididyme ont disparu ; le tissu en est souple ; au niveau de la tête il reste deux ou trois petits noyaux semblables à des pois, fort durs encore, mais indépendants les uns des autres. Le 29 avril, l'épididyme eût été complètement normal, n'était un petit nœud dans le globus major. Il est vrai que le 27 mai, lorsque le malade nous fit sa dernière visite, cette dureté anormale avait disparu, bien que l'emploi de l'iodure de potassium fût suspendu depuis plus de quinze jours.

Nous donnerons, mais plus brièvement encore, une autre de nos observations, car elle nous semble jeter quelque jour sur la nature encore douteuse des nodosités épididymaires. Un de nos confrères, syphilitique depuis deux ans, nous arrive pour une tuméfaction de l'épididyme. Il n'y avait pas à s'y tromper, outre que les antécédents sont des plus nets, les accidents en puissance ne pouvaient avoir aucune autre origine plausible : c'était bien la lésion classique décrite par Dron. On trouvait, au niveau de la tête, un noyau de la grosseur d'une noisette, dur, ligneux et qui s'était déposé sournoisement au milieu des tissus. Mais, en même temps, s'était développée dans la joue une tumeur qu'il était impossible de ne pas considérer comme une gomme. 4 grammes d'iodure de potassium sont prescrits. En six

---

pour qu'on puisse rencontrer du haut en bas de l'échelle des subalternes sans envie, des supérieurs sans morgue, assez pénétrés de leur rôle pour être réellement utiles et ne point se transformer en tyranneaux importants, d'autant plus tracassiers que leur compétence est plus discutable.

De l'autre côté des Alpes, les tyranneaux des médecins commissionnés, c'étaient jusqu'ici les Conseils municipaux. Le dernier mot leur appartenait pour la nomination et la révocation; le plus souvent ces assemblées n'abusaient pas de leur autorité; elles étaient paternelles et protectrices pour des gens dont la tâche journalière est une tâche d'abnégation et de dévouement. Malgré tout, leur autorité pesait aux médecins, qui ont accueilli avec joie une nouvelle législation les protégeant contre les petites intrigues et les petites haines. « A moins qu'il n'en soit décidé autrement par des lois spéciales, dit l'article 13 du titre II, la nomination, la suspension et la révocation des officiers de santé communaux seront soumises à l'approbation du Conseil provincial de santé. » Etre jugé par ses pairs est toujours une excellente chose; sans doute, on n'arrive pas même par ce moyen à l'impartialité et à la justice idéales; mais on sort de l'arbitraire, et c'est beaucoup.

— Tout le monde sait qu'il s'est produit depuis dix ans, en Italie, un phénomène assez singulier au point de vue scientifique. Ce phénomène, c'est une sorte de renversement des alliances; on a dit et répété que la science n'a pas de patrie : c'est possible, il n'en est pas moins vrai que son étude se ressent singulièrement des attractions ou des répulsions politiques. Autrefois l'ennemi héréditaire, celui qu'on raillait, qu'on frappait au grand jour ou dans l'ombre, l'oppresseur plusieurs fois séculaire, c'était l'Allemand, le *Tedesco* abhorré. J'avais, il y a quelques jours, entre les mains une collection de deux journaux satiriques, le *Lampione* et la *Rana*, remontant aux années 1868 et 1869; à ce moment encore, les traits les plus piquants visaient les hommes aux

jours la tumeur de la joue avait disparu, et, en moins de quinze, l'épididyme avait repris son aspect normal. De ce fait nous aurions une grande tendance à conclure que la tumeur de Dron est une gomme de l'épididyme.

II

Les altérations du testicule proprement dit sont mieux connues, mais on ne décrivait guère, avant notre mémoire, que la forme interstitielle ou scléreuse. Au hasard des autopsies on avait bien rencontré quelques gommes en plein parenchyme glandulaire, mais elles étaient signalées tout au plus comme une curiosité; leur structure et leur évolution restaient dans une ombre à peu près complète. Cependant ces dépôts caséeux sont loin d'être rares et les recherches d'anatomie pathologique nous ont démontré qu'ils coexistent presque toujours avec la sclérose. Aussi, pour sanctionner cette fréquence, avons-nous proposé de qualifier de scléro-gommeuse l'orchite syphilitique.

Nous constatons avec plaisir que l'accord semble fait sur ce point. MM. Walther et Gosselin admettent, comme nous, cette coexistence. « Les deux lésions, indiquées par les mots sclérose et gomme, existent simultanément au début et pendant une longue période de la maladie, et la clinique est absolument impuissante à dire s'il y a plus de tissu fibreux formé ou en formation que de gommes destinées à subir cette même transformation. » Ailleurs nous rencontrons ce membre de phrase : « Le plus souvent le sarcocèle, dès le début, est scléro-gommeux. » Cette conception anatomique, nous sommes le premier, je crois, à l'avoir nettement formulée; aussi notre surprise a été grande de lire, dans son rapport à l'Institut sur le prix Godard qui nous a été décerné, cette phrase de M. Gosselin : « On pourra trouver un peu d'exagération dans la distinction qu'établit M. Reclus entre les formes gommeuse et scléreuse du sarcocèle syphilitique. » Nous comprenons si peu le reproche de l'éminent professeur, que nous croyons encore à quelque faute typographique.

Dans son article du *Dictionnaire*, M. Gosselin se plaint que les auteurs ne disent pas « ce qui fait l'augmentation de volume que nous observons au début et pendant une longue période de la maladie ». Nous avons, pour notre part, donné notre opinion en un mot et nous jugeons inutiles les quinze pages de physiologie pathologique que M. Rohmer a cru devoir consacrer à cette question. La pathologie générale ne nous a-t-elle pas appris que cette inflammation interstitielle au début provoque une tuméfaction notable; l'irrigation plus abondante des tissus, la prolifération et la migration des éléments embryonnaires suffisent d'autant plus à expliquer l'augmentation du volume du sarcocèle à ses débuts, qu'on peut ajouter, par surcroît, les dépôts de masses gommeuses dans le parenchyme de la glande.

Il est une autre critique que nous n'acceptons pas. Après avoir reproduit la description que M. Malassez et moi nous donnons des lésions de l'orchite scléro-gommeuse dont l'aboutissant est la disparition des tubes séminifères, M. Gosselin ajoute : « Cette conclusion est absolument erronée et en contradiction avec ce qu'enseigne la clinique à tous ceux de nos prédécesseurs et de nos successeurs qui l'ont étudiée de près. » La sclérose des tissus et l'oblitération des tubes ne seraient pas fatales. La résorption peut survenir assez tôt pour que la substance sécrétante reparaisse; chez les malades que l'on traite bien, l'organe reprend sa structure et ses fonctions.

Nous n'avons jamais dit qu'une vigoureuse thérapeutique ne puisse, au début, arrêter la marche de la sclérose et provoquer la résorption des éléments nouveaux. Mais, pour peu qu'on ait vu au microscope une orchite interstitielle quelque peu invétérée, on ne peut admettre la « *restitutio ad integrum* », et ceux qui ont « étudié de près la clinique » expliquent autrement la réapparition des fonctions qu'il est assez fréquent d'observer. Ils savent que, d'ordinaire, la syphilis ne frappe pas d'emblée toute la glande; ils ont vu des segments de parenchyme absolument indemnes. N'avons-nous pas publié un fait où M. Brissaud constatait, à côté des altérations les plus graves, des tubes intacts où s'effectuaient encore les divers stades de la spermatogenèse? Aussi ces cliniciens pensent-ils que le traitement ne saurait rendre aux canaux sclérosés l'épithélium délicat dont la segmentation produit les animalcules, mais qu'il assouplit les tissus, provoque la résorption des dépôts qui compriment les voies d'excrétion; le libre passage se rétablit et le sperme, élaboré par les portions de glande que la syphilis n'a pas touchées, progresse de nouveau et gagne les vésicules.

Telles sont les quelques critiques que M. Gosselin adresse à notre chapitre d'anatomie pathologique, car nous ne relèverons pas les longs reproches de M. Rohmer sur notre dénomination d'orchite scléro-gommeuse. Il préfère pour sa part celle d'orchite interstitielle nodulaire. Nous lui accordons volontiers cette concession d'étiquette, et il ne s'agit

---

cheveux jaunes; les derniers bataillons autrichiens avaient quitté depuis longtemps le territoire italien, et le ressentiment national ne semblait pas près de s'éteindre.

Les choses ont vite changé, Pasquin n'a plus de mots amers pour les Croates. Les méthodes d'enseignement, les théories, les livres viennent d'Allemagne. On veut lui emprunter jusqu'à la lourde synthèse de son idiome. L'Italie avait jusqu'ici peu de monuments scientifiques en médecine. Sa phrase légère, harmonieuse, admirablement propre au sonnet ou au madrigal, se pliait mal au langage étymologique de la pathologie. On a voulu forcer sa nature et la charger de mots fabriqués à l'étranger, qu'on naturalise en supprimant l'aspiration, s'il y en a une, ou les lettres que ne renferme plus l'alphabet moderne. C'est contre cette tendance qu'a protesté M. Filippi, dans un article plein de bon sens et d'esprit : « Tous ces mots barbares, dit-il, correspondent-ils à des connaissances nouvelles? Nullement, on les crée par vanité pour le sot plaisir d'imiter autrui.

» Un exemple : on dit aujourd'hui : *ovaroisteromia cesarea*. Je me demande quel besoin on avait de tirer *istero* de ὕστερον, puisque nous avions *utero; tomia*, de τομή. *Tagliare* (couper) et ses dérivés ne sont-ils pas italiens? » Et plus loin : « Pour désigner un hôpital, on avait un seul mot auquel on ajoutait l'indication de ceux pour lesquels il avait été créé. Aujourd'hui la langue s'est enrichie de *nosocomio, morotrofio, brefotrofio*. Certaines personnes les ont à chaque instant à la bouche, ne se doutant pas que l'homme du peuple qui entend ces barbarismes les prend pour des blasphèmes. »

On n'a encore emprunté qu'au grec. Rien ne dit qu'à l'avenir on ne pillera pas l'allemand, l'anglais, le russe, le slave, le turc, etc.; il ne faut pas désespérer de voir appeler un jour, en Italie, une maison de fous *narrenao* (*Narrenhaus*), et un hôpital de femmes un *ginecocranchenauso* (*gynaeko-krankenhaus*), par suite d'une élégante combinaison du grec et de l'allemand. »

que de cela puisqu'il nous fait l'honneur de suivre pas à pas la description anatomique que nous avons donnée de la syphilis du testicule. Si le titre ne lui convient pas, nous sommes heureux du moins que le fond lui ait convenu à ce point.

III

Malheureusement cette entente ne dure pas et les divergences qui éclatent en clinique nous étonnent d'autant plus, que notre symptomatologie nous semblait découler de notre anatomie pathologique. Il nous paraît difficile d'accepter l'une et de repousser l'autre. On sait quelle est notre doctrine. La syphilis provoque, dans le parenchyme de la glande spermatique, l'apparition de cellules embryonnaires, dont les unes s'infiltrent, tandis que les autres s'agglomèrent en nodules qui constituent des gommes de volume plus ou moins considérable. Les éléments infiltrés s'organisent en tissu scléreux; les gommes peuvent, dans leur évolution successive, ou bien se résorber, ou bien se ramollir et s'évacuer au dehors. Dans le premier cas, nous avons le tableau de l'orchite interstitielle, forme banale fort bien décrite depuis Ricord; dans le second, nous avons la gomme suppurée, qui peut elle-même se terminer par un fongus.

L'orchite interstitielle, notre forme scléro-gommeuse non suppurée, est bien connue. Il est cependant un symptôme sur lequel on discute encore. Nous voulons parler de l'hydrocèle. M. Gosselin nous dit que « cet épanchement existe presque toujours, et constitue un des bons signes du sarcocèle syphilitique ». Nous connaissions cette opinion, émise pour la première fois, croyons-nous, dans une clinique de Nélaton. Mais nous ne saurions la partager. Nous avons relevé 50 observations, et l'hydrocèle s'est rencontrée à peine dans la moitié des cas. Il se peut qu'au début du sarcocèle elle soit plus fréquente, mais, aux périodes ultimes, elle devient fort rare, et sur 23 dissections de testicules syphilitiques enlevés par la castration ou recueillis après la mort, 21 fois l'épanchement fait défaut, 2 fois il est très léger, 1 fois la quantité de liquide est appréciable.

M. Trélat partage notre avis, et dans une clinique récente il s'exprime nettement sur ce point. Kocher, Rollet, Virchow ont aussi noté très souvent la symphyse de la vaginale, et M. Tédenat a vu une hématocèle d'origine syphilitique. Ce fait ne nous surprend pas, car nous avons observé plusieurs cas où des vaisseaux nombreux rampaient à la surface de la vaginale et de ses néomembranes. Nous pensons donc que, lorsque l'orchite vieillit, il s'opère une fusion des feuillets séreux, et nous admettons que, si, à un moment quelconque de son évolution, le sarcocèle s'accompagne d'un épanchement, cette hydrocèle ne tarde pas à disparaître, et, une fois sur deux, l'explorateur ne la retrouve plus à l'époque où il examine les bourses.

Autre point qui prête à discussion. Nous avons décrit, après Ricord, une orchite syphilitique d'allure inflammatoire, et caractérisée par son début brusque, la douleur, la tuméfaction rapide et la rougeur des téguments. M. Gosselin admet cette forme, car il nous dit que, « dans des cas exceptionnels, une orchite aiguë a marqué le début du sarcocèle, qui reprenait sa marche habituelle après l'apaisement des phénomènes inflammatoires ». D'autre part, M. Fournier qui, dans ses remarquables leçons de 1873, insiste sur l'aphlegmasie, l'évolution froide de la vérole dans la glande spermatique, a observé depuis, — et nous tenons cette assertion de sa bouche, — des orchites syphilitiques aiguës ou subaiguës.

Autre est l'opinion de M. Rohmer, pour qui « les faits rapportés par M. Reclus ne sont nullement probants ». Car, nous dit-il, « dans tous ses cas la douleur est le symptôme dominant ». « Dans tous les téguments étant sains, il n'y avait ni rougeur, ni empâtement du scrotum; de plus, sauf le cas de Reliquet, nul observateur n'a vu l'orchite naître sous ses yeux. » Il nous fâche vraiment de lire de pareilles affirmations, et M. Rohmer eût dû se donner la peine de lire. Dans la plupart de ses observations, on dit au contraire que le sarcocèle débute « avec tous les caractères d'une orchite aiguë ». M. Duplay, — et nous avons copié son observation, — raconte « que les souffrances sont telles, que le malade doit quitter le travail; le scrotum est épaissi et rouge comme dans l'orchite blennorrhagique ».

M. Reliquet n'est pas seul à avoir *vu* l'orchite syphilitique aiguë. Comment M. Rohmer, qui dit avoir lu notre mémoire, n'y a-t-il pas trouvé : « Une fois d'ailleurs nous avons vu l'orchite naître et évoluer sous nos yeux. Un jeune homme de dix-sept ans, vigoureux, intact de toute blennorrhagie et de toute affection uréthrale, prend un chancre, et bientôt se déroule la série des accidents secondaires. Au cours du troisième mois, une douleur survient dans le testicule droit, qui se tuméfie et double de volume; la moindre pression éveille de vives souffrances; les téguments sont rouges. On prescrit l'iodure de potassium et le mercure : les douleurs disparaissent, le gonflement diminue, la guérison s'obtient. »

M. Filippi a cent fois raison, les modes sont passagères, et les mots baroques vieillissent vite heureusement. Sans doute, on ne saurait fermer la porte aux néologismes, mais encore faudrait-il, avant d'en créer un, se demander s'il est bien utile; il y a plus d'un livre en français capable d'inspirer des réflexions analogues à celles du critique italien.

— L'union ibérique, rêvée par quelques hommes d'Etat espagnols, ne sourit guère aux médecins portugais. Il y a tant d'affinités et tant de points de contact entre les deux pays, que souvent, pour des raisons de famille ou de convenance, les gradués des Universités de l'un vont exercer leur art dans l'autre. En Espagne, la chose n'offre aucune difficulté. Le nombre des médecins est-il au-dessous des besoins? Reconnaît-on que l'enseignement des Ecoles portugaises est égal ou supérieur à celui des Ecoles nationales? on ne saurait le dire; toujours est-il que leurs émigrants sont bien accueillis, qu'on leur accorde les mêmes droits, les mêmes avantages qu'aux jeunes gens des Facultés espagnoles. La réciproque n'est pas vraie, le Portugal tient à ses grades; il n'est pas fermé pour l'étranger, sans doute, mais à condition que l'étranger se mette en règle avec la loi, et prenne le titre qui confère le droit d'exercer la médecine. Les journaux d'Espagne se plaignent avec énergie de cette inégalité; ils ne demandent aucune mesure prohibitive contre leurs confrères portugais, mais ils voudraient que le pays de ceux-ci leur fût plus libéralement ouvert. Cette réclamation touche peu les intéressés : « Nous avons tout lieu de nous plaindre, dit le *Journal de pharmacie de Lisbonne*, que les médecins espagnols violent si hardiment nos lois et viennent exercer, presque de vive force chez nous, sans prendre la peine de solliciter les qualifications qui leur en donneraient le droit. Il nous semble pourtant que la première chose à faire pour des savants et des gens bien élevés, qui vont en un pays étranger, c'est de se conformer à ses lois. »

IV

Le désaccord s'accuse encore lorsqu'il s'agit de l'orchite scléro-gommeuse suppurée. Nous serons bref sur la doctrine confuse et contradictoire de M. Rohmer. Il admet l'anatomie pathologique telle qu'elle a été exposée par M. Malassez et par nous; il la suit pas à pas, se bornant à remplacer le nom de forme scléro-gommeuse par celui d'orchite interstitielle nodulaire. Mais à la symptomatologie il tourne court; il ne s'occupe plus que des éléments infiltrés; il nous reproche sévèrement de croire à la suppuration de l'orchite interstitielle, tandis que nous n'avons jamais parlé que de la suppuration des dépôts caséeux, et, pour nous prouver que nous croyons à cette suppuration des tissus scléreux, il s'appuie sur cette phrase qu'il extrait de notre mémoire : « Quant au ramollissement et à la suppuration des *dépôts gommeux*... »! On ne saurait avoir la main plus malheureuse.

Il n'en est pas de même avec M. Gosselin. Son opinion est nette : il ne croit pas à la suppuration de l'orchite scléro-gommeuse; « il incline à penser que Reclus, dans son ouvrage, a décrit comme syphilitiques des orchites suppurées qui n'avaient pas cette étiologie. Cet auteur parle, en effet, d'orchites qui se sont terminées par l'apparition d'une saillie arrondie, molle, qui, après l'établissement d'adhérences entre les deux feuillets de la tunique vaginale, s'ouvre, laisse échapper une sérosité filante plutôt que du vrai pus et quelques bourbillons. Or, dans des faits de ce genre, que nous avons vus et que nous avons publiés sous le nom d'orchite ulcéro-gangreneuse indolente, les bourbillons n'étaient pas de la matière néoplasique gommeuse, ils étaient formés par des tubes séminifères mortifiés. »

Nous en demandons pardon à M. Gosselin; nous n'avons pas confondu les gommes suppurées avec les orchites ulcéro-gangreneuses, que nous connaissons fort bien pour en avoir observé trois cas, dont l'un a été publié dans notre thèse de doctorat, et la différence est grande entre les deux tableaux cliniques. C'est ainsi que M. Gosselin ajoute : « Nos sujets n'étaient pas syphilitiques, et le testicule ne présentait pas les plaques indurées et l'augmentation de volume et de consistance qui caractérisent le sarcocèle syphilitique. »

Eh bien, nous, dans nos cas, nos malades étaient en puissance de vérole; les testicules présentaient ces plaques indurées, ces saillies, ces nodosités, cette augmentation de volume et de consistance que M. Gosselin déclare caractéristiques. Les bourbillons ne ressemblent en rien à ces petits pelotons couleur café au lait qui, dans l'orchite ulcéro-gangreneuse, proéminent à la surface du scrotum et où l'on reconnaît facilement les tubes séminifères mortifiés, mais c'était bien de la substance néoplasique gommeuse. Enfin la rapide guérison par l'emploi du traitement mixte est un argument dont la valeur ne saurait être méconnue.

Tous ces caractères sont des plus précis, entre autres dans notre quatrième observation. Que M. Gosselin ne l'a-t-il lue attentivement! Il s'agit d'un malade, Grec d'origine, et qui eut un chancre à vingt-deux ans; nous en constatons la trace; du reste il a eu de fréquentes angines, une ulcération rebelle de la commissure labiale gauche; une éruption croûteuse dans les cheveux; il présente, actuellement, une gomme fistuleuse au bras et des exostoses douloureuses sur le sternum et les deux tibias.

Le testicule gauche, un peu voilé par une hydrocèle, est volumineux, dur, bombé, recouvert de saillies, comme enchâssées dans les tissus, de petites plaques de consistance cartilagineuse; il est absolument indolent à la pression. Or, à droite, sur le scrotum, on voit une ulcération dont les bords rouges, tuméfiés, taillés à pic, forment un cratère, au fond duquel on aperçoit une masse jaunâtre, feuilletée, dont les débris s'enlèvent facilement avec une pince. Mais, sous la première couche, on en trouve une seconde qui s'exfolie à son tour. Sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure, le testicule gauche s'assouplit; l'ulcération du testicule droit se déterge et se rétrécit si rapidement, qu'en quarante-huit heures sa surface diminue de moitié.

Est-ce que tous les caractères de certitude, tous les signes pathognomoniques exigés par M. Gosselin ne sont pas réunis à souhait dans cette observation? Notre mémoire d'ailleurs en contient d'autres certainement aussi probants. M. Gosselin nous dit que son opinion a été ébranlée par un fait qu'a publié son élève Paul Reynier; qu'il veuille bien lire les nôtres et son doute disparaîtra sans retour. Il admettra alors avec Kocher, Terrillon, Duplay, Fournier, Guyon, Panas et nous, pour ne parler que de ceux dont l'opinion est bien connue, le ramollissement et la suppupuration du sarcocèle gommeux.

Paul Reclus.

— Traversons l'Atlantique, nous allons trouver dans les colonies espagnoles, au Brésil, au Pérou, les mêmes difficultés, les mêmes conflits que dans la vieille Europe.

— A Cuba, les magistrats municipaux et les juges de Pinas-del-Rio ont une façon toute personnelle d'honorer l'art de guérir et de respecter la liberté de ceux qui l'exercent. Cette localité n'a qu'un médecin chargé du service des indigents, et touchant pour cela une rétribution. Il y a quelque temps, le titulaire de l'emploi était en congé. Une loi de 1868 a prévu cette éventualité, elle déclare qu'il faut un médecin commissionné pour trois cents familles pauvres, qu'en cas d'empêchement de sa part le service sera fait par un suppléant. L'alcade, en magistrat soucieux des finances communales, a cru pouvoir passer outre. Il a tout simplement fait savoir aux médecins libres qu'ils auraient tour à tour à donner gratuitement leurs soins aux indigents; c'était simple et pratique. Les intéressés n'ont pas trouvé la chose de leur goût; ils ont protesté contre cet impôt d'un nouveau genre, et déclaré qu'ils refuseraient absolument d'obéir à l'arrêté illégal qui les frappait. L'occasion de rendre la protestation effective ne s'est guère fait attendre. Au milieu de la nuit du 28 au 29 février dernier, nuit froide et pluvieuse s'il en fut, un employé de la mairie se rend successivement chez plusieurs praticiens, et leur intime l'ordre de le suivre (à titre gracieux, bien entendu) pour donner des soins à un blessé à Rio-Rancho, localité distante d'au moins 6 à 7 lieues. L'affaire n'a pas été terminée par le refus des médecins. Ils ont été déférés au juge de première instance, qui les a condamnés à 50 francs d'amende. L'un d'eux a même été contraint *manu militari* d'obéir à la réquisition.

— Du reste, la sympathie de l'autorité se manifeste d'une manière bizarre chaque fois qu'il s'agit des choses de la médecine; on condamne un praticien libre à l'amende par suite de la négligence d'un alcade, il faut d'autres fois que

Contributions pharmaceutiques.

USAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'EAU CHLOROFORMÉE.

En mai 1882, nous avons donné l'analyse d'un mémoire des professeurs Lasègue et Regnauld, qui avait été publié dans les *Archives de médecine*, sur les applications thérapeutiques du chloroforme; nous avions signalé tout particulièrement le passage relatif à l'eau chloroformée. La valeur analgésique de cette préparation nous parut évidente, et nous ne soulevâmes qu'un doute sur sa conservation à l'état de pureté. Cette question vient d'être complètement résolue par M. le docteur de Beurmann, ancien chef de clinique du regretté professeur Lasègue et gendre de M. Regnauld. M. de Beurmann, complétant le travail de ses maîtres, vient de publier dans le *Bulletin général de thérapeutique*, n° du 15 août, une note intitulée : *Indications pratiques sur les usages thérapeutiques de l'eau chloroformée*, où la précision véritablement scientifique de la rédaction est en rapport avec la rigueur expérimentale.

Un fait important ressort de cette étude, c'est que le chloroforme humide est de meilleure conservation que le chloroforme anhydre. Nous pensions le contraire, et dans la purification du chloroforme nos efforts tendaient aussi bien à le priver d'eau que d'alcool. Aujourd'hui il n'y a plus d'hésitation possible; le chloroforme doit être conservé sous l'eau à l'abri de la lumière.

Voici d'ailleurs le résultat des expériences exécutées au laboratoire de pharmacologie de la Faculté de médecine :

Soumis à l'insolation directe ou diffuse, le chloroforme chimiquement pur s'est décomposé et a produit du gaz chloro-carbonique en quarante jours (1), tandis que le chloroforme saturé d'eau a résisté cent jours à la décomposition. Quant à l'eau chloroformée, placée dans les mêmes conditions, elle est restée absolument à l'état de pureté (2).

Les médecins peuvent donc compter sur ce nouveau médicament et l'employer à l'instar de l'eau de fleurs d'oranger et de l'eau de laurier-cerise.

Pour préparer l'eau chloroformée, il suffit de verser dans un flacon aux trois quarts plein d'eau distillée un excès de chloroforme pur, d'agiter pendant une heure à diverses reprises le mélange, et de laisser déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau est séparée du chloroforme en excès par décantation.

Elle contient alors 0gr,90 pour 100 de chloroforme. A ce degré de concentration, cette solution est douée d'une action locale trop irritante pour être aisément supportée à l'intérieur. Il convient donc d'y ajouter son volume d'eau, sauf à revenir petit à petit à la solution officinale si la tolérance de l'estomac le permet.

M. le docteur de Beurmann a traité avec beaucoup de soin la question d'administration de l'eau chloroformée; il a donné plusieurs formules typiques qui serviront de base à des combinaisons encore plus variées.

Les principales propriétés médicamenteuses de l'eau chloroformée sont les suivantes : Elle calme les douleurs et les sensations nauséeuses dont souffrent les malades atteints de dilatation stomacale pendant le stade pénible de leur digestion. Étant un antispasmodique précieux, elle donne de bons résultats dans les vomissements d'origine nerveuse et dans ceux de la grossesse. Elle est enfin un excellent topique buccal contre les douleurs d'origine dentaire, parce qu'à son action calmante vient s'ajouter sa propriété antifermentescible. L'eau chloroformée peut donc être considérée, tantôt comme élément actif, tantôt comme excipient.

C'est pour satisfaire à cette double condition que M. de Beurmann propose trois préparations officinales : l'eau chloroformée saturée, diluée, aromatique, et cela, dit-il, pour plus de simplicité.

Nous nous permettons de ne pas partager sa manière de voir.

Ces trois eaux ne feront qu'amener des complications dans les ordonnances et dans le service de la pharmacie. N'est-il pas plus simple au contraire de n'avoir qu'un flacon d'eau saturée qui portera l'étiquette d'eau chloroformée?

Quand le médecin voudra la diluer, il l'étendra de la quantité d'eau qu'il jugera convenable.

Quand il voudra l'aromatiser, il l'additionnera d'eau de fleurs d'oranger, de menthe ou d'anis.

Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à louer et recommander les formules données par M. le docteur de Beurmann, qui a poussé le soin jusqu'à les expérimenter toutes au lit du malade.

Quelques exemples entre autres :

(1) Nous avons vu nous-même de magnifiques cristaux d'un chlorure de carbone dans le flacon en expérience.

(2) Dans le courant d'avril 1882, nous avons préparé de l'eau chloroformée et nous venons de constater qu'elle est dans un parfait état de pureté.

---

les médecins obéissent aux curés. A Paris, pays d'indifférence religieuse s'il en fut, l'Eglise laisse dormir tranquillement les prescriptions relatives au refus de sépulture; les prières pour les morts sont un article légèrement démodé qu'on donne sans marchander à qui le demande. A la Havane, on n'en est pas là : anathème aux impies, aux désespérés, à ceux qui ont fini par le suicide; la goutte d'eau bénite accordée au cadavre du supplicié repentant, on la refuse à celui qui, sous l'empire d'un violent chagrin ou d'une souffrance insupportable, a terminé volontairement sa vie. Dans le doute même, on n'adopte pas toujours l'affirmative : il y a quelque temps, un médecin est requis pour l'autopsie d'un individu mort accidentellement sur la voie publique, il fait son rapport et l'adresse au juge. Le lendemain il reçoit du curé de la paroisse une lettre lui réclamant un certificat pour attester si la mort était le résultat d'un assassinat ou d'un suicide. Le médecin répondit que ce n'était point son affaire; qu'ayant envoyé les renseignements au magistrat compétent, il regardait son rôle comme fini. Puis, il a soumis le cas au public dans une lettre écrite à la *Cronica medica de la Habana*. Les précédents ne sont point en sa faveur : un différend à peu près semblable, s'étant élevé l'année dernière entre le curé de la paroisse de Sabanilla et un autre praticien, donna lieu à une circulaire du Gouverneur général, dont voici un intéressant passage :

« Les médecins devront expédier en double les certificats de décès, quels que soient les motifs pour lesquels ils aient été délivrés, non seulement afin que les curés conservent un exemplaire desdits certificats, mais encore pour que l'autre puisse servir à la statistique sanitaire et nécrologique. »

— Un déplorable accident a eu lieu récemment à propos d'un fou; apprenant que deux médecins avaient signé un certificat constatant son état, il s'arma d'un revolver, monta à cheval, et courut chez tous les deux; heureusement qu'il

Potion :

Eau chloroformée saturée	150 grammes.	
Eau distillée	150	—

Prendre une cuillerée du mélange de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à soulagement.

Potion narcotique :

Eau chloroformée saturée	60 grammes.	
Eau de fleurs d'oranger	60	—
Sirop de morphine	30	—

On peut ajouter à l'eau chloroformée diluée divers sels médicamenteux tels que : bromure de potassium, salicylate de soude, hydrate de chloral, perchlorure de fer.

Un dernier avantage de l'eau chloroformée, c'est de permettre l'usage prolongé de l'émulsion de gomme-gutte, ce drastique hydragogue si énergique.

La préparation est ainsi formulée :

Eau chloroformée saturée	100 grammes.	
Eau de fleurs d'oranger	50	—
Gomme-gutte	1	—

Émulsionner soigneusement.

Prendre une grande cuillerée le matin, tous les jours ou tous les deux jours.

En somme, nous demeurons persuadé que la thérapeutique vient de s'enrichir d'un médicament utile, simple et inaltérable et dont les praticiens seront certainement satisfaits.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

De la parésie analgésique a panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures, par le docteur Morvan (de Lannilis).

La maladie que nous avons en vue d'étudier consiste dans la parésie avec analgésie des extrémités supérieures, d'abord limitée à l'un des côtés, passant ensuite le plus souvent à l'autre côté, et aboutissant toujours à la production d'un ou de plusieurs panaris.

Le premier cas soumis à notre observation remonte bien loin dans nos souvenirs. Il y a de cela de vingt-cinq à trente ans. C'était un homme de soixante ans qui se présentait avec un panaris à l'un des doigts de la main. La main et tout l'avant-bras étaient enflés. Nous constatons la nécrose de la phalange onguéale et lui proposons de pratiquer une incision pour arriver à l'extraction. Et comme le malade n'acceptait qu'avec un entrain modéré, nous ajoutons que l'incision serait comme un éclair, qu'il n'aurait pas le temps de souffrir. Nous procédons à l'incision qui fut une assez large entaille. Quelle ne fut pas notre surprise de voir le calme de ce brave homme, qui, à nos yeux, n'était pas précisément un héros, et qui cependant n'avait pas sourcillé! Pas une plainte! Il eût été de bois qu'il n'en eût pas été autrement. C'est qu'il n'avait pas souffert, mais pas du tout souffert, nous affirmait-il. Nous étions tombé pour la première fois sur une de ces paralysies analgésiques des extrémités supérieures qui font le sujet de notre mémoire.

Nous nous armons aussitôt d'une épingle et nous l'enfonçons, sans éveiller de douleur, dans divers points de la main et de l'avant-bras.

Plus tard, nous eûmes encore occasion de rencontrer un homme d'une trentaine d'années qui se présentait avec une de ces mains à panaris multiples, ayant laissé des traces de leur passage à plusieurs des doigts. Mains gonflées, déformées, creusées de gerçures profondes, à moitié paralysées, qu'on ne peut oublier quand on en a vu une fois. Il ne s'agissait pas, cette fois, de panaris, mais d'une gerçure qui avait perforé la gaine des tendons. Il s'en était suivi une inflammation qui avait cheminé dans la paume de la main et gagné le tiers inférieur de l'avant-bras. Tout cela était rouge et chaud; tuméfaction considérable. L'idée nous vint d'un phlegmon diffus; mais point de fluctuation appréciable jusqu'alors. Des frictions mercurielles belladonées, des cataplasmes et le repos au lit furent ordonnés. Cet homme que nous comptions revoir ne nous est plus revenu. Qu'est-il arrivé? Il nous a été impossible d'avoir de ses nouvelles, et nous ne le citons que pour mémoire.

Ces faits n'avaient pour nous aucune signification précise, nous ne savions à quoi les rattacher, et nous passions. Mais plus tard, dans une pratique déjà bien longue, les cas se sont multipliés et ont forcé notre attention. Il nous semble avoir en portefeuille une série de faits qui n'ont pas été encore signalés et qui méritent une place dans le cadre nosologique.

Nos observations complètes, nous ne parlerons pas des deux faits indiqués plus haut, nos observations sont au nombre de sept.

Les voici. Mais une remarque, avant d'entrer en matière. On s'étonnera peut-être de leur trouver à toutes à peu près la même date, 1881 ou 1882. C'est que plusieurs de ces malades, étant nos clients, nous étaient connus depuis des an-

---

avait proféré des menaces et qu'on eut le temps d'avertir les personnes auxquelles il en voulait. Le frère de l'une d'elles, ayant essayé de calmer le forcené, reçut une balle dans la jambe. L'impossibilité d'accomplir son dessein avait tellement exalté sa rage, qu'il devenait dangereux même pour les passants; il se précipita sur une patrouille de gardes civils; ceux-ci furent obligés de faire usage de leurs armes et le fou tomba, frappé d'un coup de feu en pleine poitrine.

— La vente des médicaments est soumise à la Havane, comme en Espagne, comme en France, à des restrictions légales; dans ces derniers temps la loi relative à l'exercice de la pharmacie était publiquement violée un peu partout. A mesure que l'esclavage perd du terrain, l'importation des ouvriers chinois augmente; il y en a de véritables colonies dans les villes de la Californie et des possessions espagnoles. Ces serviteurs, dont la condition n'est guère meilleure pendant leur temps d'engagement que celle des nègres, conservent malgré tout leurs habitudes nationales; beaucoup espèrent revoir leurs pays, aussitôt que leurs ressources le permettront. Les Chinois ont pour les médecins et les médicaments européens une horreur absolue. Tout le monde a connu, il y a quatre à cinq ans, un vieux répétiteur de l'Ecole des langues orientales vivantes; un de ses élèves m'a affirmé qu'il avait un recueil de recettes à son usage, que même dans sa dernière maladie, — car le pauvre diable est mort à Paris, — il avait refusé jusqu'au dernier moment de voir un médecin français. Les Célestes de la Havane, plus nombreux, moins instruits, n'ont pas tous leurs formulaires; beaucoup n'auraient du reste guère le temps de préparer leurs médicaments. Des coolies libérés, qui voyaient la possibilité de créer, grâce à ce desideratum, un commerce lucratif, n'eurent garde de laisser perdre l'occasion. On vit s'élever un peu partout des pharmacies à la chinoise, avec des électuaires, des apozèmes préparés selon les formules nationales. L'autorité vient de faire fermer ces boutiques, sous prétexte

nées, et qu'avant de faire cette publication, nous avons désiré les revoir.

Obs. I. Kerlosquet Serny, cinquante-cinq ans (de Guissémy), se présenta chez nous le 24 septembre 1881.

Il y a dix à onze ans, par conséquent, à l'âge de quarante-quatre à quarante-cinq ans, il fit un effort pour se retenir dans une chute et ressentit une douleur à l'épaule. La douleur était médiocre, mais il fut atteint en même temps d'une paralysie incomplète de tout le membre thoracique correspondant. Pendant les cinq à six années suivantes, il était pris, tous les trois à quatre mois, de frissons qui avaient une durée de quelques heures et qui étaient constamment suivis de fièvre pendant trois à quatre jours.

Depuis l'époque du début, la paralysie a persisté à peu près au même point, n'augmentant ni ne diminuant très sensiblement.

Il y a tout ensemble paralysie du mouvement et du sentiment. La motricité est fortement compromise dans les muscles de l'avant-bras, mais la parésie tend à s'atténuer au fur et à mesure que l'on monte vers le haut du membre. C'est ainsi que les contractions des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts ne s'exécutent ni avec la même énergie ni avec la même vitesse que celles du biceps et du triceps. Quant au deltoïde, c'est à peine s'il est touché.

La paralysie du sentiment se montre non seulement dans tout le membre thoracique gauche, mais encore dans tout le côté correspondant depuis le sommet de la tête jusqu'au rebord des fausses côtes. A la face, il y a un reste de sensibilité à la piqûre d'une épingle, mais partout ailleurs, crâne, cou et poitrine, elle a disparu, comme au bras, complètement. Il y a donc analgésie, et l'analgésie est si complète, qu'il peut, sans souffrir, plonger la main dans un baquet d'eau bouillante, et qu'il lui est souvent arrivé de tenir, également sans souffrir, un charbon ardent dans la main jusqu'à formation d'une ampoule. Combien de fois aussi, quand il travaille avec la bêche, ne lui est-il pas arrivé, en appuyant l'outil sur le cubitus, de s'écorcher l'avant-bras sans en avoir conscience?

Il y a analgésie, mais il n'y a pas anesthésie. La sensibilité au contact est conservée partout et le malade, les yeux bandés, indique avec précision le point où on le touche.

Toute la région analgésiée est, au moindre travail, le siège d'une sudation excessive; elle est en nage, et son état contraste singulièrement avec celui du côté opposé qui reste sec.

Évidemment le vaso-moteur participe à la paralysie. C'est la paralysie vaso-motrice qui nous donne encore l'explication des phénomènes suivants : la pommette gauche, qui est d'une teinte lie de vin, est beaucoup plus colorée que la droite, en toute saison, mais principalement en hiver; à cette époque aussi de l'année, les doigts de la main gauche prennent une teinte violacée, et se couvrent d'engelures; gerçures profondes au niveau des plis palmaires; gonflement, empâtement du membre depuis les doigts jusqu'au coude.

A des époques indéterminées, il se produit des phlyctènes aux extrémités des divers doigts. Un seul, l'auriculaire, a été le siège d'un panaris. Il y a sept à huit ans, en hiver, il a perdu la phalange onguéale. Le panaris était douloureux, mais n'empêchait pas le sommeil. On n'a souffert ni pour l'incision de la pulpe du doigt ni pour l'extraction de la phalange nécrosée.

Bonne santé habituelle. Kerlosquet n'a jamais fait de maladie ni avant ni après. Cependant il existe au premier temps du cœur un léger bruit de souffle. Pouls radial régulier, le même à gauche qu'à droite. Varices très prononcées à la jambe gauche, point de varices à droite. Jamais d'œdème.

Obs. II. Abiven Jean, quarante-trois ans (de Guissémy), cultivateur, se présente à ma consultation le 14 août 1881.

Il a un gonflement de la main gauche qui remonte jusqu'au coude. Il en résulte une véritable déformation. Les doigts portent même aujourd'hui, en été, des gerçures profondes au niveau des plis de la face palmaire. Ces gerçures vont quelquefois jusqu'à la gaine des tendons. Elles ont d'ailleurs une grande tendance à guérir. Ainsi, une fois, cet homme, que je connais de vieille date, m'est venu avec une gerçure de la face palmaire du pouce qui avait pénétré jusqu'au tendon. Il s'en était suivi une inflammation de la gaine avec rougeur, chaleur et tuméfaction s'étendant dans tout le poignet. Le mal était local, il ne s'accompagnait d'aucune réaction. Mais je n'en étais pas moins inquiet pour les suites. Des onctions mercurielles belladonées, des cataplasmes et le repos en eurent raison en quelques jours.

Les doigts indicateur, annulaire et auriculaire ont été pris de panaris à diverses époques. Les panaris étaient toujours indolents. Ils se sont terminés deux fois par la nécrose de la phalange onguéale. L'auriculaire seul a échappé à ce genre de terminaison. L'extraction des phalanges nécrosées et les incisions nécessaires pour y arriver ont toujours été indolentes. D'ailleurs la main et l'avant-bras sont partout insensibles aux piqûres d'épingles. Parésie des muscles de ces diverses parties qui se contractent avec beaucoup moins d'énergie que du côté sain.

Il y a bien des années que la paralysie existe. Elle a été combattue pendant des années aussi par l'emploi de la strychnine. A ma connaissance, la paralysie n'est pas allée en augmentant, mais c'est tout. Le travail aux champs était possible, il l'est encore.

Le malade fait remonter le début du mal à vingt-cinq ans. Il eut alors, au bras gauche, des crises de douleurs qui se sont fréquemment renouvelées, mais qui ont disparu depuis longtemps. Il assure que la sensibilité de tout le côté gauche est émoussée depuis la tête jusqu'aux pieds, qu'il sent la douleur d'une piqûre dans les parties restées sensibles, beaucoup moins à gauche qu'à droite. Dans les premières années, la paralysie avait même touché le membre inférieur gauche, dont les divers mouvements étaient moins assurés. Aujourd'hui, sous le rapport de la motricité, tout, à part l'avant-bras, est rentré dans l'ordre.

Obs. III. Marie-Anne Tilénou, quarante-quatre ans (de Ploudalsnézeau), vient me consulter le 14 août 1881, pour une gale invétérée.

Je suis frappé tout d'abord de l'aspect que présentent la main et l'avant-bras gauches. Les parties sont enflées, et bien que nous soyons en été, il existe des gerçures profondes à la face palmaire de la main et des doigts.

Affaiblissement des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Les doigts ont peine à garder prise.

La main et l'avant-bras sont insensibles à la piqûre d'une épingle, mais la sensibilité reparaît au bras.

Le médius a été atteint d'un panaris avec nécrose de la pha-

---

que la loi sur la vente des médicaments n'a pas prévu l'exception en faveur des Chinois.

— Quand on parle des maladies éteintes, qu'on range parmi elles la danse de Saint-Guy du quatorzième siècle, on oublie que la *chorea magna* se reproduit de temps en temps de nos jours; que ses explosions ont à peu près les mêmes caractères qu'elles avaient à Liège ou à Strasbourg ; seulement, au lieu de regarder les danseurs comme des possédés, de se signer en leur présence, d'organiser les pèlerinages à Saint-Guy, on se borne à les isoler, à les prémunir contre l'entraînement, l'imitation, et tout disparaît. C'est ce qui est arrivé à Hagipe (Brésil) ; au début, il y eut un certain nombre de cas isolés, sur le caractère desquels la commission nommée pour étudier l'épidémie ne s'est pas prononcée. Comme la chose avait lieu à la veille d'une fête au voisinage d'une fabrique occupant beaucoup de personnes, la diffusion se fit avec une rapidité incroyable. En quoi consistait donc la maladie? En mouvements convulsifs de différents types : les uns grimaçaient, les autres sautaient, tournaient, faisaient des contorsions grotesques. C'est absolument ce qu'ont noté les chroniqueurs chez les maniaques du moyen âge. Examinait-on un malade isolément, il avait peu de chose, des mouvements insignifiants dont la volonté était maîtresse. Quand on en réunissait 25 ou 30, on eût dit qu'une véritable commotion électrique passait dans cette masse et provoquait les secousses musculaires les moins symétriques. Comme on pouvait s'y attendre, l'isolement eut raison de tout. Encore un fait à mettre à l'actif de l'imitation.

Dr L. Thomas.

lange onguéale. Le panaris, qui n'a pas été soigné, a évolué sans faire souffrir la malade.

Les bouts des doigts sont souvent frappés d'ulcérations en hiver; le bout de l'annulaire, atteint de la sorte, a subi comme une usure.

La malade a senti les premières atteintes du mal à l'âge de vingt ans. A cette époque de sa vie, elle fut prise, au bras gauche, de douleurs violentes qui irradiaient jusqu'aux doigts. Depuis lors, elle est souvent prise des mêmes douleurs. Pendant ces crises, elle ne peut obtenir un peu de sommeil qu'on se passant au bras un lien qu'elle serre fortement.

Elle ne s'en est pas moins mariée à l'âge de vingt et un ans. Elle est aujourd'hui mère de cinq enfants, tous bien portants. Elle-même jouit par ailleurs d'une excellente santé; toujours bien réglée.

Obs. IV. Marie Salaün, soixante-deux ans (de Plouider), mariée à trente et un ans, mère de trois enfants. Ménopause à quarante ans, époque de son dernier accouchement.

Forte et bien portante jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans. A cette époque de sa vie, cette femme s'est aperçue qu'elle fatiguait plus vite du bras droit, la fatigue se faisait surtout sentir à l'épaule. Puis insensiblement, et sans souffrance, tout le membre thoracique droit s'est affaibli et atrophié. On ne peut ni fléchir ni surtout étendre complètement les doigts; engourdissement plus accusé en hiver.

Les doigts sont devenus plus gros et offrent, aux plis palmaires, des gerçures en toute saison, mais principalement en hiver.

Il n'y a jamais eu de panaris à la main droite.

A l'âge de cinquante-sept ans, cinq ans par conséquent après les premiers accidents, le membre thoracique gauche se prend à son tour, toujours sans cause connue et d'ailleurs sans plus de souffrance qu'à droite. Il n'y a jamais eu de gerçures à cette main, qui est moins paralysée que l'autre, mais il y a eu presque au début un panaris à l'indicateur qui a perdu sa dernière phalange. Celle-ci est remplacée par un noyau osseux. L'ongle est tombé et ne s'est pas reproduit. Panaris peu douloureux, qui n'a pas été soigné et qui guérit naturellement, après issue de la phalange onguéale, en trois ou quatre mois.

A une année d'intervalle, nouveau panaris, avec issue de la phalange onguéale, au doigt médius gauche. Ici l'ongle est conservé, mais avec une certaine déformation.

En octobre 1882, époque de mon examen, les avant-bras et les bras sont amaigris, atrophiés, mais beaucoup moins à gauche qu'à droite. Doigts gros des deux côtés, avec gerçures à droite, sans gerçures à gauche. Mains d'une teinte violacée.

La piqûre d'une épingle n'est pas douloureuse aux doigts, mais elle se fait très bien sentir au dos et à la paume des mains.

Battements faibles, dépressibles également aux radiales et aux cubitales des deux côtés, à soixante-quatre. Rien au cœur. Santé générale excellente.

Obs. V. Héliès François, trente-cinq ans (de Saint-Pabu), pêcheur, vient me consulter, le 25 octobre 1881, pour un panaris au médius de la main gauche.

Il y a un mois environ, le doigt offrait un certain endolorissement comme s'il y était entré une épine. Il avait légèrement enflé lorsque, il y a quinze jours, Héliès s'est fait couper le bout du doigt, qui était occupé par une espèce de durillon. Il en était sorti un peu de pus. Le doigt n'avait pas tardé à guérir. Mais il y a une semaine, en travaillant à éteindre un incendie, Héliès s'est livré à de grandes fatigues, et le gonflement du doigt est revenu. Le gonflement s'est propagé au poignet et voilà quatre jours que la suppuration a reparu.

Lors de mon examen, il existe à l'extrémité du médius une ouverture pouvant admettre une plume d'oie et donnant issue à un pus fétide. Le stylet sent la phalangette qui est nécrosée. Le doigt est rouge, enflé et chaud comme tout le poignet et la plus grande partie de l'avant-bras. Malgré cet appareil inflammatoire, avant-bras et poignet sont à peine sensibles à la piqûre d'une épingle. Peut-être même devrais-je dire pas du tout sensibles.

Je pratique à la pulpe du doigt, pour l'extraction du séquestre, une incision de deux centimètres environ, et le malade ne poussa pas une plainte. J'introduis une pince, je fouille dans la plaie sans provoquer de douleur.

La phalangette sort tout entière en trois fragments. Le stylet, après l'extraction, rencontre la surface articulaire de la deuxième phalange.

J'apprends du malade qu'il y a trois ans, à intervalle de quelques mois, l'indicateur et l'auriculaire de cette même main avaient été également le siège de nécroses par suite de panaris. Alors comme aujourd'hui la douleur ne paraît pas avoir été ce qu'elle est d'ordinaire en pareil cas. Le panaris de l'index avait troublé le sommeil pendant deux ou trois nuits, mais on n'avait pas souffert du petit doigt. Dans l'un comme dans l'autre cas, la guérison avait eu lieu en six ou huit semaines, spontanément, après issue de fragments osseux.

Le malade m'apprend encore que la main et l'avant-bras gauches, avant la tuméfaction causée par le panaris du médius, étaient atrophiés et incomplètement paralysés ainsi que le poignet droit. Nous constatons en effet non seulement une atrophie et une parésie des muscles de la main droite, mais encore des muscles de l'avant-bras correspondant. Les éminences thénar et hypothénar, ainsi que les espaces intermétacarpiens, sont fort amaigris. Par suite de cette paralysie, les mains offrent un aspect tout particulier; elles sont comme étalées et beaucoup plus larges qu'auparavant.

La paralysie est inégalement répartie. Complète aux mains, elle ne l'est pas aux avant-bras où elle est plus marquée chez les fléchisseurs que chez les extenseurs des doigts.

La faradisation qui détermine des contractions énergiques dans les muscles des deux avant-bras, reste sans action sur les muscles des éminences thénar et hypothénar et sur les muscles lombricaux.

La paralysie, à droite comme à gauche, n'a pas plus épargné le sentiment que le mouvement. La peau n'y est pas sensible ou l'est à peine à la piqûre d'une épingle.

Les bras ont conservé leur force. Elle est si bien conservée, qu'Héliès peut, en prenant un seau d'eau entre les bras, le porter assez loin sans l'appuyer au corps. Il peut aussi ramer, mais à l'aide d'un artifice: les mains ne se contractant pas suffisamment pour serrer les rames, au lieu de les empoigner, il les assujettit avec les avant-bras. Il existe sur ces dernières parties d'assez nombreuses écorchures contractées de la sorte.

La paralysie a débuté à droite il y a cinq ans. Mais elle était tout d'abord peu de chose, elle n'est arrivée que graduellement à droite comme à gauche au point où elle en est aujourd'hui.

Il n'y a jamais eu de panaris avec nécrose des phalanges à droite. Seulement les extrémités de quelques doigts y ont été à certaines époques le siège d'exulcérations. On voit des cicatrices légères à la pulpe des doigts indicateur et annulaire. L'un des ongles, celui de l'indicateur, est déformé par suite d'une tourniole.

Il se produit toujours en hiver sur la face palmaire des mains et des doigts, généralement au niveau des plis, des gerçures profondes allant parfois jusqu'à la gaine des tendons. Aujourd'hui même, bien que la température ambiante soit fort douce (elle est de 13 à 14 degrés au-dessus de zéro), il existe une gerçure à la paume de la main au milieu d'une plaque épidermique assez épaisse correspondant à la tête du quatrième métacarpien.

Rien d'anormal ni au cœur ni aux artères des membres supérieurs. On sent battre les radiales et les cubitales aux deux avant-bras. Santé constamment bonne. Jamais de fièvre. L'appétit s'est toujours maintenu au milieu de ces accidents.

Bien qu'Héliès, en sa qualité de pêcheur, ait été souvent exposé aux intempéries, il n'attribue pas son affection à des refroidissements. Pour lui ce sont des causes traumatiques qui en auraient été le point de départ. Ainsi, il y a cinq ans, au début du mal, il fit une chute et fut projeté violemment sur le poignet droit; les doigts en furent très endommagés. Ainsi, il y a trois ans, à une époque où le membre supérieur gauche n'avait encore rien, la main de ce côté vint heurter à une branche d'arbre: écorchure à l'auriculaire un peu au-dessus de l'ongle. Ce fut quinze jours après que ce doigt fut atteint d'un panaris, le premier en date.

A droite, le début du mal fut accompagné de grandes douleurs, c'était comme un froid glacial sur le dos de la main. Mais rien de semblable à gauche. Le panaris de l'auriculaire fut indolent, et il y a d'autant plus lieu de s'en étonner qu'à cette époque la main gauche n'offrait pas trace de paralysie.

— Une semaine après notre première opération sur le médius (extraction de la phalangette), nous dûmes procéder à une nouvelle extraction, celle de fragments osseux dépendant de la deuxième phalange. Les manœuvres nécessaires pour arracher les parties nécrosées qui tenaient encore au reste de l'os furent assez violentes; elles ne causèrent cependant aucune douleur.

La guérison se fit en quelques jours. Tout gonflement avait disparu au poignet et à l'avant-bras, le médius seul restait un peu engorgé. La guérison s'était si bien faite, que les phalanges né-

crosées avaient été remplacées par des os de nouvelle formation, et qu'à notre grande surprise, les mouvements de flexion et d'extension s'étaient rétablis à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

(A suivre.)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (XII[e] session, Rouen).

Section de médecine.

(Suite. — Voyez le numéro 34.)

Les congestions pulmonaires chez les arthritiques : MM. Huchard et Verneuil. — Théorie physiologique de la menstruation : M. Gallard, M. Duplouy. — Tétanie d'origine gastrique : M. Gallard. — Médication antimicrobique : MM. Bravais et Andrieux. — Instrument pour prendre le graphique dans la prostate : M. Mallez. — Action de la « Piscidia erythrina » : M. Landowsky. — Injections hypodermiques chez les aliénés : M. Voisin. — La hauteur de la nappe d'eau souterraine et la fièvre typhoïde : M. Tessier.

Séance du vendredi 17 août (suite).

M. *Huchard* (de Paris) lit un très remarquable mémoire *sur les congestions pulmonaires et les hémoptysies chez les arthritiques*. Il rappelle d'abord un passage de Trousseau dans lequel cet éminent clinicien dit que trop fréquemment l'hémoptysie éveille l'idée de tuberculose, et il y apporte immédiatement cette restriction que souvent ces hémoptysies, ces congestions pulmonaires soudaines et passagères ne sont qu'une des très nombreuses manifestations de l'arthritisme, si bien dénommée à cause de cela même *diathèse congestive* par Cazalis. Il faut évidemment se garder de l'exagération de ceux qui, voyant l'arthritisme presque partout, divisent le genre humain en deux catégories : les arthritiques et les scrofuleux; mais d'autre part il faut savoir attribuer à leur véritable cause pathogénique les accidents variés de la diathèse arthritique, « qui commence au rhume de cerveau et qui finit par le cancer en passant par l'hémorrhagie cérébrale ». C'est ce qu'ont fait avec leur grand sens clinique les Bazin, les Pidoux, les Gueneau de Mussy, les Verneuil, etc. Trois observations de malades que M. Huchard a pu suivre pendant trente, vingt-cinq et vingt ans confirment cette vue que les hémoptysies peuvent se montrer chez les arthritiques sans la moindre lésion tuberculeuse.

Le premier malade, M. de R..., aujourd'hui âgé de cinquante-sept ans, est d'origine goutteuse, mais il n'offre lui-même que des nodosités d'Heberden. Depuis l'âge de vingt ans, il est sujet à des hémoptysies, survenant brusquement, plus fréquemment le soir, ayant à un moment donné affecté une certaine périodicité. D'ailleurs santé excellente et aucun signe de tuberculose.

Le second sujet est une femme de cinquante-deux ans qui, ayant eu, il y a vingt-huit ans, une hémoptysie très abondante, fut regardée par Barth, Andral et Gendrin comme atteinte de tuberculisation pulmonaire. Née de parents goutteux, cette femme a eu depuis de nombreuses hémoptysies sans aucun indice de tuberculose; il ne s'agit chez elle que de manifestations arthritiques.

La troisième observation est analogue aux deux premières.

M. Huchard cite encore plusieurs autres faits, mais il ne veut pas s'en servir pour confirmer la thèse qu'il soutient, parce qu'ils sont encore trop récents et n'ont pas subi l'épreuve du temps.

Toutes les objections qui pourraient s'élever contre la doctrine de l'auteur sont par lui passées en revue et réfutées. L'opinion bien connue de Pidoux, qui prétendait qu'une hémoptysie pouvait juger une tuberculose, ne s'explique que par ce fait qu'il y a antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose et que rarement un arthritique devient tuberculeux. Cependant le fait peut s'observer, et Latills, dans sa thèse, cite un malade arthritique, qui, ayant eu à vingt-cinq et trente-huit ans des hémoptysies, ne devint tuberculeux qu'à soixante-six ans. D'accord avec les faits exceptionnels, M. Huchard ne nie pas la réunion possible de la tuberculose et de l'arthritisme, mais il fait remarquer que leur union est « plus souvent un mariage de convenance ou d'occasion qu'un mariage d'inclination ». Les congestions pulmonaires affectant toutes les parties du poumon sont peut-être encore mieux faites que les hémoptysies pour donner le change avec la tuberculose. M. Huchard les examine avec soin. Il en admet deux grandes catégories : les unes survenant pendant une attaque de rhumatisme articulaire; les autres se montrant en dehors de toute manifestation arthritique, chez les malades qu'on peut appeler les *arthritiques viscéraux*. Elles revêtent la forme *morbide aiguë*, ou la forme *fixe et chronique*. La confirmation par l'autopsie de ces formes que la clinique pourrait revendiquer comme des cas de tuberculose à marche extrêmement lente, ne saurait laisser aucun doute sur leur existence.

Ces faits doivent être ajoutés à l'histoire des *pseudo-tuberculoses*.

Contre ces hémoptysies toujours effrayantes par leur abondance et peut-être prédisposantes à la tuberculose, M. Huchard emploie le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'iodure de potassium ou de sodium (à doses très modérées, 0gr,15 à 0gr,20), l'arsenic; il y joint les dérivatifs sur l'intestin, les sangsues à l'anus et même la saignée générale.

M. *Verneuil* dit que les mânes de Bazin doivent tressaillir d'aise en entendant cette confirmation des idées que ce clinicien a si brillamment soutenues pendant sa vie, à savoir : la coïncidence de la tuberculose et de l'arthritisme. Ce n'est pas chez le sujet qui est le porteur de cette hybridité morbide qu'il faut chercher la cause de cette union des deux diathèses, c'est chez les ascendants. Ainsi M. Verneuil a en ce moment dans son service un individu atteint à la fois et de tuberculisation pulmonaire et de cancer du testicule; or la mère de ce malade est rhumatisante et son père est mort phthisique.

M. *Huchard* demande si M. Verneuil a observé que les congestions pulmonaires soient plus fréquentes à la suite des traumatismes chez les arthritiques que chez les autres sujets.

M. *Verneuil* répond qu'il a remarqué avec Woillez que les fractures de côtes sont plus souvent suivies de congestions pulmonaires et d'hémoptysies chez les arthritiques que chez les autres malades. A la suite des amputations du sein chez les arthritiques, la congestion pulmonaire est fréquente.

— M. *Gallard* (de Paris) fait une communication sur la *théorie physiologique de la menstruation*. Inconnue des anciens qui, depuis Hippocrate, se contentaient de noter la plus grande fréquence de la fécondation au moment de la menstruation, la découverte de la coïncidence curieuse de la subordination de la menstruation à l'ovulation est de date toute récente et le mérite en revient à Négrier (d'Angers). Ce point de physiologie, qui repose sur des faits nombreux et bien observés, a été d'abord, et dans ces derniers temps encore, l'objet d'attaques plus vives que sérieuses, et que l'auteur se propose de combattre. Deux ordres d'objections ont été faits aux idées émises par Négrier :

a) On a dit que quelques femmes privées d'ovaire avaient été néanmoins réglées;

b) Que certaines autres n'étaient pas réglées, bien qu'ayant des ovaires.

A la première objection, M. Gallard répond que les femmes qui congénitalement n'ont pas d'ovaires ne sont pas menstruées. Quant à celles chez lesquelles on les a enlevés par une opération chirurgicale, l'écoulement n'est jamais aussi abondant ni aussi régulier; cela résulte des observations de MM. Péan et Kœberlé; de plus M. Péan fait même remarquer que ces troubles de la menstruation s'observent aussi chez les femmes qui ont subi de grandes opérations en dehors de la sphère génitale. D'ailleurs est-on sûr d'avoir enlevé complètement les ovaires, lorsqu'on pratique l'ovariotomie double? Dans une revue récente, M. Lebec cite l'observation d'une récidive de kyste de l'ovaire après coup, alors que le chirurgien croyait avoir enlevé les ovaires dans leur totalité.

La seconde objection est encore plus facile à réfuter. L'absence des menstrues, malgré l'existence de l'ovaire, s'explique par l'affaiblissement général, par exemple chez les phthisiques; la faiblesse de l'organisme ne permet pas à la muqueuse utérine de répondre à l'excitation partie de l'ovaire, et chez ces malades souvent l'écoulement sanguin est remplacé par un écoulement leucorrhéique.

M. *Duplouy* a fait l'année dernière une ovariotomie double, et l'examen très complet qu'il a fait des ligaments larges ne lui permet pas de croire qu'il ait laissé une portion même minime d'un des ovaires. Cette femme a néanmoins continué à voir ses règles.

M. *Gallard*, malgré la grande confiance qu'il a dans l'habileté des ovariotomistes, n'en persiste pas moins à croire que dans tous ces cas un petit lobule de l'ovaire a échappé à l'attention du chirurgien.

— M. *Launais* lit, au nom de M. *Gaillard*, une note sur la tétanie d'origine gastrique.

SÉANCE DU 18 AOUT.

MM. *Bravais* et *Andrieux* présentent un long mémoire sur la médication antimicrobique, dans lequel ils préconisent l'emploi du soufre et des sulfures.

— M. *Mallez* a fait construire un ingénieux instrument qui permet de prendre le graphique d'un corps qu'on ne peut atteindre qu'avec l'extrémité du doigt, par exemple la prostate. Cet appareil repose sur le principe bien connu du *pantographe*, au moyen duquel on peut agrandir dans toutes ses proportions un dessin, par exemple une photographie. M. Mallez fait passer sous les yeux des membres de la section un certain nombre de tracés qu'il a pris à l'aide de ce pantographe.

— M. *Landowsky* a essayé les effets narcotiques et sédatifs de la *Piscidia erythrina*. C'est une plante de la famille des légumineuses, qui croît sur le terrain volcanique de la Jamaïque. Son nom lui vient de la propriété qu'elle a de narcotiser les poissons, propriété que les indigènes ont depuis longtemps mise en pratique.

Le docteur William Hamilton a eu l'idée d'introduire cette plante dans la thérapeutique et il a fait les premiers essais sur lui-même. Souffrant d'un très violent mal de dents, il prit 3 grammes d'une macération alcoolique de l'écorce de cette plante (une partie de l'écorce dans quatre parties d'alcool). Cette ingestion fut suivie d'un sommeil très calme de douze heures, ne laissant après lui aucune lourdeur, aucun malaise. Depuis, James Scott et Mac Grotts l'ont employé à la place de la morphine. M. Landousky en a usé chez six malades atteints d'affections douloureuses diverses, trois fois dans sa clientèle personnelle et trois fois à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Richelot. Les malades ont été immédiatement soulagés. Sans être concluantes en raison de leur petit nombre, ces expériences sont cependant encourageantes. Si elles donnent le résultat qu'on est en droit d'espérer, la thérapeutique aura un précieux succédané de l'opium, ayant sur cet agent l'avantage de ne pas donner de lourdeur de tête, de malaise et de ne pas constiper.

— M. *Voisin* lit un travail pour montrer les avantages des injections médicamenteuses hypodermiques chez les aliénés en particulier. Ces malades acceptent en effet très difficilement les médicaments par la voie stomacale, ils les refusent ouvertement ou trompent l'attente du médecin en les jetant en l'absence de surveillance. La méthode hypodermique donne des résultats assurés, et, chose à noter, elle est très bien acceptée par les aliénés. Surveillée par le médecin, cette médication n'entraîne après elle aucun abus. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est livrée à des gardes peu soigneuses et surtout aux malades. Il y a là un abus qu'on ne saurait trop combattre, et l'administration devrait s'en mêler en interdisant la vente de solutions hypodermiques sans ordonnance en règle.

— M. *Tessier* (de Lyon) a étudié les *rapports existant entre l'élévation de la nappe d'eau souterraine et la mortalité de la fièvre typhoïde*. Tout le monde sait que Pettenkoffer a établi comme loi que l'intensité de la fièvre typhoïde est proportionnelle à l'abaissement du niveau de la nappe souterraine. La statistique très nombreuse dressée par M. Tissier donne un résultat tout autre, et à Lyon la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde croissent avec l'élévation de la nappe d'eau. Cette dérogation à la loi de Pettenkoffer est facile à expliquer : à Lyon, en effet, le sol, formé de terrains d'alluvion pris entre deux grands fleuves, se laisse très facilement et *très rapidement* pénétrer par les eaux, puisque l'auteur a constaté par divers sondages que l'équilibre entre la crue du Rhône ou de la Saône et la nappe souterraine se faisait en quatre heures; avec cette rapidité d'infiltration les eaux n'ont pas le temps de s'épurer à travers le sol, que Rollet, au dernier congrès de Genève, considérait avec beaucoup de raison comme le meilleur des agents d'épuration dans les conditions ordinaires. Il en résulte que l'eau des puits alimentés par cette eau contient une foule de germes et particulièrement ceux provenant des fosses d'aisances non étanches. C'est dans l'usage de cette eau que doit être placée l'origine de la fièvre typhoïde. Le fait suivant en est bien la preuve. Dans une cité habitée par plus de trois cents ouvriers, une seule famille, qui au lieu de faire usage de l'eau distribuée par la ville se servit de l'eau d'un puits, fut atteinte de la fièvre typhoïde.

Ainsi s'explique l'apparente contradiction avec la loi de Pettenkoffer. Une autre conclusion se dégage aussi de ces recherches, c'est qu'il est de la plus haute importance de recommander aux habitants des villes de se servir des eaux potables fournies par la municipalité plutôt que de celles des puits. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR L'EMPLOI DU CUIVRE COMME PRÉSERVATIF CONTRE LE CHOLÉRA. Lettre de M. *Vulpian* à M. le Secrétaire perpétuel. — A ce passage de la communication récente de M. Burq : « En ce moment même, d'après ce qu'aurait dit M. le pro- » fesseur Vulpian, à Mékong, dans le delta du Gange et en » Egypte, les officiers français et anglais se préservent par » le cuivre, » M. Vulpian répond qu'il n'a aucune connaissance personnelle de ce fait, dont on lui a seulement parlé, et il ajoute : « L'utilité du cuivre dans le traitement préservatif du choléra me paraît bien douteuse ;

si le cuivre avait une efficacité réelle, il est probable qu'elle aurait été mise en évidence depuis longtemps, dans tous les pays où le choléra a sévi, et surtout dans les parties de l'Inde où cette maladie est endémique. »

L'Anche vocale de l'homme. — M. *Moura* soumet au jugement de l'Académie un Mémoire sur l'anche vocale de l'homme. (Renvoi au concours du prix de physiologie.)

Choléra. — M. *Swiecicki* adresse une note relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Académie de médecine.

Séance du 28 aout 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le docteur *Besson* adresse ses rapports sur le service des épidémies dans l'arrondissement de Murat (Cantal) en 1881 et 1882. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Jouin* (de Paris) envoie un mémoire manuscrit *sur la fièvre jaune.* (*Même commission*)

M. *Jules Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Liégey* (de Choisy-le-Roi), un *Recueil* d'observations concernant la médecine légale.

Traitement du diabète et de la glycosurie par le bromure de potassium. — Il y a plusieurs mois déjà, M. le docteur Félizet entretint l'Académie de médecine des résultats qu'il avait obtenus dans le traitement du diabète et de la glycosurie par le bromure de potassium ; c'est au nom de la commission à laquelle fut renvoyé ce travail que M. *Dujardin-Beaumetz* lit un rapport.

Il fait d'abord remarquer que les différentes théories du diabète peuvent se ramener à trois principales : la théorie hépatico-intestinale ou alimentaire, la théorie hépatique proprement dite et enfin la théorie nerveuse. Toutes ces théories ont, en effet, une consécration hépatique : pour la première, on possède l'ensemble des moyens diététiques conseillés par M. Bouchardat ; pour la seconde, les médicaments agissant directement sur le foie, comme l'arsenic, le manganèse, etc. ; et pour la troisième, les médicaments nerveux, à la tête desquels il faut placer le bromure de potassium. Cette théorie nerveuse est aujourd'hui indiscutable, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. A n'envisager que ce dernier, il faut reconnaître que la médication par le bromure de potassium a donné des résultats remarquables ; M. Dujardin-Beaumetz relève, à ce sujet, vingt-neuf observations de M. Félizet, plusieurs de M. Hérard, trois de M. Dreyfus-Brisac et quelques-unes qui lui sont personnelles. Lorsqu'on examine ces cas de diabète, on voit, dit-il, qu'ils peuvent se présenter sous trois états différents : diabète léger, diabète de moyenne intensité, diabète grave, et cette distinction est basée non pas sur la quantité de glycose trouvée dans les urines, mais sur la persistance de la glycosurie après un traitement diététique rigoureux. Il convient, d'ailleurs, de considérer celui-ci comme la pierre de touche du diabète, au point de vue du pronostic et du traitement : dans le diabète léger, bien que la quantité de sucre puisse atteindre 100 grammes par litre et même davantage, on le voit très rapidement disparaître sous l'influence d'un régime diététique rigoureux, soit définitivement, soit transitoirement ; dans le diabète de moyenne intensité, le régime alimentaire ne fait que diminuer la quantité de sucre, et il devient nécessaire d'avoir également recours aux moyens thérapeutiques ; enfin, dans les diabètes graves, le régime alimentaire lui-même a peu d'influence.

Dans quel groupe faut-il placer les faits observés par M. Félizet ? Remarquons d'abord qu'il fait marcher de pair avec le traitement bromuré les exercices corporels, les alcalins, quelquefois l'arsenic, le quinquina, le fer, et qu'il surveille tout au moins avec soin l'alimentation des malades ; quelle part revient dans un traitement aussi complexe au bromure de potassium ? Il n'est pas facile de le déterminer strictement, bien que, dans certains cas, l'action de ce médicament ait des effets réels, surtout dans les diabètes de moyenne intensité et quelquefois pour des diabètes graves. Toutefois, M. Dujardin-Beaumetz dit avoir échoué dans trois cas de ce genre. Il convient d'ajouter que la médication bromurée offre des inconvénients, tels qu'une action dépressive considérable, même à la dose de 2 à 4 grammes par jour et il est nécessaire d'user avec prudence d'un tel médicament, en l'associant toujours à l'emploi des exercices corporels. Il ne paraît pas enfin que d'autres préparations bromurées mettent à l'abri de ces inconvénients.

En résumé, suivant le rapporteur, le bromure de potassium est une médication adjuvante dans le traitement du diabète, médication qui, si elle a des avantages, a aussi des inconvénients ; dans les cas de moyenne intensité et dans certains cas graves, en l'associant aux moyens diététiques et à la médication alcaline, il peut faire disparaître la glycosurie, mais il affaiblit les forces ; aussi devons-nous nous montrer très prudents dans l'administration de cet agent thérapeutique, surtout chez les diabétiques, qui présentent, par le fait même de leur maladie, une dépression profonde de l'organisme.

Cette opinion du rapporteur est partagée par l'Académie, qui vote, après une courte discussion, les conclusions favorables de son travail. M. *Bouchardat* notamment est en parfait accord avec lui ; toutefois il insiste peut-être davantage sur ce que le véritable traitement du diabète est encore l'hygiène alimentaire et surtout la gymnastique. — M. *Lunier* confirme cette manière de voir, en faisant remarquer que si l'on dépasse la dose de 2 à 3 grammes de bromure de potassium par jour chez les vieillards et les enfants au-dessous de quinze ans, on ne tarde pas à constater, comme il l'a vu souvent, une influence dépressive des plus funestes sur le développement intellectuel. — Cette action déprimante du bromure de potassium a été également observée dans trois cas par M. *Hardy* ; il ajoute que ce médicament pourrait, ainsi qu'il l'a constaté une fois, contribuer au développement de ces éruptions acnéiques, de ces furoncles auxquels les diabétiques sont si souvent sujets. — Il ne faudrait pas cependant conclure, objecte M. *Dujardin-Beaumetz*, que le bromure de potassium n'exerce aucune action sur les diabétiques ; les observations relatées dans le rapport montrent qu'il est loin d'en être ainsi. Il semble que ce médicament peut donner des résultats, quelle que soit la forme du diabète ; mais il importe, en raison de son action dépressive, de ne s'en servir qu'avec prudence, lorsque le régime diététique a échoué ; car, s'il est des malades qui peuvent réagir contre cette dépression et bénéficier aussitôt de la diminution du sucre, conséquence directe du médicament, il en est d'autres qui ne peuvent prétendre à un tel avantage. — Par contre, M. *Ricord* se déclare partisan résolu de l'emploi du bromure de potassium, combiné avec un régime diététique convenable, dans le traitement de cette affection ; il en a obtenu constamment d'excellents résultats et il a remarqué qu'à la dose de 2, 3 et même 4 grammes, la déperdition du sucre étant moindre, les forces des malades augmentaient ; quant aux accidents cutanés, ils sont la conséquence habituelle du diabète et la diminution du sucre, due à l'emploi du bromure, amène encore une disposition moindre à ces éruptions. Il considère le bromure de potassium comme une conquête nouvelle dans la thérapeutique du diabète, bien préférable à l'usage interne de la teinture d'iode, assez souvent mal tolérée par l'estomac.

— Le mémoire de M. Félizet est renvoyé au comité de publication et des remerciements sont adressés à l'auteur.

Kélotomie pour une hernie non étranglée. — M. *Polaillon* a eu récemment l'occasion de pratiquer la kélotomie afin de guérir radicalement une hernie non étranglée, gênante et difficile à maintenir. C'est là une opération pratiquée assez souvent à l'étranger, mais considérée en France comme inu-

tile et dangereuse; toutefois les nouveaux procédés opératoires ont diminué de beaucoup ses dangers et, quant à son inutilité par suite de récidive de la hernie, elle a également diminué depuis que l'on oblitère le sac et son collet, et depuis que l'on suture profondément l'orifice des parois abdominales. C'est dans cet ordre d'idées qu'il a pratiqué la cure radicale d'une hernie inguinale gauche, descendant dans le scrotum, que présentait depuis son enfance un jeune homme de vingt et un ans; il y a deux ans, à la suite d'une contusion, le testicule gauche devint douloureux, la hernie, difficilement réductible, augmenta et l'usage d'un bandage devint impossible; une névralgie intense du testicule et du cordon se déclara; le malade dut rester couché presque continuellement.

La hernie une fois réduite, M. Polaillon fit une incision longitudinale de 6 centimètres, écarta le cordon, transfixa avec une aiguille courbe le pilier inférieur en faisant ressortir la pointe au-dessus du pilier supérieur; deux points de suture permirent d'obtenir l'oblitération de l'anneau inguinal. Le cordon revenu à sa place normale, quatre points de suture réunirent les lèvres de la plaie. Pansement de Lister. Les deux fils de la suture profonde furent enlevés le neuvième et le douzième jour; la névralgie disparut; lorsque le malade commença à marcher, la hernie revint seulement à un faible degré; un bandage peut être maintenant supporté.

M. *Jules Guérin* reconnait que le résultat obtenu est bon, bien qu'encore imparfait. Il eût préféré, dans ce cas, l'emploi d'un procédé opératoire qu'il a imaginé autrefois et qui consistait à introduire, sous la peau du malade placé de telle façon que les piliers fussent tendus, un bistouri étroit, afin de sectionner plusieurs fois le pourtour de l'orifice herniaire; la plaie sous-cutanée qui en résultait donne lieu en se cicatrisant à la formation de produits plastiques suffisants pour obtenir l'oblitération cherchée.

M. *Polaillon* n'a pas voulu parler de tous les procédés de cure radicale de hernies, même non étranglées; mais montrer seulement qu'un procédé, négligé depuis longtemps en France, pouvait donner de bons résultats avec le manuel opératoire et les modes de pansement usités aujourd'hui.

Le cuivre contre le choléra. — M. le docteur *Burq* se réserve de faire connaître mardi prochain les résultats de l'enquête qu'il a commencée à propos des indications fournies à la dernière séance par M. le docteur Bailly (de Chambly). Il fait toutefois remarquer que l'alfénide travaillé dans les usines où ce praticien a constaté une mortalité aussi grande que partout ailleurs pour le choléra comme pour les fièvres éruptives, ne contient qu'une moyenne de 55 à 65 pour 100 de cuivre et non 90 pour 100 comme on l'a prétendu. Il fait enfin connaître un certain nombre de documents recueillis dans divers pays et desquels il résulte, suivant lui, que partout où se trouvent soit des mines et des usines de cuivre, soit des ateliers où se travaille ce métal, l'immunité pour le choléra existerait d'une manière à peu près constante pour les cuivreux. — Ces documents sont renvoyés à la commission précédemment nommée.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales, par MM. les docteurs Hooper (de Boston) et Bowditch.

Ces expériences sont de deux sortes: les unes ont pour but de démontrer que l'action du muscle crico-thyroïdien a pour effet de produire la rotation du cartilage cricoïde sur le cartilage thyroïde; les autres de déterminer l'action de la colonne d'air sur la tension des cordes vocales. Ces expériences ont été faites sur des chiens. Dans celles de la première série, l'animal était éthérisé, le larynx mis à nu; la branche du nerf laryngé qui se réunit au muscle crico-thyroïdien était électrisée pendant qu'on enregistrait les mouvements des cartilages. On a constaté que le cartilage cricoïde constituait la partie la plus mobile du tube laryngo-trachéal et que le muscle crico-thyroïdien imprime le mouvement au cartilage cricoïde. Enfin dans les expériences de la seconde série, on constatait que la colonne d'air avait pour effet de provoquer la tension des cordes vocales. (*American laryngological association*, 24 mai 1883, et *The New York med. Journal*, 2 juin 1883, p. 609.)

De la suture des plaies du cœur, par le docteur Block.

Ce chirurgien a essayé expérimentalement de se rendre compte des causes de la mort dans les plaies du cœur, et a constaté qu'elle était due le plus souvent à l'asphyxie produite par l'effusion du sang dans le péricarde, à l'abondance de l'hémorrhagie, à une lésion des ganglions moteurs du cœur ou à une oblitération de l'artère coronaire. Sur des chiens et des lapins, il a pu dans l'espace de trois ou quatre minutes, pratiquer la suture et arrêter l'hémorrhagie. Pendant cette opération, la pointe du cœur était maintenue avec force, de manière à interrompre les mouvements cardiaques et respiratoires et à faciliter la suture. (*The Lancet*, mars 1883, p. 422.)

De la valeur thérapeutique de quelques médicaments antipyrétiques, par M. Patella.

Un médicament antipyrétique, pour mériter ce nom, doit agir promptement, efficacement et ne produire aucun trouble local ou général. En comparant les actions de ces agents entre eux, le docteur Patella a observé les résultats suivants: la *quinine*, dont on use et on abuse, doit être absorbée aux doses élevées de 2 ou 3 grammes. L'abaissement thermique maximum se manifeste entre la sixième et la huitième heure. Elle a l'inconvénient de produire des troubles cardiaques et parfois la mort subite dans la dothiénentérie. La *vératrine* peut réussir là où la quinine échoue, mais son administration est souvent suivie de collapsus. La *digitale* en infusion a été employée dans le traitement de la dothiénentérie, mais elle a ses inconvénients. Il en est de même de la *salicine* à la dose de 3 ou 5 grammes. L'*acide phénique*, administré par la bouche, occasionne du catarrhe gastrique; donné par le rectum à la dose de 1 ou 2 grammes, il peut être avantageux, mais être aussi la cause de complications bronchopulmonaires.

On doit préférer l'*acide salicylique* à la quinine dans les fièvres, mais son emploi provoque des vomissements, du pyrosis, de la céphalalgie et du collapsus. Le *thymol* est sans danger à la dose de 2 ou 3 grammes dans l'espace de deux ou trois heures. Il ne déprime pas le cœur autant que les salicylates. La *résorcine*, mieux tolérée par l'estomac, produit de la rougeur de la face, modifie la respiration et ranime la régularité du pouls. Sa dose varie de 1 gramme et demi à 2 grammes. La *kairine* ou *kairoline*, dérivée de la chinoline, doit être employée aux doses de 30 à 50 centigrammes, réfractées d'heure en heure ou de deux en deux heures. Filhenne et Hallopeau la considèrent comme le meilleur des antipyrétiques.

En tout cas, ce sont là de précieux médicaments contre l'hyperthermie, mais avant de proclamer leurs grandes vertus antipyrétiques, il faudrait établir que l'hyperpyrexie est le principal des éléments morbides à combattre dans les pyrexies. (*Gazz. med. Ital., Prov. Venete*, 25 avril et 15 mai 1883.)

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA

Nous résumons, sans nous rendre solidaire de toutes les opinions qui y sont exprimées, une lettre adressée du Caire, le 17 août, au journal *le Temps*. Quant aux faits, la sûreté habituelle des informations du *Temps*, plus particulièrement en ce qui concerne le choléra, nous permet de les reproduire avec confiance.

Le choléra est en pleine décroissance et semble vouloir terminer ses méfaits à Alexandrie où il régnait depuis peu de jours seulement; il ne donne pas plus d'une dizaine de morts par ving-quatre heures.

Il y a eu un mois le 15 juillet que le choléra a été constaté officiellement au Caire. D'après le dernier recensement fait par le Conseil de santé et d'hygiène publique, chargé de centraliser au Caire les listes des victimes *de toute l'Egypte*, les derniers chiffres de la mortalité *depuis le commencement de l'épidémie* jusqu'au 15 août, sont de 21 524, dont 5622 au Caire; 1923 à Damiette; 1171 à Chibin-el-Kom; 1085 à Mansourah; 827 à Charkieh; 785 à Ghiseh; 746 à Mahalleh-el-Kébir; 738 à Garbieh; 600 à Tantah; 358 à Menoufieh; 347 à Samanoud; 332 à Minieh; 295 à Zagazig; 208 à Alexandrie; 206 à Rosette, etc. Parmi certaines villes encore connues, mais peu éprouvées, il faut ajouter : 152 à Damanhour, 132 à Siout, 33 à Ismaïlia, 32 à Suez, 12 à Port-Saïd, 4 à Ramleh, etc.

Le tableau récapitulatif comprend plus de deux cents noms de villes et villages, mais il est tellement mal composé, que plusieurs mêmes noms s'y trouvent répétés plusieurs fois, et avec des chiffres différents. Peut être a-t-on voulu désigner les dépendances des principaux centres. L'armée anglaise d'occupation y est comprise pour 104 décès, dont 3 officiers. Le chiffre des décès de la garnison du Caire est de 29.

Ce chiffre de près de 22 000 victimes, quoique officiel, n'est cependant qu'approximatif et bien au-dessous de la vérité. C'est ainsi que l'*Egyptian Gazette*, journal qui soutient avec beaucoup de passion ici les intérêts anglais, accuse dans son numéro d'hier un chiffre de 123 morts sur 172 cas qui se sont produits dans l'armée d'occupation. Il est cependant évident que les Anglais n'ont aucun intérêt à augmenter le chiffre de leurs décès, alors qu'ils évitaient d'en parler au commencement de l'épidémie.

Le Conseil de santé et d'hygiène ne nous donne donc que des chiffres très approximatifs. On sait aujourd'hui, en effet, qu'il n'a pas été fait mention dans les bulletins journaliers de mortalité des nombreux décès survenus dans bien des villages, et nous ne croyons pas exagérer en évaluant environ à 40 000 le nombre des victimes depuis le commencement de l'épidémie. Plusieurs autres circonstances semblent autoriser à croire que les statistiques ont été, au début, encore plus inférieures au chiffre vrai.

Malgré la force d'inertie opposée un peu partout aux mesures prescrites par les différents conseils de santé et d'hygiène, le choléra actuel a présenté bien moins de gravité que celui de 1865, où, au Caire, on a évalué à près de 2000 par jour le nombre des victimes pendant quelque jours. Le total des décès à cette époque a dépassé le nombre de 60 000.

Dès l'apparition de l'épidémie, on a tout d'abord imaginé le système des cordons, que l'on a appliqué autour des principaux centres au fur et à mesure que le choléra y faisait son apparition. Ce système, reconnu depuis inefficace, n'a fait qu'exaspérer les populations, surtout la population européenne, condamnée à vivre dans des foyers d'infection et par suite exposée à la contagion. On ne saurait nier la grande efficacité des *précautions quarantenaires* qui, en dehors des autres garanties qu'elles présentent, permettent aux êtres non contaminés d'échapper au danger en pouvant eux-mêmes se mettre à l'abri. Mais quelle terrible situation pour les malheureux qui, bien portants, se sont trouvés en quelque sorte condamnés à mort par suite de leur emprisonnement dans les villes et livrés ainsi à l'épidémie par les cordons sanitaires? Il est même arrivé que des médecins, venus de l'extérieur, n'ont pu franchir certains cordons, alors que cependant ils se dévouaient pour porter des secours!

Ç'a été comme une monomanie pendant près d'un mois : cordon à Damiette, cordon à Mansourah, à Samanoud, à Chibin, etc., et tout récemment encore à Alexandrie, qui s'était mise en quarantaine vis-à-vis du Caire, en supprimant tous les trains et en soumettant à des exigences ridicules les rares habitants de l'intérieur qui allaient s'embarquer à Gabarri. Et les malheureux qui étaient renfermés dans ces cercles barbares souffraient du manque de remèdes, du manque de soins et quelquefois du manque de vivres, comme à Mansourah, où la population a failli mourir de faim.

En résumé, les cordons sanitaires n'ont présenté aucune garantie en Egypte, et les habitants du Caire l'ont tellement bien compris, qu'ils sont tous disposés à recevoir les Alexandrins, aujourd'hui contaminés, qui voudraient venir se réfugier dans la capitale, alors que ces derniers avaient cru devoir se mettre en quarantaine dès le début de l'épidémie.

Les deux comités qui ont été organisés (un par quartier) ont fait preuve, à de rares exceptions près, de beaucoup de zèle et d'activité.

La colonie française s'est particulièrement distinguée, et sa conduite a même provoqué les félicitations du consul d'Italie!

Parmi les plus importantes mesures qui ont été prises pour combattre le fléau il faut citer le balayage et l'arrosage fréquent de toutes les voies publiques; l'inspection des maisons et leur assainissement; la destruction par le feu de plusieurs quartiers à Boulaq et au vieux Caire, comme aussi d'un grand nombre de masures dans différents quartiers de la ville; l'évacuation des quartiers les plus contaminés, et c'est ainsi que plusieurs milliers de fellahs, chassés de Boulaq, du vieux Caire et d'autres points, ont été cantonnés à Tourah, au Barrage et dans les plaines avoisinant la capitale; l'organisation de postes de secours, où jour et nuit des membres de la colonie européenne, désignés à tour de rôle, se portaient au chevet des malades, munis des premiers remèdes, en attendant l'arrivée du médecin; la création d'un hôpital européen établi en commun pour les Français, les Italiens, les Autrichiens et les Allemands; la fermeture des cimetières privés cophtes, foyers d'infection au vieux Caire; les enterrements effectués aussitôt après le décès, et dans les bières fermées garnies de zinc; la désinfection des latrines des mosquées; l'interdiction de la vente des concombres, pastèques, melons, dattes, figues et poissons salés; des immenses feux de goudron et de soufre, allumés le soir dans toutes les grandes voies, etc., mais le mauvais système de vidanges est un grand obstacle à un complet assainissement de la ville.

Le corps médical, surmené, a été à la hauteur de sa tâche, et il est certain que les médecins ont, au Caire, sauvé un grand nombre de malades par leurs soins assidus. Exténués de fatigue et parfois même indisposés, ils ont fait preuve de dévouement et de désintéressement. Les médecins indigènes, quoique également dévoués, se sont mis difficilement aux mesures d'hygiène pratiquées par leurs collègues européens. Au Caire, à l'hôpital indigène de *Kasr-el-Nil*, le plus important du Caire, les conditions hygiéniques étaient des plus fâcheuses.

Malheureusement, les médecins et les médicaments manquaient en maints endroits. «Il aurait fallu, dit le correspondant du *Temps*, faire venir d'Europe un certain nombre de médecins dès le début de l'épidémie, leur partager les provinces infectées et leur donner pleins pouvoirs. Il en serait résulté un bien moins grand nombre de victimes, comme aussi de précieuses études pour la science. Les missions annoncées arriveront trop tard. La mission Pasteur vient cependant de débarquer à Alexandrie, où elle aura le temps d'étudier les derniers cas qui se produisent.» (Voyez p. 573.)

On pourrait discuter sur le véritable point de départ de l'épidémie; il est reconnu que la maladie n'a pas été importée par le chauffeur du vapeur *Timor*, mais, ce que l'on sait, c'est que le choléra a éclaté à Damiette le 22 juin, immédiatement à l'issue de la foire du cheikh Abou-el-Mâali, qui a réuni dans cette ville, dans la troisième semaine du mois de juin, plus de 15 000 personnes, venues de différents points de l'Egypte et un certain nombre de marchands indiens *venus de Bombay*. Que sont devenus ces marchands indiens? Dans quel état de santé sont-ils rentrés dans leur pays, alors qu'ils ont dû, ainsi que le croient certains médecins, communiquer le germe du choléra asiatique aux gens de Damiette? dans toutes les enquêtes qui ont été faites, on cherche en vain une réponse à la question qui vient d'être posée. Il est vrai que les Anglais ne montreront peut-être pas beaucoup d'empressement à faciliter les recherches, et qu'ils allègueront que ces recherches ne pourront donner de résultats, puisque le choléra sévit en ce moment avec violence à Bombay. Mais ne pourrait-on savoir si quelques-uns de ces marchands n'ont pas été malades

ou ne sont pas morts à Damiette? *Encore une fois, que sont devenus les marchans indiens de Damiette?*

Ce qui n'est douteux pour personne, c'est que l'épidémie a trouvé un élément nouveau dès les fêtes du Ramadan.

Vaccinations. — *Médailles d'argent* (suite) : Jeanbernat (Toulouse); Laborde, sage-femme (Bergerac); Lagarde (Montauban); Lartigues (Guérigny); Leblond, sage-femme (Saint-Setiers); Leboucq (Paris); Leclerc, sage-femme (Alençon); Lecoq (Cany); Lecorre, sage-femme (Palaiseau); Lécuyer (Beaurieux); Léonardi (Aubervilliers); Lesenne (Saint-Riquier); Liguerolles (le Havre); Luro, sage-femme (Plaisance, Gers); Maheut (Caen); Maritoux (Liernais); Mergaut (Bayon); Mey (Beaumont-sur-Oise); Morin, sage-femme (Verdun); Dourson (Cochinchine); Naizin, sage-femme (Vannes); Jean Nègre père (Collioure); Parisot (Le Thillot); Petiteau (Sahles-d'Olonne); Piétra-Santa (Paris); Poilpré, sage-femme (le Mans); Pourquier (Montpellier); Rastoy, sage-femme (Pontaumur); Richard (Paris); Rigault, sage-femme (Blois); Rozé, sage-femme (Paimpol); Romieu (Digne); Rutard, sage-femme (Nogent-le-Rotrou); Selafer (Martel); Sire et sa fille, sages-femmes (Chatellerault); Soffray, sage-femme (le Creuzot); Souleyre (Boën); Tarradé (Châteauneuf); Taquoy (Caen); Henri Thorens (Paris); Thorné, sage-femme (Bagnères); Tramoni (Sartène); Uzols, sage-femme (Aurillac); Vigneron-Struf, sage-femme (Troyes).

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de son livre sur le traitement et la curabilité de la phthisie pulmonaire, M. le professeur *Jaccoud* vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Christ, de Portugal. Nous nous félicitons de ce nouveau succès de notre ancien collaborateur.

Gaillardot. — M. le docteur Charles Gaillardot, ancien médecin sanitaire de France en Egypte, ancien directeur de l'Ecole de médecine du Caire, est mort, le 17 de ce mois, à Bhamdoun, village du Liban, à quatre heures de distance de Beyrouth. Il a succombé à une longue et cruelle maladie dont il souffrait depuis quatre ans.

Il était né en 1814 à Lunéville (Meurthe-et-Moselle); en 1835, après avoir terminé ses études médicales à la Faculté de Paris, il partit pour l'Egypte en même temps qu'un bon nombre de Français, officiers dans l'armée et médecins, qui s'y étaient rendus à l'appel de Méhémet-Ali.

Pendant les événements de Syrie de 1860, il sauva un nombre considérable de familles de la montagne qui étaient venues se réfugier dans sa maison, à Seïda, et il sut empêcher les massacres dont cette ville allait être le théâtre. En 1861, il fit partie de la mission Renan, en Phénicie; et, en 1863, de la mission Saulcy, en Palestine.

Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1860, membre de l'Institut d'Egypte, qui lui doit dos travaux fort remarquables sur l'âge préhistorique et sur la flore orientale.

Le faux sulfate de quinine. Jugement. — Après une longue et minutieuse instruction, M. Lacombe, droguiste, adjudicataire des fournitures à faire à l'Assistance publique, fut reconnu l'auteur de ces falsifications et condamné, en juin dernier, par la huitième chambre correctionnelle, à une année d'emprisonnement et 50 francs d'amende.

Le tribunal ordonna, en outre, que son jugement serait affiché au nombre de douze exemplaires, dont l'un resterait affiché pendant vingt-quatre heures à la porte du magasin du condamné, et inséré dans deux journaux de Paris.

Le sieur Lacombe ayant relevé appel de ce jugement, l'affaire est venue hier devant la chambre des appels correctionnels, présidée par M. Cotelle.

La Cour, après avoir entendu Me Laroze, avocat de M. Lacombe, a confirmé la décision des premiers juges, mais a déchargé l'appelant des insertions ordonnées par le jugement de la huitième chambre.

Nous apprenons à l'instant qu'un de nos plus distingués confrères, M. le docteur Worms, vient d'être bien cruellement frappé. Sa belle fille, Mme Francfort, a été victime, à Luc-sur-mer, d'un affreux accident. La balle d'un revolver manié par un imprudent l'a frappée au cou, et la pauvre jeune femme a succombé après sept jours d'atroces souffrances et après avoir subi une trachéotomie. Les nombreux amis du docteur J. Worms s'associeront à sa douleur et nous tenons à lui témoigner toutes nos sympathies.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Pozzi, agrégé suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié le lundi 3 septembre, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'établissement. — Visite des malades à huit heures et demie.

Bulletin judiciaire. — Droit de réponse. — Beaucoup de personnes étant disposées à abuser du droit de réponse, il nous paraît intéressant de publier le sommaire d'un arrêt rendu récemment par la Cour de cassation :

I. Si la personne nommée ou désignée dans un article de journal a le droit d'y répondre et d'exiger l'insertion de la réponse, dit la chambre criminelle, c'est à la condition que cette réponse ne contiendra rien de contraire aux lois et aux mœurs, ni à l'honneur ou à la considération du journaliste. Ce droit est limité aux besoins d'une légitime défense.

II. Aucune disposition de la loi du 29 juillet 1881 n'autorise le journaliste auquel on demande l'insertion d'une réponse à diviser et à scinder cette réponse, et à n'insérer qu'une partie en refusant d'insérer une autre; ce journaliste a donc pu refuser l'insertion totale d'une réponse en se fondant sur ce que, bien qu'une partie fût une réponse légitime à l'article publié, une autre partie contenait des expressions offensantes pour l'honneur et la considération du journaliste.

Et, en l'absence d'offres de division de la part de celui qui répond, les tribunaux n'ont pas le droit de faire d'office cette distinction, et d'ordonner l'insertion de telle partie et de refuser telle autre.

III. Quelque laconique que soit un arrêt sur la partie de la réponse qui motive le refus d'insertion, il est suffisamment motivé lorsqu'il se réfère, sans les rappeler, à la partie finale qui contient les expressions offensantes pour le journaliste. D'ailleurs, la Cour de cassation, ayant sous les yeux la réponse dont l'insertion est refusée, peut exercer son légitime contrôle.

Mortalité a Paris (34e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 août 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1051, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 4. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 19.— Diphthérie, croup, 28.— Dysentérie, 0.— Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4.— Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 36.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 90; au sein et mixte, 49; inconnu, 4.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 58; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 34e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, du 17 au 23 août, 1051 décès. Ce chiffre dépasse notablement celui de la période précédente, 977, et la moyenne des quatre dernières semaines, 981. Cet accroissement de la mortalité est dû notamment : à la fièvre typhoïde (49 décès au lieu de 38, 37 et 30); à la phthisie pulmonaire (183 au lieu de 161); aux maladies de l'appareil cérébro-spinal (109 au lieu de 79).

La situation hebdomadaire des hôpitaux, du 13 au 19 août, est meilleure que celle de la période précédente en ce qui concerne la fièvre typhoïde (95 admissions au lieu de 147) et la variole (21 au lieu de 12).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE**
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 6 septembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CUIVRE, LE CHOLÉRA ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE : LA CONTAGION DE LA PHTHISIE.

Pour comprendre l'incident qui s'est produit à la dernière séance de l'Académie de médecine, il ne faut pas oublier que M. Burq avait par deux fois, et très longuement, entretenu l'Académie de documents dont les uns ont reçu déjà une abondante publicité et les autres ne présentent aucune garantie scientifique ; que, à la fin de la dernière communication, il avait annoncé formellement l'intention de répondre devant l'Académie au mémoire de M. Bailly ; que, après la séance, devant un groupe d'assistants, M. le président Hardy l'avait averti qu'il aurait la parole seulement pour présenter d'autres documents personnels, s'il en avait, mais non pour discuter un travail renvoyé avec les siens devant une commission ; que néanmoins, dans la séance de mardi dernier, M. Burq entreprenait évidemment une réfutation en règle de ce travail. Voilà pourquoi M. Larrey, qui occupait le fauteuil, a interrompu M. Burq, et pourquoi un membre a demandé le rappel aux usages académiques. Prétendait-on par là gêner la liberté de la défense, faire usage à l'égard d'une opinion des entraves, du boisseau et de l'étouffoir classiques ? A Dieu ne plaise ! M. Burq peut faire passer à la commission, par l'intermédiaire de l'Académie, toutes les informations qu'il lui plaira ; M. Bailly peut en faire autant de son côté ; mais ce qui eût été anormal, c'est un dialogue académique entre deux personnes étrangères à l'Académie ; un dialogue que M. Bailly aurait sans doute voulu continuer et dont on ne pourrait prévoir la fin.

Pour être tout à fait sincère, il faut bien reconnaître que des circonstances spéciales sont de nature à rendre plus vif et plus prévoyant ce souci de la règle. Un certain nombre de feuilles politiques paraissent fort attentives aux communications de M. Burq. Tant que notre confrère se borne à affirmer l'immunité cholérique ou typhoïdique chez les ouvriers en cuivre, le mal n'est pas grand. L'avenir dira ce que valent à cet égard les enquêtes et les affirmations ; pour notre part, nous ne leur opposons aucune fin de non recevoir : nous sommes, en leur présence, des corps neutres. Mais M. Burq va plus loin. De tout cela il tire des déductions thérapeutiques. Or on a vu, par la communication de M. Bailly, ce qu'on peut en penser en ce qui touche la fièvre typhoïde ; et, quant au choléra, nous l'avons déjà dit, les praticiens ne peuvent pas ne pas se souvenir de 1866. Nous particulièrement, nous nous souvenons de l'expérience faite à cette époque dans deux services de l'Hôtel-Dieu réservés aux cholériques. Le médecin d'un de ces services, Horteloup, expérimenta sur une grande échelle, avec le grand sens clinique dont il était doué, la médication cuprique ; les résultats furent désastreux. Non seulement le chiffre de la mortalité fut très élevé ; mais on eut des motifs d'imputer au cuivre des accidents particuliers. Dans l'autre service, le sage Barth se décida un instant à faire le même essai ; mais il dut y renoncer promptement.

N'en est-ce pas assez pour commander la réserve à tous les esprits réfléchis ?

— Au commencement de la séance — et nous aurions dû aussi commencer par là — M. le professeur Bouchardat a lu un mémoire sur la *genèse des parasites de la tuberculose*. L'auteur admet donc l'existence de ce parasite, et il lui accorde les caractères morphologiques et toutes les particularités d'habitat qui ont été décrits par M. Cornil. Mais, au lieu de le faire venir du dehors, il en place l'origine dans le sujet lui-même, et le considère comme dérivant « de la cellule lymphatique ou de tout autre organite du sang ou de la lymphe », sous l'influence de la *misère physiologique*, c'est-à-dire de l'insuffisance des échanges nutritifs, de l'amoindrissement et de l'arrêt de la circulation. Il ne faudrait pas croire, d'après cette déclaration, que M. Bouchardat est un adversaire de la pathologie microbienne ; il en est, au contraire, un vieux partisan, et il l'est plus résolument que jamais, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant son récent

traité d'hygiène. Mais ce qu'il admet pour les maladies infectieuses, comme le choléra ou la fièvre jaune, il le rejette pour la phthisie, dont la transmission d'individu à individu est très rare et ne se produit que dans des circonstances exceptionnelles. Voilà un thème de discussion bien fait pour remplir le vide des séances à cette époque de *far niente*, et il est à souhaiter que l'appel fait à cet égard par le président soit entendu.

Sous le rapport clinique, ce que M. Bouchardat a dit de la transmission contagieuse de la phthisie (au moins par les voies respiratoires), est parfaitement exact. Il est des cas où il faudrait accorder beaucoup au hasard si l'on refusait tout à la contagion; mais ces cas sont peu nombreux et parfois susceptibles de diverses explications. La science sur ce point n'a guère changé depuis une soixantaine d'années. Si à cette date le bacille n'était pas né, on connaissait bien la *consomption pulmonaire*, et même il n'y avait pas moins d'un siècle qu'on plaçait le caractère anatomique de la *phthisie* dans le tubercule. Sachant donc bien de quoi l'on parlait, on mettait en doute la plupart des faits de contagion relatés par les vieux auteurs, et, pour l'explication de ceux qu'on n'osait contester, on faisait intervenir la cohabitation conjugale, l'influence des sueurs, des haleines, des produits de l'expectoration, surtout à la période des cavernes appelées alors *ulcères du poumon*. On tenait compte surtout des vapeurs émanées des crachats; leur *âcreté*, leur *fétidité* étaient les conditions principales de la transmission contagieuse de la phthisie. Tout ce qui a été dit là-dessus dans la dernière séance est l'expression moderne de ces opinions, et reste dans la généralité l'expression exacte des faits.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

De la parésie analgésique a panaris des extrémités supérieures ou parésо-analgésie des extrémités supérieures, par le docteur Morvan (de Lannilis) (1).

(Suite. — Voyez le numéro 35.)

Obs. VI. Oguer Jean, quarante-sept ans (de Plouguerneau), se présente à mon cabinet le 30 octobre 1881.

Fort et robuste autrefois, il n'avait eu d'autre affection qu'une otorrhée double qui date de son enfance et qui dure encore. Peu intelligent, à moitié sourd par suite de son otorrhée. Il a quatre frères et deux sœurs généralement bien portants et d'intelligence moyenne, mais l'une des sœurs, après une vie accidentée, a été renfermée pour cause de folie.

A l'âge de vingt-sept ans, Oguer a été pris au bras droit de douleurs violentes, que l'application de nombreux vésicatoires ne parvient pas à calmer. Ce ne fut que longtemps ensuite que les doigts de la main droite devinrent malades.

A l'âge de trente-sept ans, abcès volumineux au-dessous de l'épaule droite. L'abcès fut largement ouvert, l'incision fut à peine sentie. L'abcès se ferma en trois mois, après élimination d'une lamelle osseuse nécrosée, mais la possibilité d'un travail quelconque n'eut pas lieu avant un an. Le malade ne m'explique pas suffisamment la cause de ce repos si prolongé. Nous constatons la présence d'une cicatrice adhérente à l'os vers le tiers supérieur de l'humérus.

Le bras gauche s'est pris à son tour, mais longtemps après.

Etat actuel du malade. Côté droit : gonflement, empâtement des doigts, du poignet et même de la partie inférieure de l'avant-bras. Emaciation des masses musculaires non seulement à l'avant-bras, mais encore au bras et à l'épaule. Les douleurs névralgiques du membre ont cessé depuis quelques années.

Les doigts de la main droite, moins le pouce, sont raccourcis, rongés jusqu'à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange. La troisième phalange a disparu à tous ces doigts, excepté à l'indicateur, qui en conserve un noyau rudimentaire. Doigts ni fermés ni ouverts, il nous est impossible de les étendre ou de les fléchir complètement. Paralysie à peu près complète des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Quelques mouvements sont cependant conservés aux doigts.

Les mouvements de flexion et d'extension sont également très limités au poignet et au coude. Impossible au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras au delà de l'angle droit.

Ainsi la paralysie occupe, à des degrés divers, tous les muscles du membre.

Mais la paralysie ne s'arrête pas aux nerfs moteurs, elle s'étend aussi aux nerfs sensitifs. Dans toute l'étendue du membre, il y a insensibilité de la peau à la pression, au pincement, à la piqûre des épingles, à la chaleur. On ne sent pas l'approche d'un tison ardent. L'analgésie remonte assez loin dans son existence, puisque, il y a douze ans, l'incision d'un abcès largement ouvert n'avait éveillé aucune douleur.

Main froide en toute saison. En hiver elle est glacée. Elle est aujourd'hui d'une teinte violacée et beaucoup plus froide que l'autre main. Elle devient exsangue et se décolore complètement quand elle reste plongée dans l'eau froide pendant quelque temps. Gerçures aux plis palmaires des doigts et de la main, principalement en hiver.

Il se formait autrefois des phlyctènes aux extrémités des doigts, sur le tissu cicatriciel, mais cela n'a plus lieu depuis longtemps, depuis que la paralysie est très prononcée.

Battements de la radiale et de la cubitale faciles à percevoir.

Côté gauche : les douleurs ont cessé depuis quelque temps à droite, mais bientôt après, c'est-à-dre depuis quatre à cinq ans, des douleurs semblables, névralgiques, se sont montrées à gauche. Les doigts, le poignet et le bas de l'avant-bras sont un peu gonflés, mais beaucoup moins qu'à droite. Paralysie des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, moins avancée cependant que du côté opposé. Emaciation des muscles de l'avant-bras; ceux du bras et de l'épaule ont conservé leur volume et leur puissance. Le pincement et la piqûre des épingles ne sont douloureux ni à la main ni au bas de l'avant-bras, mais au haut de l'avant-bras et au bras la sensibilité est intacte.

Le pouce et l'indicateur ont été, à intervalle assez long, le siège de panaris qui se sont terminés par la nécrose et l'élimination de la deuxième phalange au pouce et des deux dernières phalanges à l'index.

Gerçures, principalement en hiver, à la paume de la main et aux plis des doigts.

Battements des artères radiales et cubitales perceptibles comme à droite. Rien au cœur.

Oguer mange toujours bien, mais par suite de ses douleurs névralgiques ne dort bien que vers le matin.

Le 25 janvier 1882, nous revoyons Oguer, qui est atteint depuis trois semaines d'un panaris au médius gauche. Il a eu avant le début et au début, des douleurs vives au bras et au poignet. Au moment de notre examen, toute la main et surtout le médius sont chauds, tuméfiés. La température de la main gauche contraste bien avec celle de la main droite, qui est glacée. Pouls radial à 60 des deux côtés, mais beaucoup plus fort du côté gauche. Température axillaire à 36°,6, la température ambiante étant à zéro.

Le bout du doigt est perforé et donne issue à un pus fétide annonçant la nécrose de la dernière phalange, que l'on constate d'ailleurs avec le stylet.

Incision pour l'extraction de la phalange, qui vient en trois morceaux. Le malade, naturellement pusillanime, a peur du mal et fait la grimace au moment de l'incision et de l'extraction, mais la chose faite, il avoue n'avoir pas souffert.

Le panaris avait été précédé d'une gerçure profonde dans le troisième pli palmaire du doigt. La gerçure est aujourd'hui cicatrisée.

Pendant tout le cours du panaris, Oguer a dormi et mangé comme à l'ordinaire. Le panaris s'est ouvert spontanément il y a cinq à six jours.

Le 1er février, le médius est moins enflé. L'incision pratiquée à la face palmaire pour l'extraction de la phalange est à peu près fermée, mais une eschare s'est formée sur la face dorsale à la réunion de la deuxième avec la troisième phalange. On y sent

(1) Erratum. — A la page 582, 2e colonne, ligne 25[illegible] lieu de : « sur les muscles lombricaux, » *lire* : « sur les muscles interosseux et lombricaux. »

l'extrémité articulaire de la deuxième phalange, qui tend à faire saillie. Incision en ce point; écoulement de sang assez abondant, mais douleur nulle. Extraction d'une portion nécrosée de la deuxième phalange.

Le 8 février, les deux incisions à peine béantes ne donnent presque plus de pus. L'avant-bras et le poignet sont désenflés. Le médius seul reste encore avec un peu d'engorgement et de chaleur.

Oguer se plaint du froid, qui le glace. Il est pourtant couvert de vêtements très chauds. Le thermomètre nous fournit l'explication du phénomène. La température axillaire n'est que de 36°,1. Le thermomètre est resté quinze minutes dans l'aisselle, et, pour plus de garanties, l'épreuve a été renouvelée. La température du dehors était à la glace.

Un an plus tard, le 7 février 1883, Oguer se présente encore chez nous pour un panaris. Cette fois c'était à l'annulaire gauche. Le panaris datait de plusieurs semaines. Main et avant-bras tuméfiés. Nécrose de la phalange onguéale, que j'extirpe partiellement. Incision et manœuvres d'extraction, le tout sans douleur. Le reste de la phalange est retiré le 18 du même mois.

La guérison ne se fait pas attendre de ce côté, mais dans l'intervalle il s'est produit à la pulpe de l'indicateur gauche une plaque gangreneuse de la peau, qui évolue à son tour et met quelques semaines à se cicatriser.

Du commencement à la fin de ce nouveau panaris, la santé n'a pas été troublée. Pouls normal, développé ni plus ni moins à gauche qu'à droite, malgré l'appareil inflammatoire qui avait déterminé un surcroît de gonflement au poignet et à l'avant-bras.

Obs. VII. Pont, François, quarante-trois ans (de Plouguerneau), vient à ma consultation le 30 novembre 1881.

Intelligence des plus bornées.

Il y a une quinzaine d'années, à la suite de douleurs névralgiques très fortes à l'avant-bras droit, Pont est atteint d'un panaris au pouce de la main droite, avec nécrose et issue de la deuxième phalange. La phalange a été remplacée par un os de nouvelle formation ou plutôt par un noyau osseux. Il n'en existe pas moins une articulation entre les deux phalanges. Le pouce est resté raccourci, déformé, en rondache.

L'index et le médius ont eu le même sort que le pouce. Ils ont également perdu la dernière phalange, mais Pont ne peut indiquer les époques.

Paralysie incomplète des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Ceux-ci restent toujours dans un état de demi-flexion.

Une piqûre d'épingle est à peine sentie à l'épaule et au bras, elle ne l'est du tout ni à l'avant-bras ni à la main.

On pince et on frappe ces deux parties avec des corps durs sans provoquer la moindre douleur; l'analgésie est complète. Pont n'a pas souffert pour l'extraction de la phalange, laquelle avait été précédée pourtant d'une assez large incision à la pulpe du doigt.

Atrophie des muscles de l'avant-bras. Ceux des éminences thénar et hypothénar ne sont pas très amaigris. Quant à ceux de l'épaule et du bras, ils ont conservé à peu près leur volume et leur énergie.

Les courants induits ne causent aucune douleur, mais ils déterminent des contractions énergiques dans les muscles du bras; ils en déterminent également, mais à un moindre degré, dans ceux de l'avant-bras et dans ceux des éminences thénar et hypothénar.

Gonflement modéré aux doigts et au poignet, gerçures aux plis palmaires du pouce.

Il y a cinq à six ans, le poignet gauche devint comme glacé, et tôt après le médius fut pris d'un panaris. Il perdit les trois phalanges, et on peut dire qu'aujourd'hui le doigt n'existe qu'à l'état rudimentaire. Il a tout au plus 4 centimètres de long avec des noyaux osseux pour phalange. Un pli au milieu de ce doigt rudimentaire accuse l'existence d'une espèce d'articulation. Il est beaucoup moins gros qu'autrefois, mais il a conservé l'ongle, un ongle épaissi et déformé.

Tous les autres doigts de la main gauche ont été pris successivement de panaris et ont perdu au moins la dernière phalange. Le petit doigt a même perdu les deux dernières phalanges. Comme au médius, les phalanges ont été remplacées au pouce et à l'annulaire par des noyaux osseux. Rien de semblable ni à l'indicateur ni à l'annulaire.

Paralysie des muscles de l'avant-bras et de la main; elle est moins prononcée qu'à droite. L'éminence thénar est atrophiée très sensiblement. Doigts et poignet engorgés.

Pont a perdu l'œil droit à l'âge de vingt-six ans, mais il ne peut dire de quoi.

Ulcère à la jambe droite depuis cinq ans. Il y a trois ou quatre ans, douleurs névralgiques à cette même jambe, et à la suite parésie, anesthésie et analgésie s'étendant jusqu'au pied. Le pied est renversé comme dans le pied bot valgus. On comprend que le malade puisse à peine marcher.

La jambe gauche est bonne, mais sujette à des crampes depuis quelque temps.

Dans le début du mal, et depuis, à diverses époques, les paroxysmes névralgiques aux membres supérieurs ont été tellement atroces, que les voisins entendaient le malade hurler de douleur et frapper les murailles à tour de bras avec les poignets. Mais l'analgésie est si complète, que, de cet exercice de désespéré, il ne résultait pour lui ni soulagement ni exaspération.

Malgré tout, santé générale passable. Mais Pont a pris de ses infirmités un air de vieillesse, de décrépitude qui lui ferait donner bien plus que son âge. A quarante-trois ans, c'est tout à fait un vieillard. Constipation opiniâtre depuis quelques années. C'est même pour ce dernier surcroît de misères qu'il était venu nous consulter.

Rien au cœur. Pouls normal. Température axillaire à 36°,1, la température ambiante étant de + 13 degrés.

La maladie que nous allons décrire affecte les extrémités thoraciques. Elle est d'abord localisée à un des membres, dont elle occupe les deux segments inférieurs, l'avant-bras et la main. Elle est caractérisée par des douleurs névralgiques, qui ouvrent la scène et se reproduisent à diverses époques, ensuite par des phénomènes de parésie et d'analgésie, et enfin par la manifestation d'un ou plusieurs panaris avec nécrose des phalanges.

La maladie procède par étapes. Après avoir déterminé, pendant des années, des crises de douleur à l'une des extrémités, l'avoir frappée de paralysie et d'analgésie et l'avoir mutilée par une série de panaris aboutissant tous à la nécrose, le mal passe d'un membre au membre du côté opposé où il tourne dans le même cercle et occasionne les mêmes désordres. Il est rare que la maladie ne s'arrête pas là. Une fois cependant (obs. VII), après avoir occupé successivement les deux membres thoraciques, elle a fini par envahir l'un des membres pelviens. C'était une troisième étape.

Nous aurons complété le tableau quand nous aurons ajouté que la main est le siège d'un gonflement habituel avec coloration violacée parfois et toujours avec gerçures profondes dans un ou plusieurs des plis de la face palmaire.

C'est en raison des traits qui donnent à cette maladie une physionomie si particulière, que nous la désignons sous la dénomination de parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou simplement de parésoanalgésie des extrémités supérieures.

Maintenant, l'esquisse faite et la maladie baptisée, nous entrons dans les détails et arrivons à l'étude des symptômes.

La maladie débute par des douleurs névralgiques, à l'un des membres supérieurs. Bornées souvent à l'avant-bras et à la main, les douleurs commencent quelquefois au bras et irradient jusqu'aux doigts. Elles sont violentes et peuvent être portées au point de troubler le sommeil. Chez l'un de nos malades le repos n'arrivait que vers le matin, et chez un autre le sommeil n'était possible qu'à la condition de se passer autour du bras un lien fortement serré.

On a même vu le malade pousser des cris déchirants et, dans un moment d'exaspération folle, frapper les murailles à tour de bras avec les poignets (obs. VII).

Les douleurs névralgiques procèdent par crises. Elles précèdent ou accompagnent soit le début du mal dans une des extrémités, soit le passage du mal d'une extrémité à une autre, soit enfin la naissance d'un panaris à l'une de ces extrémités.

Après avoir duré quelques jours, quelques semaines, elles se calment pour reparaître à chaque manifestation nouvelle de la maladie.

Il y a cependant des exceptions. Ainsi dans un cas (obs. II), l'affection s'est bornée à l'un des membres supérieurs, et les douleurs ont cessé depuis de longues années;

dans un autre (obs. V), le passage du mal d'un membre à l'autre n'a été marqué par aucune douleur; dans un troisième cas enfin (obs. IV), il n'y a eu de souffrance ni au début ni pendant le cours de l'affection, bien que celle-ci ait envahi les deux membres.

Parésie. — Il existe constamment de la paralysie aux muscles de l'avant-bras et de la main. Elle s'établit quelquefois d'emblée et reste stationnaire comme chez Abiven et Kerlosquet (obs II et I); mais le plus souvent elle fait des progrès et il arrive un moment où les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont très bornés, presque abolis. Ainsi nous voyons Hèliès, qui est pêcheur, en venir graduellement à ne pouvoir plus empoigner les rames et être réduit à les assujettir avec les avant-bras (obs. V).

Il est rare que la paralysie dépasse les muscles de l'avant-bras; elle s'arrête d'habitude au coude. Chez ce même Hèliès, par exemple, tandis que les fléchisseurs et les extenseurs des doigts sont réduits presque à l'impuissance, ceux du bras ont conservé toute leur vigueur. Le biceps et le triceps se contractent avec leur énergie normale et ont maintenu aux avant-bras l'intégrité de leurs mouvements. Il prend un seau rempli d'eau et le porte assez loin sans l'appuyer au corps, à bras tendus. C'est un genre d'exercice auquel il a eu l'occasion de se livrer tout dernièrement en contribuant à éteindre un incendie.

Cependant après de longues années, la paralysie peut envahir les muscles du bras, témoin Oguer, dont les muscles du bras droit finissent par être compromis à leur tour (obs. VI).

Il y a même des cas où les muscles des bras ont été atteints dès le premier jour. Ainsi Kerlosquet fait une chute et dans un effort pour se retenir éprouve une douleur à l'épaule; aussitôt il est frappé d'une parésie de tout le membre thoracique correspondant (obs. I).

Mais quelle que soit l'étendue de la paralysie, toujours du moins elle va en s'accentuant des segments supérieurs aux segments inférieurs du membre, de telle sorte qu'avec le temps on peut l'avoir complète à la main, incomplète à l'avant-bras et presque nulle au bras.

Il y a non seulement affaiblissement musculaire, mais encore ralentissement dans les mouvements. Chez Kerlosquet la main ne s'ouvre et ne se ferme qu'avec lenteur (obs. I).

La faradisation détermine des contractions dans les muscles simplement parésiés. L'énergie de la contraction est en rapport avec le degré de la paralysie. Ainsi, énergique aux muscles de l'avant-bras, elle l'est moins à ceux des éminences thénar et hypothénar. Et même chez Hèliès, les courants induits restent sans action sur ces derniers muscles, qui sont complètement paralysés (obs. V).

Atrophie. — A côté de la paralysie vient se placer l'atrophie des muscles, qui en est la conséquence naturelle. Inégalement répartie dans les muscles comme la paralysie elle-même, elle se mesure au degré et à l'ancienneté de l'affaiblissement musculaire. Tantôt elle occupe le membre tout entier, comme chez Oguer et Marie Salaün (obs. VI et IV); tantôt, et c'est le cas le plus commun, elle n'occupe que les deux segments inférieurs du membre.

Analgésie. — Dans tous les cas, sans exception, la paralysie avait atteint les nerfs sensitifs en même temps que les nerfs moteurs. Il y avait insensibilité au pincement, à la piqûre des épingles, et même à des actions plus violentes, comme celles de la chaleur et des courants induits. L'analgésie est poussée si loin, que Kerlosquet (obs. I) pourrait plonger la main dans de l'eau bouillante, tenir un tison ardent dans la main, jusqu'à production d'une ampoule, le tout sans éprouver la moindre douleur. Il lui est aussi arrivé bien souvent, en travaillant aux champs, d'appuyer la bêche sur le bord cubital de l'avant-bras et de s'y faire des écorchures sans en avoir conscience. Tel encore le cas d'Hèliès, dont les avant-bras étaient couverts d'écorchures indolentes déterminées par l'action de la rame (obs. V).

L'étendue de l'analgésie est généralement en rapport avec celle de la paralysie, mais ce rapport n'est cependant pas absolu. Ainsi, chez Marie Salaün (obs. IV), l'analgésie s'arrête aux doigts, bien que la parésie s'étende à tout le membre. Chez Oguer également, du côté gauche, l'analgésie est confinée au poignet et à la partie inférieure de l'avant-bras, quoique la parésie monte bien au-dessus, jusqu'au coude. Mais il peut se faire aussi que l'analgésie dépasse les limites de la parésie. Chez Kerlosquet (obs. I), la parésie ne montait pas au delà de l'épaule, et pourtant l'analgésie occupait non seulement tout le membre supérieur, mais encore le côté correspondant du corps depuis le sommet de la tête jusqu'à la base de la poitrine.

Il résulte de cette analgésie que les incisions pratiquées aux doigts ne provoquent aucune douleur, aucune plainte.

La première fois que nous avons été témoin du phénomène, nous avons été émerveillé. Mais depuis, nous avons vu la chose se renouveler si fréquemment, qu'aujourd'hui, en pareille circonstance, nous serions plus étonné encore d'entendre crier le malade.

On taille le doigt, on fouille dans la plaie pour saisir et arracher la phalange nécrosée et le malade ne bouge pas plus qu'un terme.

L'analgésie s'accompagne ordinairement d'anesthésie. C'est la règle. Cependant, par exception, la sensibilité au contact peut persister. Ainsi, chez Kerlosquet, où l'analgésie est si étendue et si profonde, la sensibilité tactile existe partout. On lui bande les yeux et il n'en indique pas moins avec précision le point touché.

Panaris. — Ces sortes de mains, atteintes tout ensemble de parésie et d'analgésie, sont sujettes, par intervalles éloignés, à des panaris avec nécrose d'une ou de plusieurs phalanges.

Nous avons dit précédemment que l'affection procède par étapes, qu'après s'être cantonnée dans un membre pendant des années, elle passe le plus souvent dans le même du côté opposé.

A chaque étape correspond la génération d'un ou de plusieurs panaris. Hèliès et Pont (obs. V et VII) nous offrent cependant deux exceptions. Chez Hèliès, il ne s'est produit aucun panaris au membre droit, le premier atteint; ce n'est que plusieurs années ensuite, à la seconde étape, que des panaris se sont montrés au membre gauche. Chez Pont, des panaris se sont manifestés aux extrémités supérieures, mais l'apparition de la paralysie analgésique au membre inférieur ne s'est pas accompagnée de panaris. Tout le monde sait, d'ailleurs, combien les panaris sont rares aux orteils.

Quelquefois le panaris est unique, nous en trouvons des exemples chez Kerlosquet et Marie-Anne Tilénon (obs. I et III), mais alors le mal n'a pas franchi la première étape et s'est arrêté à l'un des membres.

En thèse générale, les panaris sont multiples et atteignent successivement tous ou presque tous les doigts. Ainsi, chez Oguer (obs. VI), tous les doigts de la main droite, moins le pouce, ont été frappés; à la main gauche, tous l'ont été sans exception. Mais en revanche, jamais le même doigt n'est atteint deux fois de panaris.

Les panaris sont indolents, pas toujours néanmoins. Chez Kerlosquet et chez Hèliès (obs. I et V) le panaris avait été douloureux pendant les premiers jours. Chez Kerlosquet les douleurs étaient assez vives pour troubler le sommeil. Mais chez Hèliès, elles étaient compatibles avec le repos. Et chose singulière, chez ce dernier, de deux panaris survenus en l'espace de quelques mois, l'un avait été douloureux et l'autre point. Les panaris s'accompagnent des phénomènes ordinaires de l'inflammation, rougeur, chaleur, et même douleur parfois, comme nous venons de le dire. N'est-il pas alors curieux de voir un doigt, ainsi éprouvé par des douleurs spontanées, rester parfaitement insensible aux incisions et aux manœuvres nécessitées par l'extraction de la phalange?

Le panaris se termine par la nécrose. Nous l'avons vu cependant avorter chez Abiden (obs. II). Mais c'est là un fait unique. La loi est qu'il se termine par la nécrose d'une ou de plusieurs phalanges, généralement une seule phalange, qui est la dernière; par exception, la dernière et une portion de l'avant-dernière, ou les deux dernières phalanges et même les trois phalanges.

Les phalanges sont communément remplacées par des noyaux osseux, qui, dans certains cas, s'articulent entre eux ou avec les phalanges restées saines, reconstituant ainsi de nouvelles articulations. Au médius gauche de Pont (obs. VII), les phalanges sont remplacées par trois noyaux osseux. Le doigt a tout au plus 4 centimètres de long. Un pli au milieu du doigt accuse une espèce d'articulation. L'ongle est conservé, avec une certaine déformation, mais l'existence de l'ongle démontre que le raccourcissement de ce doigt rudimentaire tient à la nécrose des phalanges qui ont été éliminées et non au sphacèle de son extrémité.

Il y a dans la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures une tendance marquée à la nécrose. Nous trouvons, en effet, chez Oguer (obs. VI), non seulement la nécrose des phalanges, mais encore une nécrose superficielle de la partie supérieure de l'humérus. Ici comme dans le panaris, l'abcès et l'incision pour l'ouvrir sont à peu près indolents.

Le sphacèle se borne d'habitude à la phalange. Cependant, chez Oguer, la phalange extraite, nous avons été témoin de la gangrène d'une partie de la peau du doigt survenue quelques jours ensuite. Il est vrai que la partie gangrenée était en rapport avec la tête de la deuxième phalange qui faisait saillie, et que la gangrène pouvait être attribuée soit à la compression déterminée par cette saillie sur la peau, soit au travail de mortification qui avait atteint la tête de la deuxième phalange et se serait propagé de là jusqu'à la peau. Quoi qu'il en soit de l'explication en ce cas, toujours est-il qu'un an plus tard, chez le même individu, le panaris de l'annulaire gauche se complique, après extraction de la phalange, d'une plaque gangreneuse, non plus à ce doigt, mais à la pulpe de l'indicateur de la même main.

La paralysie précède de plus ou moins loin l'apparition des panaris. Dans un cas cependant, chez Héliès (obs. V), le panaris de l'auriculaire semble avoir été la première manifestation du mal à l'un des membres. A la vérité, l'autre membre était atteint de la parésie analgésique depuis deux ans environ.

Gonflement de l'extrémité. — Les membres frappés de cette sorte de paralysie ont un aspect tout particulier. Ils sont le siège d'un gonflement notable, surtout en hiver. Le gonflement s'arrête quelquefois aux doigts, mais remonte d'habitude jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras et même jusqu'au coude. La pression du doigt ne laisse pas d'empreinte. Le gonflement est beaucoup plus prononcé pendant le cours d'un panaris. A l'empâtement habituel vient alors se joindre la tuméfaction inflammatoire.

Chez un de nos malades, tout gonflement disparaissait dans l'intervalle d'un panaris à l'autre, et l'on se trouvait en présence d'extrémités amaigries, atrophiées (obs. V).

Gerçures. — A côté de l'empâtement des extrémités, nous aurons maintenant à signaler des troubles d'ordre trophique que personne ne s'étonnera de rencontrer dans une telle affection. Ce sont des gerçures, des phlyctènes avec exulcération, et la déformation des ongles.

Il existe constamment des gerçures plus ou moins profondes à la face palmaire de la main et des doigts, le plus souvent au niveau des plis naturels de cette région, mais quelquefois aussi sur une plaque épidermique déterminée par le travail.

Elles sont de toutes les saisons. Elles ne disparaissent jamais complètement. Quand l'une est guérie, il s'en produit une autre.

Mais plus profondes en hiver, elles peuvent alors devenir de véritables crevasses, qui vont jusqu'à la gaine des tendons et offrent un certain danger. C'est ainsi que chez Abiven (obs. II), une gerçure au pouce avait envahi la gaine du tendon et déterminé une inflammation de la synoviale s'étendant jusqu'au poignet. La chose paraissait sérieuse, mais un traitement approprié en eut facilement raison. C'était pour la seconde fois que nous étions témoin de cette complication.

Phlyctènes, exulcérations aux extrémités des doigts. — Dans trois de nos observations nous constatons la présence de phlyctènes, d'exulcérations au bout des doigts. Les phlyctènes rappellent les lésions de même ordre signalées par Maurice Raynaud dans la gangrène symétrique des extrémités. Elles semblent se produire de préférence sur les membres où les panaris n'ont pas sévi ou n'ont sévi que bien peu ou ont cessé de sévir. Ainsi Héliès (obs. V) n'a pas eu de panaris à l'une des mains; c'est justement à cette main qu'apparaissent de légères ulcérations sur les extrémités des doigts. Chez Oguer, la maladie, après avoir ravagé les doigts de la main droite, passe à la main gauche. C'est alors, quand la période des panaris a cessé à droite, qu'y commence celle des phlyctènes.

Enfin Kerlosquet (obs. I) n'a jamais eu qu'un seul panaris, mais en revanche il a des phlyctènes lorsqu'il y pense le moins.

Quant à la chute et à la déformation des ongles, nous nous bornerons à dire qu'elles sont loin d'être rares dans cette affection à la suite des panaris.

Coloration violacée, décoloration, transpiration. — Si les gerçures se montrent dans toutes nos observations, il n'en est pas de même de la teinte violacée qui est notée seulement deux fois, chez Oguer et chez Kerlosquet.

Chez Oguer, la teinte violacée n'existe qu'à la main droite, la première atteinte et aussi la plus maltraitée : la paralysie y est complète, et les doigts, à part le pouce, y sont réduits à l'état de moignon. Cette main est glacée en toute saison, mais principalement en hiver. Elle est d'ordinaire couleur lie de vin, mais quand elle reste plongée quelque temps dans l'eau froide, elle devient exsangue et se décolore complètement.

Chez Kerlosquet, la coloration violacée se montre non seulement à la main paralysée, mais encore à la pommette du même côté.

Pour compléter l'histoire de Kerlosquet en ce qui concerne les troubles de l'innervation vaso-motrice, nous dirons que tout le côté analgésié, depuis le sommet de la tête jusqu'au rebord des fausses côtes, se couvre, au moindre effort, d'une transpiration abondante. La sueur baigne alors cette partie, le côté opposé restant absolument sec.

Abaissement de la température. — Il est facile, au toucher, de constater la différence de température entre les extrémités inégalement paralysés. Ainsi, chez Oguer, c'est toujours la main droite, la première atteinte, qui est glacée.

Comme Oguer se plaignait amèrement du froid, bien que couvert de vêtements très chauds, l'idée nous vint de voir si la sensation était subjective ou objective, si la température du corps était réellement abaissée. Le thermomètre placé dans l'aisselle pendant quinze minutes donne un jour 36°,6 et un autre jour 36°,1, la température ambiante étant à zéro. Nous ferons remarquer que la première prise de température a eu lieu pendant l'évolution d'un panaris.

Chez Pont (obs. VII), la température axillaire n'était également que de 36°,1, la température ambiante étant à + 13 degrés.

Nous regrettons de n'avoir pas songé plus tôt et de n'avoir pas eu recours plus souvent à l'emploi du thermomètre. Nous y reviendrons à l'occasion.

Cet abaissement de température est notable et doit être pris en considération. Il rapproche l'affection que nous étu-

dions en ce moment d'une autre affection, le myxœdème, que nous avons eu également naguère occasion d'étudier.

La santé générale se maintient au milieu de tout ce désordre. On mange et on dort bien d'habitude. Le sommeil n'est interrompu qu'au moment des crises névralgiques, et dans certains cas, pendant trois à quatre jours, à la naissance d'un panaris.

Rien au cœur, excepté chez Kerlosquet (obs. I), où l'on entend un léger bruit de souffle au premier temps.

Les battements des artères radiales et cubitales sont perceptibles dans tous les cas. Elles n'offrent rien de particulier à noter. Une fois seulement, pendant le cours d'un panaris, on signale des battements plus forts au membre qui en est le siège.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Blessures par crochets à ouvrage.

Ce n'est pas une *contribution pharmaceutique* que je vous apporte aujourd'hui, mais la *contribution d'un pharmacien* à une toute petite question de pratique chirurgicale. En ce genre, rien n'est à dédaigner; veuillez considérer d'ailleurs qu'il s'agit de la main des dames.

La mode est aux ouvrages faits au crochet, et les personnes blessées par ce petit instrument portent souvent leur doigt dans une officine, soit par économie, soit pour ne pas attendre le médecin. Le pharmacien tourne et retourne l'instrument dans tous les sens, et souvent ne réussit pas à l'extraire. Il renvoie alors les clients au chirurgien, qui, lui, agit comme Alexandre et coupe... la peau. Or il me semble qu'on pourrait simplifier la manœuvre de l'extraction. De quoi s'agit-il? De savoir de quel côté de la plaie est tourné l'hameçon. Or on le saurait sans avoir besoin de le chercher si l'on marquait d'un coup de lime le côté du manche qui regarde ledit hameçon. On retirerait alors l'instrument en lui faisant faire un demi-tour sur le côté opposé.

MM. les fabricants rendraient service aux pharmaciens s'ils voulaient bien, en marquant chaque crochet, les mettre en état d'exercer illégalement la chirurgie, sans risquer d'estropier les dames. P. Vigier.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (XIIe session, Rouen).

(Fin. — Voyez les numéros 34 et 35.)

Gangrène spontanée : M. Cerné. — Phosphates chez les êtres vivants : M. Jolly. — Ostéoclasie et ostéotomie dans le genu valgum : M. Beauregard. — Chlorures dans les urines : M. Burot. — Contracture pseudo-paralytique infantile : M. Onimus. — Traitement électrique des douleurs ovariennes : M. Apostoli. — Décollement de la rétine : M. Boucheron. — Cardiopathies d'origine névralgique : M. Bouchut. — Auto-inoculation traumatique : M. Verneuil. — Expériences d'hypnotisme : M. Bernheim. — Ablation d'un fibrome de l'orbite : M. Cauchois. — Analyse des urines albumineuses : M. Maurel. — Traumatisme et paludisme . M. L.-H. Petit. — Bactéries dans la sécrétion péritonéale : M. Nepveu. — Greffe dentaire : M. Redard. — Pathologie cérébrale : M. Magnan. — Ataxie locomotrice : M. Ollivier. — Étranglement interne : M. Henrot. — Anus artificiel : M. Duménil. — Extirpation du rein : M. Ollier. — Congestions pleuro-pneumoniques d'origine ovarienne : M. Potain. — Restaurations antémaxillaires : M. Duplouy. — Commotion cérébrale : M. Cartaz. — Kystes dermoïdes : M. Nicaise. — Choréomanie épidémique : M. Clon Stéphanos. — Microzymas : M. Béchamp. — Injections trachéales chez les phthisiques : M. Bergeon.

Séance du 10 aout (suite).

M. *Cerné* (de Rouen) lit une intéressante observation de *gangrène spontanée d'origine phosphatique*. Un homme de soixante ans, entré à l'hospice général de Rouen, présentait des plaques de gangrène disséminées en différents points des membres inférieurs; il était très amaigri, se plaignait de démangeaisons, et urinait jusqu'à 3 à 4 litres par jour. L'examen des urines, fait pendant plusieurs jours, fut absolument négatif; mais à la fin une analyse très minutieuse fit constater la présence de 4^gr^,40, 7 grammes et 5^gr^,40 d'acide phosphorique dans les urines des vingt-quatre heures. Dès lors la cause de ces plaques gangreneuses s'expliqua; leur guérison fut très lente et s'accomplit parallèlement à la diminution de la phosphaturie. M. Cerné insiste beaucoup sur l'utilité qu'il y a à soupçonner et à rechercher, dans des cas analogues, l'altération des produits d'excrétion du rein. Il ne faut pas s'en tenir à la constatation de l'absence du sucre, bien d'autres diabètes s'accompagnent de lésions gangreneuses, et d'ailleurs ces diabètes ont probablement entre eux des liens étroits de parenté.

M. *Teissier* (de Lyon) confirme les vues de M. Cerné. Les malades polyuriques, qui maigrissent et présentent le cortège symptomatique de la glycosurie, ne doivent pas être considérés comme à l'abri du soupçon du diabète sucré, alors qu'un ou même plusieurs examens ne révèlent pas la présence du sucre. Chez eux, en effet, on trouve, suivant une foule de circonstances, des résultats divers à l'analyse chimique des urines; un jour ces malades présentent de la phosphaturie, le lendemain de l'albuminurie, quelques jours après de l'azoturie, puis de la glycosurie. C'est ce que M. Teissier père a appelé le diabète alternant.

L'alternance de la glycosurie avec la phosphaturie s'explique, d'après M. Teissier, et cette explication est acceptée en partie par M. Bouchard, par le dédoublement de la glycose, en acide lactique, qui remplace l'acide phosphorique des phosphates alcalins; dès lors, l'acide phosphorique libre apparaît dans les urines.

M. *Verneuil* constate que l'observation de M. Cerné vient à l'appui de l'opinion qu'il soutient depuis très longtemps, qu'il n'y a pas de gangrène spontanée, et que tôt ou tard, par un examen attentif, on trouve toujours une cause organique.

Quant à la disparition passagère du sucre dans les urines des diabétiques, ce fait est chaque jour mis en évidence dans le service du chirurgien de la Pitié.

— M. *Jolly* fait une communication sur la *fonction primaire des phosphates chez les êtres vivants*.

— M. *Beauregard* (du Havre), après avoir rappelé que l'ostéoclasie de Delore, dans le traitement du genu valgum, est une bonne opération, surtout depuis l'emploi de l'ingénieux appareil de Robin, met cette méthode en parallèle avec l'ostéotomie, et n'hésite pas à donner la supériorité à cette dernière, qui est suivie des plus heureux résultats depuis la régularisation de la section osseuse et l'emploi des procédés antiseptiques. C'est, du reste, l'opinion actuelle de la Société de chirurgie après les observations de MM. Verneuil, Delens, Lucas-Championnière; M. de Saint-Germain la préconise également dans son récent *Traité de chirurgie orthopédique*. M. Beauregard a fait seize ostéotomies : huit fois l'ostéotomie linéaire et huit fois l'ostéotomie cunéiforme. Ces opérations, pratiquées pour diverses déformations des membres, ont été faites sur des enfants et des adultes; les résultats ont toujours été satisfaisants, jamais ils n'ont été suivis d'accidents. Des photographies montrent le redressement parfait des membres; chez un des malades, il était tel, que le sujet a été reconnu apte au service militaire.

Séance du 20 aout.

M. *Burot* (de Rochefort) fait remarquer que, jusqu'à ce jour, on a un peu négligé en clinique l'analyse des urines au point de vue des chlorures, tandis que leur examen au

point de vue du sucre, des phosphates, de l'albumine, etc., est journalier; cela tient probablement au défaut de procédés très simples pour la recherche des chlorures. C'est pour remédier à cet inconvénient que l'auteur, aidé de M. Chalmé, a imaginé le procédé suivant. Un tube, terminé par un renflement inférieur contenant 1 centimètre cube d'urine, reçoit le liquide à analyser; on y ajoute une petite quantité d'une solution de chromate de potasse; puis on verse une solution de nitrate d'argent au titre de 28 r,40 par litre à l'aide d'une burette graduée en dixièmes de centimètre cube. La réaction est marquée par la coloration café au lait, due au chromate d'argent. Chaque division employée pour l'obtenir correspond à 1 gramme de chlorures par litre.

— M. *Onimus* envoie une note *sur la contracture pseudo-paralytique infantile*.

— M. *Apostoli* a appliqué le traitement électrique à la douleur ovarienne chez les hystériques. L'auteur a fait une communication qui peut se résumer ainsi :

1° *Procédé opératoire. — Il applique à l'utérus un courant faradique ou induit, de haute tension, engendré par une bobine à fil long et fin.* L'appareil doit être à chariot, c'est-à-dire à hélice mobile, qui permette de graduer facilement l'intensité électrique de zéro à maximum. Des deux bobines qu'il doit posséder, l'une à gros fil et l'autre à fil fin, la première doit être rejetée comme fournissant des courants de *quantité*, propres surtout à exciter la contractilité musculaire, qu'il est inutile de réveiller dans ce cas particulier; ils sont d'ailleurs souvent très mal supportés par les hystériques, et ne produisent jamais aussi rapidement la sédation que l'on obtient par les courants de tension élevée.

La faradisation peut être *utéro-sus-pubienne*, un pôle étant dans l'utérus, et le circuit étant fermé sur le ventre au-dessus du pubis; mais il est préférable de lui substituer la *faradisation utérine double*, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus à l'aide de *mon excitateur utérin double*. Chez la femme vierge ou bien pendant la grossesse, lorsqu'il y a obligation de s'interdire l'introduction du doigt conducteur dans le vagin (vierge) ou bien de la sonde dans l'utérus (grossesse), il suffit d'introduire et de laisser la même sonde ou une de plus fort calibre dans le vagin, l'extrémité restant appliquée contre l'utérus, et de faire ainsi une *faradisation vaginale double*.

2° *Dose*. — La dose doit être réglée sur l'intensité de la douleur à combattre et sur la sensibilité du sujet. *Elle doit, en général, être petite et progressivement croissante, avec beaucoup de lenteur. Jamais elle ne doit être trop douloureuse, et il faut toujours qu'elle soit facilement supportée.* Du dixième au cinquième de l'engainement total de la bobine à fil fin de l'appareil à chariot de Tripier représente le plus souvent une intensité suffisante.

3° *Durée*. — La durée doit être proportionnelle à la ténacité du mal. On doit persévérer jusqu'à ce que la douleur soit supprimée ou amoindrie dès la première séance. *De cinq minutes à trente et au besoin plus seront quelquefois nécessaires pour atteindre ce but; la moyenne est de dix minutes.*

4° *Nombre*. — Le nombre des séances est chose variable; toute ovarialgie soulagée ou supprimée dès la première séance est sujette à récidiver le soir ou le lendemain; *de trois à huit ou dix séances* donnent, en général, un résultat complet et durable, quoique exposé à des retours éloignés offensifs inhérents à la persistance de la diathèse. Des séances quotidiennes et successives sont presque toujours nécessaires.

5° *Conclusion clinique*. — L'influence exercée sur la douleur ovarienne (qui topographiquement parlant est sus-ovarienne) par un excitant appliqué loin de son siège et localisé dans l'utérus fournit une nouvelle contribution à l'appui de la théorie du rôle pathogénétique que l'utérus joue dans l'hystérie, soit directement, soit par voie réflexe.

— M. *Boucheron* émet une théorie nouvelle sur la pathogénie du décollement de la rétine. Il serait produit par une altération de l'épithélium choroïdien laissant transsuder le sérum sanguin qui s'accumule entre cette membrane et la rétine. Cette altération de l'épithélium choroïdien peut être rapprochée de celles des épithéliums des séreuses qui produisent les diverses hydropisies. Cette communauté anatomopathologique de la choroïde et des séreuses se retrouve dans les influences étiologiques; comme les séreuses, la choroïde subit l'influence des maladies générales, telles que le diabète, le rhumatisme, etc., aussi est-ce dans ces maladies que l'on trouve le décollement de la rétine.

— M. *Bouchut* a eu occasion d'observer trois cas de cardiopathies dont le point de départ lui semble être une névralgie intercostale due à l'irritation des nerfs des troisième et quatrième paires dorsales par la compression du corset. C'est, en effet, chez les femmes que ces cardiopathies ont été observées. L'auteur les rapproche des faits signalés par M. le professeur Potain au dernier Congrès de l'Association, faits dans lesquels le point de départ de la cardiopathie était une névralgie du plexus brachial.

— M. *Verneuil* étudie un point de la pathogénie des maladies infectieuses, l'auto-inoculation traumatique. Tout d'abord il se déclare partisan des doctrines de Pasteur : si l'agent infectieux, le germe, le parasite, le microbe n'a pas encore été trouvé pour toutes les maladies infectieuses, il n'est pas douteux qu'il le sera, et à priori on doit admettre qu'il existe. Cela posé, l'auteur examine les trois modes principaux de l'inoculation de ces maladies : dans un premier cas, l'inoculation résulte du contact fortuit de deux êtres, l'un contaminant, l'autre contaminé, par exemple la rage, la syphilis, le charbon, c'est là l'*inoculation simple;* dans un second cas, il est difficile de saisir les intermédiaires entre les contaminants et les contaminés, les germes infectieux imprègnent le milieu, s'attachent à tout ce qui nous approche et nous entoure, et portent, par exemple, la septicémie, la pyohémie, l'érysipèle dans toute une salle de malades, dans un hôpital, dans un quartier, quelquefois loin du lieu d'origine, c'est l'*inoculation mésologique;* dans un dernier cas enfin, le virus, l'ennemi, est dans la place, il a envahi l'organisme, et n'attend pour exercer ses ravages qu'une occasion favorable; le moindre traumatisme la lui fournira, c'est là l'*auto-inoculation*. M. Verneuil ne veut traiter que de ce mode d'inoculation. Très nombreux et variés sont les microbes qui envahissent silencieusement l'organisme, s'y installent d'abord timidement, obéissent en quelque sorte à ses lois, mais, hôtes infidèles, sont prêts à se révolter et à asservir le pays qui leur a offert l'hospitalité. Le traumatisme est le signal de la révolte. Alors commence la lutte entre l'organisme et les microbes. Si l'organisme est fort et puissant, il résistera à cette invasion; s'il est affaibli, il sera vaincu. M. Verneuil passe ensuite en revue les conditions de résistance aux microbes, et s'attache surtout à montrer les dangers qu'il y a à provoquer par une opération intempestive la mise en jeu de ces agents infectieux. Si le traumatisme accidentel ne peut pas toujours être évité, le traumatisme chirurgical devra toujours l'être chez les individus tarés, et, cette vérité connue, on ne fera pas courir aux tuberculeux et aux autres diathésiques la chance de voir leur état s'aggraver par un acte opératoire.

— M. *Bernheim* entretient les membres de la section de phénomènes curieux d'hypnotisme qu'il provoque à volonté chez un grand nombre de malades, et cela même pendant l'état de veille : c'est ce qu'il désigne sous le nom de suggestion à l'état de veille.

— M. *Cauchois* (de Rouen) a enlevé un fibrome de l'orbite chez une femme de quarante-huit ans; guérison de la plaie en douze jours. La tumeur se composait histologiquement

d'une masse encapsulée formée de tissu fibreux adulte avec de nombreuses fibres élastiques; on y voyait aussi du tissu fibreux en voie d'évolution avec de nombreux éléments sarcomateux. Un mois après, la malade revenait à l'hôpital consulter pour une métrorrhagie durant depuis l'opération. Le toucher vaginal révéla la présence d'une tumeur végétante du col de l'utérus, dont l'examen microscopique fait séance tenante montra les cellulles caractéristiques du sarcome. M. Cauchois, à propos de ce fait, se demande si la présence des éléments sarcomateux du fibrome orbitaire ne s'expliquerait pas par l'existence de la tumeur utérine évidemment ancienne et jusqu'alors silencieuse. Le fibrome serait devenu sarcomateux comme un *locus minoris resistentiæ*.

— M. *Maurel*, traitant les urines albumineuses par la liqueur cupro-potassique à froid, a obtenu deux réactions différentes : si l'urine albumineuse provient d'un malade apyrétique, la liqueur cupro-potassique n'a aucune action sur elle; si l'urine provient d'un fébricitant, elle est colorée en violet par le réactif. M. Maurel n'a pas encore étudié à d'autres points de vue les caractères de ces deux albumines, auxquelles il propose de donner pour le moment les noms d'albumine normale pour la première et d'albumine modifiée pour la seconde.

— M. *L.-H. Petit* (de Paris) a trouvé dans l'ouvrage de Guardia : *La médecine à travers les siècles* (1865), une observation de Daza Chacon, publiée en 1562, dans laquelle l'auteur rapporte un fait de paludisme réveillé par un traumatisme. L'influence réciproque de l'intoxication paludéenne sur les blessures était donc connue depuis des siècles, mais à M. Verneuil revient l'honneur d'en avoir saisi et montré la véritable interprétation.

— M. *Lantier* préconise l'emploi de l'alcoolature d'aconit dans le traitement de la rétention d'urine chez les vieillards.

— M. *Pélagaud* (de la Réunion) envoie une note *sur les eaux thermales de la Réunion.*

— M. *Sandberg* (de Christiana) adresse un travail dans lequel il conclut que les bruits anormaux du cœur ne sont pas dus seulement à des lésions valvulaires, mais dépendent encore de la rapidité du cours du sang et de sa quantité.

— M. *Nepveu* a étudié à diverses reprises la sérosité péritonéale de certains cas d'obstruction intestinale; dans quatre faits il a trouvé des bactéries (*Cercomonas intestinalis*). Ces bactéries proviennent de l'intestin et passent dans le péritoine, même en l'absence de lésions de l'intestin; elles deviennent la cause des péritonites post-opératoires. Il y a donc encore là une raison de plus en faveur de l'opération hâtive de l'étranglement intestinal et de l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

SÉANCE DU 22 AOUT.

M. *Redard* (de Genève) a modifié les procédés de la greffe dentaire et obtenu des résultats tels que sur 77 cas il n'a eu que deux insuccès, qui s'expliquent par l'existence d'une périostite alvéolo-dentaire. En présence de ces résultats l'auteur conseille la greffe des racines des incisives, pour permettre l'application de pièces prothétiques qui prendront leurs points d'appui sur ces racines.

— M. *Magnan* apporte une preuve de plus au fonctionnement indépendant des deux hémisphères du cerveau. Chez certains hallucinés, en effet, il y a dédoublement des hallucinations; par exemple des malades entendront des choses agréables, d'un côté, et des choses désobligeantes de l'autre.

— M. *Ollivier* donne lecture d'un travail *sur quelques accidents cutanés survenant dans l'ataxie locomotrice.* Chez deux malades, ataxiques depuis quelques années, il a constaté une hypersécrétion abondante de la sueur des pieds et de la paume des mains; de plus, chez l'un d'eux il y avait une séborrhée intense du cuir chevelu. M. Ollivier passe en revue les rares observations analogues publiées jusqu'alors et essaye de fixer le siège des lésions médullaires amenant ces accidents et d'en interpréter le mécanisme.

— M. *Henrot* (de Reims) a observé deux cas d'étranglement interne survenus brusquemment et caractérisés par une très vive douleur, la petitesse du pouls, les sueurs froides, la tendance à la syncope et un arrêt complet des matières fécales et des gaz. Dans les deux cas le taxis abdominal fut suivi de la disparition complète de tous les accidents, et la cessation fut annoncée par un petit bruit de gargouillement analogue à celui des hernies ordinaires.

M. Henrot préconise donc le taxis abdominal par le chloroforme avant l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes et il donne quelques préceptes de manuel opératoire.

M. *Verneuil* croit que dans des mains prudentes et habiles comme celles de M. Henrot le taxis abdominal, s'il ne donne pas de résultats curatifs, n'aura aucun inconvénient, mais en sera-t-il de même s'il est pratiqué sans méthode et par des praticiens qui, s'ils échouent, n'oseront pas immédiatement entreprendre la laparotomie?

— M. *Duménil* (de Rouen) a pratiqué l'anus d'Amussat pour une fistule vésico-intestinale chez une jeune femme de vingt-cinq ans. Pendant deux mois, le résultat fut excellent et les matières cessèrent de passer par le trajet fistuleux. A ce moment le chirurgien eut l'idée de fermer le bout inférieur de l'intestin : cet acte opératoire devint le point de départ d'un érysipèle et d'accidents qui amenèrent la mort de la malade. Des recherches bibliographiques qu'a faites l'auteur il résulte que la colotomie lombaire a été pratiquée treize fois pour des fistules vésico-intestinales. Elle a donné d'assez bons résultats pour qu'on soit en droit de l'entreprendre lorsque l'affection, qui peut guérir seule, n'a aucune tendance à la cicatrisation. Relativement à l'opération en elle-même, M. Duménil la croit assez facile, bien que dans la moitié des cas on tombe sur un mésocôlon, ainsi que cela résulte de ses recherches d'amphithéâtre.

M. *Verneuil* répète ce qu'il a déjà dit à la Société de chirurgie, que l'anus iliaque de Littre doit être conseillé de préférence à l'anus lombaire d'Amussat, à cause de la plus grande facilité opératoire.

— M. *Ollier* (de Lyon) a pratiqué trois fois l'extirpation du rein. Dans un premier cas, il s'agissait d'une tumeur purulente du rein chez une jeune femme, tumeur que l'on croyait due à l'obstruction du bassinet par des calculs. L'extirpation fut laborieuse à cause des adhérences de la capsule aux parties voisines; il fallut faire la décortication de l'organe; malgré la longueur de l'opération il n'y eut pas d'accident. Aujourd'hui la guérison est complète; mais la malade se plaint parfois de douleurs dans le foie et la fosse iliaque; elle a aussi présenté un symptôme bizarre : à deux reprises, deux jours de suite, elle a été prise d'une salivation abondante et a craché plus d'un litre de salive dans une demi-journée. Dans le second cas l'extirpation a été faite pour un kyste contenant plus de 15 litres de liquide. La malade succomba le troisième jour. Le troisième opéré était un enfant atteint de sarcome du rein. Tout allait bien lorsque, le dixième jour, l'enfant mourut subitement en se soulevant pour prendre un objet placé sur la planchette de son lit. A propos de ces trois faits, M. Ollier entre dans quelques considérations sur le manuel opératoire et il fait remarquer que le précepte qui veut qu'on énuclée toujours en même temps le rein et sa capsule n'est pas applicable à tous les

cas; par exemple chez la première malade cela aurait été absolument impossible.

— M. *Potain* fait une très intéressante communication sur les congestions pleuro-pneumoniques d'origine utéro-ovarienne. Ces congestions soudaines et passagères se présentent ordinairement à la suite de troubles menstruels et elles s'expliquent par une action réflexe.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) se sert pour les opérations antémaxillaires (bec-de-lièvre, tumeurs du vestibule de la bouche et de la joue) d'un opercule en plomb que l'on moule instantanément sur les arcades dentaires et qui permet l'emploi des anesthésiques pour les opérations de ces régions, tout en prévenant l'entrée du sang dans les voies digestives et aériennes.

— M. *Cartaz* communique une observation de commotion cérébrale chez un jeune enfant, suivie d'hémiplégie du côté opposé à l'application du traumatisme.

— M. *Nicaise* indique un mode de formation des kystes dermoïdes. Depuis les travaux de Verneuil et de Broca, on sait que ces kystes sont dus à l'inclusion de portions du derme au niveau des fentes brachiales; mais comment expliquer que ces tumeurs, à peine saillantes pendant longtemps, prennent tout à coup un développement exagéré et arrivent, par exemple au moment de la puberté, à un volume quelquefois très notable? Une pièce provenant d'un malade qu'il a récemment opéré dans son service de Laennec permet d'interpréter ce développement rapide. Dans cette pièce, l'examen histologique a montré que la paroi du kyste qui avait dans une partie de son étendue la structure du derme, était réduite dans le reste à une mince enveloppe conjonctive. Voici très vraisemblablement ce qui se passe : tant que le derme inclus sécrète en minime quantité, le produit de la sécrétion s'amasse dans la petite poche primitive, mais que la sécrétion devienne très abondante, alors le kyste primitif s'entr'ouvre, la matière sécrétée fait issue, repousse devant elle les couches conjonctives et se crée une enveloppe de toutes pièces. Ce mode pathogénique est important à connaître, car il explique comment des kystes, en apparence incomplètement enlevés, ont pu guérir; c'est qu'alors la paroi dermique manquant à l'examen de la poche n'existait pas en réalité.

— M. *Clon Stéphanos* (d'Athènes) soutient l'existence actuelle de la choréomanie épidémique du moyen âge (danse de Saint-Guy proprement dite) en Thrace (Turquie), dans quelques villages de la vallée de Kior-Kaza (pays aveugle ou fermé). Dans ces villages, les habitants très pauvres sont plongés dans l'ignorance et la superstition la plus grossière. Là domine la vénération à saint Constantin. Ses fêtes, célébrées au mois de mai, sont accompagnées par des danses et des orgies, auxquelles se livrent surtout les Anastenaria (de ἀναστενάζω, gémir), hommes et femmes, qui présentent la plupart des phénomènes des choréomanes du moyen âge et qui sont honorés dans le pays comme des êtres sacrés.

Chez les Anastenaria, de même que dans la plupart des apparitions de la choréomanie dans les siècles passés, les accès ont lieu à l'époque chaude de l'année (à la fin du printemps dans les fêtes de saint Constantin en Thrace; au mois de mai ou en été, au moyen âge, surtout à cause des fêtes de saint Jean).

Le mal s'observe ici, ainsi que dans le moyen âge, chez des personnes en général ignorantes et superstitieuses, hommes ou femmes. Ici, de même que là, on voit des gens qui se moquaient des danses et des orgies des personnes atteintes, et qui elles-mêmes s'y trouvent entraînées par la suite, malgré eux et à regret, et ne sont délivrés de l'affection (pour toujours ou jusqu'à l'année suivante) qu'après une danse furieuse.

Ici, de même qu'à Aix-la-Chapelle (1374) et ailleurs, les personnes qui sont entraînées vers le mal sont prises d'abord de convulsions épileptiformes, elles tombent sans connaissance, l'écume à la bouche, après quoi elles se lèvent et se livrent à la danse. Chez les Anastenaria, de même que dans la plupart des épidémies du moyen âge, on remarque le renforcement des mouvements frénétiques par la musique, la perte de connaissance au fort de l'accès, la guérison de l'attaque ou du mal même par la danse. Il n'y manque ni les courses furieuses, ni la violence souvent irrésistible des mouvements, ni la tendance au suicide (surtout par submersion), observées pendant le moyen âge. Si quelques phénomènes observés dans les siècles passés ne sont pas notés ici, ce sont des phénomènes qui n'étaient pas constants, même dans les épidémies du moyen âge.

D'après tant de points de contact entre le mal des Anastenaria et la choréomanie épidémique du moyen âge, M. Stéphanos croit qu'il ne s'agit que de cette dernière. D'autre part, ce qui se passe chez les Anastenaria tend bien à prouver la réalité de la plupart des phénomènes objectifs, notés dans les épidémies des siècles passés.

— M. *Béchamp* fait une communication *sur le rôle des microzymas en pathologie.*

— M. *Bergeon*, s'inspirant de ce qui a été fait dans la thérapeutique vétérinaire, a eu l'idée d'essayer les injections médicamenteuses dans la trachée des phthisiques. Il n'a encore fait qu'un très petit nombre d'expériences, mais il croit que cette voie est appelée à donner d'excellents résultats à cause de la rapidité d'absorption de la muqueuse trachéale et aussi à cause de la possibilité d'atteindre presque directement les lésions des voies aériennes.

— L'ordre du jour étant épuisé, M. le *Président* déclare les travaux de la section de médecine terminés.

— M. *Nicaise* (de Paris) est nommé président de la section de médecine pour le Congrès de 1884, qui se tiendra à Blois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

M. Pasteur. — Mission française du choléra en Egypte. Dépêche adressée à M. Pasteur (voy. *Gaz. hebd.*, n° 35, p. 574).

Nouvelles recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies, par M. *Gosselin*. — Les recherches de l'auteur ont consisté à étaler sur une plaque de liège percée d'une fenêtre les membranes transparentes de certains animaux, sur lesquelles on peut avoir, sous le microscope, l'intéressant spectacle de la circulation capillaire. Il s'est servi, le plus souvent, des membranes transparentes qui réunissent les doigts des pattes postérieures des grenouilles, et dans trois autres cas du mésentère d'un lapin, du mésentère d'une grenouille et de la vessie d'une souris blanche. Une fois que ces membranes étaient bien étalées sur la fenêtre de la plaque de liège, dans le champ du microscope (grossissement environ 200), et que l'on y voyait bien nettement le mouvement du sang dans les capillaires, on amenait sur la membrane, avec un pinceau ou avec un tube, la substance antiseptique.

L'expérience a été faite avec diverses solutions phéniquées, l'alcool pur, l'alcool étendu de moitié d'eau et l'eau-de-vie camphrée; voici textuellement quels ont été les résultats :

1° *Avec les solutions phéniquées au* 1/20 *et au* 1/40, j'ai vu la circulation s'arrêter brusquement en quelques secondes après

un premier attouchement, quelquefois se ralentir d'une manière sensible, puis cesser encore brusquement après un deuxième ou un troisième attouchement. Avec l'acide phénique au 1/40, il m'a fallu trois attouchements et quatre ou cinq minutes pour avoir la cessation complète du mouvement du sang.

Le lendemain la circulation n'avait pas reparu, et nous pouvions voir les lignes et les contours rouges des vaisseaux, dans lesquels aucun courant n'avait lieu, ce que nous avons attribué à la coagulation du sang dans les capillaires; à la fin du troisième et du quatrième jour, les membranes étaient brunâtres, ratatinées, en voie d'exfoliation, c'est-à-dire gangrenées, et l'animal succombait, probablement par l'intoxication phéniquée lorsqu'il s'agissait des grenouilles, par le traumatisme du ventre lorsqu'il s'est agi des autres animaux et de leur mésentère.

2° *Avec la solution phéniquée au* 1/60, j'ai eu les mêmes résultats qu'avec celle au 1/40, si ce n'est que le mouvement circulatoire ne s'est arrêté promptement que dans une partie des capillaires, en continuant dans deux ou trois autres qui nous paraissaient un peu plus gros et un peu plus profonds; puis l'arrêt s'est fait progressivement dans les autres, et était complet au bout de dix minutes.

3° *Avec les solutions au* 1/80 *et au* 1/100, l'arrêt s'est fait encore plus lentement et plus progressivement, et n'est devenu complet qu'au bout de douze à quinze minutes. Une seule fois, après l'emploi du 1/80, la circulation, qui avait cessé tout à fait le jour de l'expérience, a été retrouvée le lendemain et le surlendemain. Elle s'était donc rétablie, après avoir été supprimée. Dans aucun des autres cas nous ne l'avons vue se rétablir.

4° *Avec l'alcool à* 86 *degrés*, les résultats immédiats ont été analogues à ceux de la solution phéniquée au 1/20, seulement l'arrêt n'a pas été aussi brusque et s'est fait progressivement.

5° *Avec l'alcool additionné d'eau par moitié*, il n'y a eu d'abord qu'un ralentissement général, puis, au bout de dix minutes et après quatre attouchements, arrêt complet dans quelques vaisseaux, continuation dans les autres. Cet état de choses, c'est-à-dire l'arrêt incomplet de la circulation, a persisté les jours suivants, et il n'y a pas eu de gangrène.

6° *Avec de l'eau-de-vie camphrée*, mêmes résultats qu'avec les solutions phéniquées au 1/60 et au 1/80, ainsi qu'avec l'alcool étendu d'eau : ralentissement immédiat de la circulation capillaire, cessation complète au bout de douze à quatorze minutes, et après quatre attouchements successifs. J'ai constaté le lendemain et le surlendemain que la circulation ne s'était pas rétablie, et qu'il n'y avait pas de gangrène. Quand je me suis servi d'eau-de-vie camphrée étendue d'eau par moitié, la circulation ne s'est pas arrêtée.

De ces faits il résulte qu'au contact des antiseptiques, la circulation s'est arrêtée dans les capillaires, par la coagulation plus ou moins rapide du sang, et elle s'est arrêtée plus vite lorsque l'antiseptique était fort (acide phénique au 1/20 et au 1/40, alcool pur), plus lentement et plus progressivement lorsqu'il était faible (acide phénique au 1/100), et que dans un cas le mouvement du sang, après avoir disparu complètement, était rétabli le lendemain. M. Gosselin attribue cet arrêt à la coagulation du sang déterminée par le contact du médicament qui avait traversé les membranes très minces par lesquelles je l'appliquais, et la paroi encore plus mince des vaisseaux capillaires. Il n'a pu voir le resserrement indiqué par certains auteurs, et n'a pu trouver d'autre explication de la stase sanguine que la coagulation, analogue à celle qu'il a constatée si souvent en 1879 et 1880, sur le sang hors de ses vaisseaux.

« Cette coagulation sanguine à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires est-elle, ajoute l'auteur, le seul effet local produit par le contact des antiseptiques? Ne se peut-il pas que les autres tissus qui forment le fond d'une plaie étendue, et notamment les tissus musculaire, conjonctif, nerveux même, subissent des modifications analogues, et que ces modifications s'accompagnent de changements dans leur vitalité et leurs aptitudes physiologiques? »

NOTE ET CONSIDÉRATIONS SUR UN FŒTUS QUI A SÉJOURNÉ CINQUANTE-SIX ANS DANS LE SEIN DE LA MÈRE, par M. *Sappey*. — Une femme devint grosse à vingt-huit ans. Parvenue à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, et jusque-là assez bien portante, elle fut admise en 1845 à l'hospice de Quimperlé et mourut trois semaines après son entrée. M. Beaugendre, qui lui avait donné ses soins, en fit l'autopsie. La paroi abdominale largement incisée, il put constater que la tumeur était située en dehors de la matrice, sur le trajet de la trompe utérine droite. Cette tumeur, comme toutes celles du même ordre, était constituée par un kyste à parois extrêmement dures, à surface inégale et mamelonnée. Le kyste enlevé, on le divisa à l'aide d'une scie en deux parties égales. Bien grande alors fut la surprise des spectateurs. Dans cette enveloppe, qui appartenait par tous ses attributs au monde minéral, il y avait un enfant! Et cet enfant, pendant sa longue captivité, n'avait subi aucune altération! Il se présentait dans l'attitude qui lui est ordinaire, les membres fléchis sur le tronc, la tête inclinée sur le thorax. Les deux membranes pupillaires complètement développées attestaient qu'il était âgé de six à sept mois. L'enveloppe cutanée, les organes superficiels, les viscères situés dans les grandes cavités du corps, tous les muscles et toutes les parties molles avaient conservé leur consistance, leur souplesse, leur couleur normales. Le fœtus, en un mot, apparut aux yeux des personnes présentes sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir. A ce spectacle inattendu, une sorte d'émotion s'empara de toute l'assistance et se propagea au dehors avec la rapidité de l'éclair. Aussi chacun d'accourir pour voir celui qu'on appelait le petit vieillard de cinquante-six ans.

Ce fait unique, probablement, dans les annales de la science, suffit à lui seul pour réfuter la théorie du dessèchement. Morand avait bien compris que l'emprisonnement parfait du fœtus avait surtout pour avantage de le mettre à l'abri du contact de l'air. Mais nous savons aujourd'hui que l'air n'est pas nuisible en lui-même (Pasteur).

Entre les ballons de M. Pasteur, contenant des matières putrescibles, et les ballons calcaires, dans lesquels se trouvaient renfermés les fœtus dont je viens de parler, il existe une saisissante corrélation. Seulement, dans les ballons de M. Pasteur il y avait des liquides putrescibles et de l'air privé de ses germes; dans les ballons que la nature avait construits de toutes pièces autour des fœtus qu'elle voulait conserver, il n'y avait ni air ni germes. De part et d'autre, en un mot, les germes atmosphériques faisaient défaut; et, de part et d'autre aussi, le contenu putrescible a résisté à la décomposition putride. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

CHOLÉRA. — M. *A. Netter*, M. *Rolin* adressent diverses communications relatives au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

SUR L'ABSORPTION DES RAYONS ULTRA-VIOLETS PAR LES MILIEUX DE L'ŒIL ET PAR QUELQUES AUTRES SUBSTANCES. Note de M. *J.-L. Soret*. — Dans de précédentes notes l'auteur a fait connaître que le spectre ultra-violet des humeurs aqueuse et vitrée est caractérisé par une bande d'absorption coïncidant avec les raies 17 et 18 du cadmium, suivie d'une bande de transparence sur la raie 22. Il a recherché quelle est la substance à laquelle cet effet doit être attribué : quoiqu'il n'ait pas encore réussi à la déterminer, il est arrivé à des résultats bons à noter.

Cette substance n'appartient pas, comme il l'avait supposé d'abord, au groupe des albuminoïdes ; elle doit être cristalloïde et doit se former dans le cristallin, d'où elle se répand par dyalise, soit dans l'humeur aqueuse, soit dans l'humeur vitrée. Sa présence contribue à rendre le cristallin opaque pour les rayons ultra-violets très réfrangibles, car elle arrête ceux que la globuline laisse le mieux passer (raie 18), sans toutefois laisser masquer complètement la bande d'absorption caractéristique de ce dernier corps.

L'auteur a étudié aussi un grand nombre de corps dont la présence dans les humeurs aqueuse et vitrée peut être soupçonnée avec plus ou moins de probabilité : urée, sar-

cine, cyanate de potassium, etc.; aucun d'eux n'a donné un spectre semblable à celui de ses humeurs. La sarcine alcalinisée à la soude présente bien quelque analogie, mais on peut douter de son identité avec la substance recherchée.

Recherches sur l'innervation respiratoire; modifications des mouvements respiratoires sous l'influence de l'anesthésie. Note de M. *Laffont*. — Plusieurs théories sont encore en présence pour expliquer l'influence des actions nerveuses sur les mouvements respiratoires. Devant revenir, dans une prochaine communication, sur la question des filets inspirateurs et expirateurs qui seraient contenus, suivant certains auteurs, dans le tronc du vague, nous parlerons seulement aujourd'hui de l'influence des nerfs récurrents sur les mouvements respiratoires et des modifications apportées aux mouvements respiratoires par l'anesthésie.

Cl. Bernard avait déjà vu (*Leçons sur le système nerveux*, t. II, p. 389), dans une expérience sur le lapin, que l'excitation des deux bouts périphériques du vague produit l'arrêt de la respiration. Arloing et Tripier, François-Franck ont constaté également que cette excitation était accompagnée de l'arrêt des mouvements respiratoires. Au contraire, pour Budge et Snellen, les mouvements respiratoires ne sont pas troublés dans ces conditions.

D'autre part, Longet avait dit, en 1842, que la section des nerfs récurrents est suivie d'une augmentation du nombre des respirations; M. Paul Bert, en 1870, a prouvé qu'il n'en était rien. Enfin Rosenthal (1875) constate que l'excitation des nerfs récurrents arrête la respiration en expiration.

Dans ses expériences, l'auteur a pris simultanément le tracé respiratoire par deux procédés différents : 1° tracé thoracique au moyen du pneumographe de M. Marey; 2° tracé des changements de pression intra-pulmonaire, par le procédé de M. P. Bert qui consiste à faire respirer l'animal par l'intermédiaire d'une muselière hermétiquement appliquée, dans un récipient vaste et fermé, en rapport avec un tambour enregistreur. Les excitations des différents nerfs (bouts centraux des nerfs vagues, nerfs laryngés, trijumeau, sciatique) lui ont fourni les mêmes résultats qu'à M. Paul Bert, c'est-à-dire l'arrêt des mouvements respiratoires, au moment même de l'excitation, quel que fût le temps de la respiration.

Dans une seconde série d'expériences, ayant porté l'excitation sur les bouts périphériques des deux nerfs vagues ou des deux nerfs récurrents, il a obtenu sur de *vieux animaux* les mêmes résultats que Budge et Snellen, c'est-à-dire aucun trouble des mouvements respiratoires. Au contraire, sur de jeunes animaux, la même excitation indolore est accompagnée de l'arrêt immédiat des mouvements respiratoires, au moment même de l'excitation, soit en inspiration, soit en expiration, sur les deux tracés respiratoires. Ces différences de résultat tiennent à des différences de largeur d'orifice de la glotte intercartilagineuse.

Vient-on alors à anesthésier l'animal, de façon à abolir la sensibilité, on observe, par l'excitation des deux nerfs récurrents, un phénomène que seul l'examen des deux tracés intrapulmonaire et thoracique nous permet de comprendre et d'analyser : le tracé de la pression intrapulmonaire indique un arrêt instantané, provoqué par l'exclusion forcée du larynx, tandis que le tracé du pneumographe ne présente aucune modification. L'animal n'a plus conscience de l'impossibilité où il est de respirer, et comme les fibres sensibles intrapulmonaires du vague et le centre respiratoire intrabulbaire sont toujours impressionnés par le sang désoxygéné, l'animal continue à faire des mouvements respiratoires normaux. L'anesthésie a pour effet de modifier le type respiratoire, du moins celui des animaux qui ont le type respiratoire thoracique. En effet, dans l'anesthésie parfaite, les animaux prennent le type respiratoire abdominal, c'est-à-dire que le diaphragme suffit, par ses alternatives de contraction et de relâchement, à assurer la fonction respiratoire. Aussi, pendant l'anesthésie, le phénomène d'étranglement du thorax, signalé par M. Paul Bert, est constant.

Ces expériences ont encore permis d'étudier, plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, l'ordre de disparition des réflexes, à mesure que l'anesthésie devient plus parfaite : 1° disparition de la notion du moi; 2° abolition des réflexes de sensibilité générale (externe de Cl. Bernard); 3° abolition des réflexes de sensibilité inconsciente (interne de Cl. Bernard), l'excitation du bout central du vague n'arrête pas la respiration ; si le vague est intact, on obtient le même tracé qu'en excitant les nerfs réeurrents. Le cœur est encore arrêté.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

L'Académie reçoit de M. le docteur *Linon*, médecin major de 1[re] classe, médecin chef de l'ambulance d'Aïn Safra, une *Note sur l'épidémie de variole observée dans le Sud oranais pendant le quatrième trimestre 1882 et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à cette occasion.*

Mécanique animale. — M. *Giraud-Teulon* lit un travail intitulé : *Étude rétrospective sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion, chez l'homme, par la méthode des inscriptions graphiques*, de M. Marey.

Dans le premier paragraphe, l'auteur met en parallèle les méthodes classiques formant les seules ressources dont fût en possession l'ancienne physiologie, pour établir le tableau et déterminer les mécanismes des principales formes de locomotion en biologie, et la nouvelle méthode de l'enregistrement autographique des mouvements eux-mêmes, due au professeur Marey; il rappelle tout le parti qu'a su en tirer M. le docteur Carlet, pour l'établissement définitif des lois qui président à l'accomplissement de la marche chez l'homme, et il se félicite ds la confirmation d'ensemble qu'apporte ce travail important aux principales conclusions formulées sur ce sujet dans son propre *Traité de mécanique animale*, publié en 1858.

Dans le second paragraphe, l'auteur étend aux actes de la course et du saut cette même étude comparative; après avoir reproduit la doctrine du professeur Marey, relativement à ces deux modes de mouvement, il expose les nombreuses contradictions que cette doctrine et les graphiques sur lesquels elle est fondée, lui semblent offrir entre eux et avec les données de l'observation générale.

Dans un troisième paragraphe, l'auteur insiste plus particulièrement sur un des poins les plus importants du mécanisme de la course et du saut, à savoir : le principe dynamique auquel, dans les deux actes, serait due, suivant M. Marey, la séparation momentanée du corps et du sol, et s'attache à en montrer l'insuffisance.

Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre de cette communication, concentrant toute son attention sur ce fait capital et prédominant, commun aux deux actes de la course et du saut, le détachement complet du corps de son appui, l'auteur démontre, par de nouvelles considérations empruntées à la mécanique géométrique, la survivance intacte de la théorie entrevue par les anciens et éclaircie par lui-même dans son traité précité de mécanique animale.

Sur la genèse du parasite de la tuberculose. — M. *A. Bouchardat*, avant de rechercher l'origine du parasite de la tuberculose, croit devoir rappeler une notion à laquelle il attache une grande importance : c'est la distinction des parasites en ceux qui s'éteignent et ceux qui sont permanents. Pour ces derniers, on doit admettre qu'ils proviennent d'êtres semblables à eux-mêmes. Ainsi pour que la variole, la rougeole, la scarlatine, la syphilis, etc., se développent, il faut que le germe de ces maladies soit transmis du dehors. Pour les maladies contagieuses, qui s'éteignent même

dans les plus grandes agglomérations humaines (peste d'Orient, typhus, fièvre jaune, dysentérie parasitaire, choléra asiatique, etc.), de très sérieuses difficultés apparaissent lorsqu'on cherche à remonter à leurs origines. M. Bouchardat réserve l'examen de cette question pour une communication ultérieure. Mais il va essayer de démontrer que la maladie la plus meurtrière à Paris, la tuberculose, est dans la presque totalité des cas engendrée par un parasite qui prend naissance dans l'individu et qui résulte de la transformation d'organismes normaux.

Que la phthisie pulmonaire soit une maladie contagieuse, c'est là un fait depuis longtemps établi par l'observation clinique, qui, sur ce terrain, a devancé l'expérimentation. En 1868, M. Villemin a affirmé et prouvé que la phthisie pouvait se transmettre à un animal par voie d'inoculation. Enfin, plus récemment, un médecin allemand, M. Koch, a découvert et décrit le parasite de la tuberculose. Ce parasite se trouve entre autres dans les crachats des tuberculeux. Les crachats conservés pendant quelques semaines se prêtent à l'inoculation de la tuberculose expérimentale aussi bien que les crachats frais. On n'a pas manqué de dire, dès lors, que les vêtements, la literie et les autres objets sur lesquels tombent les matières expectorées par des tuberculeux peuvent pendant longtemps donner lieu à un développement de poussière contenant le parasite. Or M. Bouchardat ne croit pas que ce soit la propagation du parasite venu du dehors qui fasse tant de victimes de la tuberculose. L'observation médicale la plus attentive nous montre la phthisie comme se propageant très rarement par voie de contagion. C'est un point que M. Bouchardat a depuis longtemps relevé dans son traité d'hygiène, alors qu'il affirmait, bien avant la découverte de M. Koch, que pour la phthisie comme pour la syphilis, la contagion pour s'exercer nécessite le contact et l'inoculation ou l'ingestion de matières tuberculeuses crues dans l'appareil digestif de l'homme ou des animaux.

L'observation démontre en effet que les élèves en médecine, les infirmiers, les sœurs, les surveillantes, qui séjournent continuellement dans les salles d'hôpitaux où des phthisiques sont traités en grand nombre, ne sont pas plus atteints et moins peut-être, en moyenne, que les autres individus de même âge. Les statistiques de M. Laveran père établissent que les infirmiers militaires, très éprouvés par les maladies parasitaires telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, payent un tribut moindre à la tuberculose que les soldats appartenant à d'autres corps.

Mais si, dans la très grande majorité des cas, la phthisie ne se développe pas par inoculation, par ingestion du parasite spécifique, comment ce parasite peut-il prendre naissance? Il y a longtemps que M. Bouchardat a insisté sur la *condition première* absolue de l'évolution de la tuberculose. Cette condition, c'est la continuité de la misère physiologique dont le principal caractère réside dans l'insuffisance de la calorification. Celle-ci se lie nécessairement à l'insuffisance de la respiration, constatée par tous les cliniciens à la première période de la tuberculose, dans les parties supérieures des poumons. Du même coup la circulation doit être languissante dans les capillaires de ces mêmes parties; à un moment donné, le sang s'arrête dans tel ou tel réseau. Les cellules lymphatiques, ou d'autres organites, prises dans le coagulum fibrineux, n'étant plus soumises à leurs conditions normales d'existence, acquièrent des aptitudes et des formes nouvelles, se métamorphosent en un mot en bacilles de la tuberculose. M. Bouchardat rappelle que les récentes observations de MM. Cornil et Barbeau démontrent que les bacilles caractéristiques de la tuberculose se rencontrent en premier lieu dans les bouchons de fibrine qui obstruent çà et là des capillaires.

Les conséquences pratiques pour la prophylaxie et la thérapeutique, qui découlent de là, c'est que le médecin ne doit pas se borner à poursuivre le parasite du dehors, presque toujours innocent dans le développement de la tuberculose humaine, pour délaisser la véritable cause du mal. C'est dans notre organisme que le parasite prend naissance, grâce à la continuité de la misère physiologique. C'est donc cette imminence morbide, si commune et si redoutable, qu'il faut combattre, au lieu de se borner à faire la chasse au parasite extérieur.

M. *J. Guérin* appuie les idées émises par M. A. Bouchardat.

— M. *Burq* dépose sur le bureau de l'Académie une nouvelle série de documents concernant la préservation cuprique.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 AOUT 1883. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Influence du traumatisme sur le paludisme. — Coup de pied de cheval; rupture de l'intestin grêle; péritonite; résection et suture de l'intestin; mort dix jours après. — Présentation d'un malade; fistule pleurale persistante; résection des côtes; guérison.

M. *Bertin* (de Gray) adresse à la Société une observation intitulée : abcès du rein survenu après l'accouchement; ponctions multiples; néphrotomie; guérison malgré une pleurésie intercurrente.

— A l'occasion du procès-verbal, M. *Berger* présente les idées de M. Gosselin sur la kélotomie. M. Gosselin (*Traité des hernies*, 1865) dit que la règle est de ne pas quitter le malade avant que la hernie soit réduite, en supposant que la hernie ne date pas de plus de vingt-quatre heures. Il conseille le taxis simple pendant dix minutes, puis le taxis avec chloroforme pendant vingt à vingt-cinq minutes, et, si la hernie n'est pas réduite, on opérera de suite. Quant au purgatif d'exploration, on ne le donne que dans les cas douteux, quand on doute de l'étranglement, quand la hernie est très volumineuse, quand le chirurgien est hésitant. M. Gosselin a bien indiqué la conduite à tenir, M. Després n'a eu qu'à s'y confirmer.

M. *Després* dit que le taxis aggrave toujours les hernies qu'il ne parvient pas à réduire; c'est cette idée seule qu'il revendique.

— M. *Richelot* fait un rapport sur un travail de M. Vieusse (d'Oran). Contribution pour servir à l'étude de l'influence du traumatisme sur le paludisme; cinq observations.

— M. *Berger* fait un rapport sur l'observation de M. *Bouilly :* Coups de pied de cheval; rupture de l'intestin grêle; péritonite par perforation; résection et suture de l'intestin, mort dix jours après.

Un homme vigoureux reçoit une ruade de cheval au niveau de l'ombilic et tombe dans le collapsus; il peut se relever et entre de suite à l'hôpital (dans l'après-midi). Le lendemain, M. Bouilly le voit : pouls filiforme, vomissements verdâtres, ventre très douloureux, etc.; il y avait tous les signes de la péritonite aiguë.

La laparotomie fut pratiquée immédiatement avec toutes les précautions antiseptiques. On trouva une anse d'intestin grêle rouge, ecchymosée, avec une petite eschare, et six centimètres plus bas, une perforation de un centimètre de diamètre. Épanchement de matières intestinales autour de cette anse; mésentère ecchymosé. Résection de l'anse malade avec une partie du mésentère; le bout supérieur fut vidé autant que possible; suture des deux bouts; réduction sans fixer l'intestin à la paroi abdominale.

Le malade fut tenu sous l'influence de l'opium au moyen d'injections de morphine. La péritonite continua, mais avec une rémission marquée. L'état général s'améliora. Le qua-

trième jour, il y eut une selle par l'anus, et la cicatrice de la plaie se rompit. Le malade allait de mieux en mieux. Le huitième jour, M. Bouilly explora bien prudemment l'anus contre nature ; le soir même la péritonite recommença et le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on constata que la suture intestinale avait lâché partout; les deux bouts étaient rapprochés par une péritonite adhérente et une autre anse située en arrière.

Pour entreprendre cette opération, il faut être convaincu que l'intestin est déchiré, et ensuite que la rupture sera suivie de mort si le chirurgien n'intervient pas. La grande majorité des observations montre que la rupture de l'intestin et l'épanchement des matières intestinales dans le péritoine est suivie de mort; mais il y a des exemples de guérison. Entre autres, le cas de Jobert, prouvé par l'autopsie faite deux mois après, le malade étant mort de phthisie; on trouva en effet une perforation bouchée par un peu d'épiploon. Quand le blessé a guéri, on ne peut affirmer la perforation, quoiqu'il y ait des observations presque probantes. Les ruptures de l'intestin peuvent donc guérir spontanément. M. Bouilly avait reconnu les phénomènes de la péritonite par perforation; le météorisme manquait. Jobert disait qu'il y avait toujours du météorisme superficiel; depuis, on a reconnu que le météorisme manque souvent.

Peut-on diagnostiquer avec certitude une rupture traumatique de l'intestin quand il n'y a pas rupture de la paroi abdominale? On peut éliminer d'abord les ruptures des reins, de la rate, les ruptures profondes du foie qui s'accompagnent d'autres signes. La rupture de la vésicule biliaire pourrait peut-être être confondue avec la rupture de l'intestin.

Mais le diagnostic à faire, c'est celui de la déchirure superficielle du foie, ne donnant pas une grande hémorrhagie. Le diagnostic absolu n'est pas possible. M. Longuet, dans ses expériences sur le cadavre, dit que le choc doit porter sur la partie médiane du ventre pour rompre l'intestin qui va se poser pendant le choc sur la colonne vertébrale.

M. Bouilly est le premier qui a ouvert le ventre à la suite d'une contusion de l'abdomen pour aller chercher l'intestin rompu et le suturer. M. Houguet disait dans son rapport à la Société anatomique : « Pourquoi ne pas ouvrir le ventre en pareil cas, puisque, si le chirurgien n'agit pas, la mort est certaine? »

Dans les plaies de l'intestin sans issue de ce viscère, Larrey a fait la suture avec succès; en pareil cas, Baudens a eu une guérison et une mort.

M. Legouest dit qu'on doit rechercher l'anse et la suturer quand il y a une plaie suffisante. Otis, dans le compte rendu de la guerre d'Amérique, rapporte un succès. Solnik (de Boston), voulant retirer une pierre introduite dans le rectum, rompit l'intestin et la pierre passa dans le péritoine. Laparotomie ; extraction de la pierre; suture du gros intestin; guérison.

Comme manuel opératoire, M. Bouilly a été irréprochable. Il a fait la suture après avoir réséqué le bout de l'intestin malade. Les points de suture n'ont pas résisté; peut-être y aurait-il lieu de faire une suture de Pelletier d'abord, et la suture de Lambert ensuite, comme cela se pratique en Allemagne. M. Bouilly a fait une section perpendiculaire de l'intestin; M. Berger préfère la section oblique pour éviter le rétrécissement.

On a observé des guérisons de plaies intestinales avec fistule stercorale, avec anus contre nature. Dans la moitié des cas, il en est ainsi quand le malade guérit. Cela a amené certains chirurgiens à proposer une autre méthode. Dans un cas, M. Kœberlé fixa à la paroi abdominale les deux bouts de l'intestin et les lia dans la plaie. On peut encore suturer en partie l'intestin et fixer le reste à la paroi abdominale; il se fait ainsi une issue naturelle des matières au dehors, et on a chance d'éviter la péritonite.

Polland insiste pour qu'on ne nourrisse pas le malade ; il ne lui donne pas même à boire ; il conseille d'attendre que les adhérences soient solides; il donne de petits morceaux de glace. M. Bouilly croit qu'il a trop nourri son malade; il conseille aussi de s'abstenir d'explorations autour ou dans l'anus contre nature.

M. *Verneuil*. L'entérorrhaphie totale est une opération très incertaine, c'est une mauvaise opération, et si le malade guérit il a un rétrécissement circulaire de l'intestin. M. Verneuil conseille d'établir d'abord un anus contre nature ; plus tard, on s'occupera de fermer l'anus artificiel. M. Verneuil a vu beaucoup de désastres produits par les explorations inutiles; il ne faut pas tourmenter les plaies.

M. *Després*. Avant de faire une opération, on doit assurer le diagnostic. Si M. Després avait un malade semblable à celui de M. Bouilly, il ferait l'opération à la manière ancienne, c'est-à-dire qu'il établirait un anus contre nature, et qu'ultérieurement il ferait la suture.

— M. *Bouilly* présente un homme âgé de vingt-quatre ans qui a eu une pleurésie purulente il y a six ans; l'ouverture se fit spontanément au niveau de la cinquième côte gauche. M. Bouilly a réséqué une bonne portion des cinquième et sixième côtes gauches pour obtenir l'affaissement de la paroi thoracique et la guérison de la fistule pleurale. Le malade est guéri.

— La Société de chirurgie entre en vacances; la prochaine séance aura lieu le mercredi 3 octobre.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Des troubles respiratoires chez les hystériques simulant la dyspnée cardiaque ou diabétique, par Mac Kay.

D'après l'auteur, la dyspnée hystérique diffère de la dyspnée diabétique par les caractères suivants. Les attaques dypsnéiques du diabète sont soudaines et violentes, les inspirations sont profondes, l'air pénètre dans les poumons, mais le sang se charge insuffisamment d'oxygène; les accès se répètent souvent et le malade finit par ne plus en avoir conscience. Ils peuvent produire la mort dans un espace de dix heures à trois jours; le nombre des respirations est de quarante au moins par minute, le pouls petit et rapide. La dyspnée hystérique est caractérisée par le nombre des respirations s'élevant à quatre-vingts et même cent vingt par minute, tandis qu'on compte, pendant le même temps, soixante ou quatre-vingts battements du pouls. Les antécédents et les commémoratifs ont une grande valeur dans ce diagnostic. (*The Lancet*, février 1883, p. 227.)

Des affections des yeux dues aux suppressions menstruelles, par le docteur Mac Kay.

Ce mémoire de l'auteur s'appuie sur douze observations dans lesquelles il n'existait aucune lésion anatomique des yeux. Il en conclut à la nécessité de s'enquérir toujours de l'état des fonctions menstruelles dans les cas analogues. L'asthénopie serait fréquente au moment de la puberté et surtout quand les menstrues sont irrégulières et pendant les mois où elles sont supprimées. On observe alors parfois de la congestion rétino-papillaire avec les troubles de l'accommodation et des modifications de la puissance réfringente. De là, pour les muscles qui président à l'accommodation, une cause de fatigues. (*The American Journ. of Med. Sciences*, octobre 1882.)

De l'éclairage des cavités internes au moyen de la lumière électrique, par Oliver.

Le docteur Oliver, au moyen d'appareils électriques, a pu éclairer la cavité d'un kyste hydatique du foie. Le liquide avait été donné par une incision préalable de la paroi abdominale. Une lampe Swan fut introduite par un tube qui aboutissait à la cavité du kyste et le courant électrique était fourni par une pile de quatre éléments Leclanché. L'auteur anglais ne dit pas quel fut le résultat de cette tentative; néanmoins elle mérite d'être notée à une époque où de temps en temps on annonce le renouvellement de telles expériences. (*Brit. med. Journ.*, janv., 1883, p. 152.)

Du traitement des abcès pelviens, par Jact.

L'auteur recommande de pratiquer une incision abdominale; d'ouvrir et de vider l'abcès; de suturer les bords des deux plaies et d'assurer l'écoulement du pus par le drainage. Dans trente-deux opérations pratiquées sur trente-quatre malades, il a obtenu la guérison. De ces deux insuccès, l'un a été observé chez un sujet déjà tuberculeux. Avec les anciennes méthodes, les résultats étaient loin d'être aussi satisfaisants, puisqu'un grand nombre de malades conservaient dans les cas les plus heureux de longues suppurations par les trajets fistuleux. (*Bristish med. Journ.*, 17 février 1882.)

Des rapports entre les maladies de l'abdomen et le cœur droit, par Passerini.

On connaît les recherches cliniques de MM. Potain et Tessier et le récent mémoire de M. Rendu et les travaux de médecine expérimentale de M. Franck sur les troubles cardiaques dans les lésions viscérales. Les faits que signale M. Passerini sont une nouvelle confirmation de ces relations du cœur avec les troubles viscéraux. Dans trois cas d'épanchement péritonéal, on pouvait attribuer à cette cause une insuffisance très rapidement caractérisée par le prolongement du premier bruit et l'augmentation du second. Ce bruit disparaissait après l'évacuation du liquide, et l'auteur le fait dépendre de l'ischémie des veines abdominales comprimées par ce liquide amnésique et de l'encombrement de celles du thorax. Cette explication serait confirmée par les observations de Larcher et de Depaul, qui ont observé chez les femmes enceintes le prolongement et l'augmentation du premier bruit. Les kystes de l'ovaire, les tumeurs volumineuses de l'abdomen, se sont parfois accompagnées du même phénomène. Enfin, par la compression mécanique de la paroi abdominale, on peut encore le provoquer. De là l'importance clinique de ces phénomènes au point de vue du retentissement des affections abdominales sur le cœur. (*Gazz. degli Ospitali*, 3 janvier 1883.)

Travaux à consulter.

De l'action médicamenteuse des carbonates de chaux et de magnésie, par M. Lehmann. — Quelques expériences personnelles, d'où résulte que les sels en question ont une propriété légèrement diurétique, qu'ils ne constipent pas, et ne changent pas la réaction des urines. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 21.)

L'élongation des nerfs dans les affections médullaires, par M. Benedikt. — Cette opération, conclut l'auteur, est, et reste, une importante conquête de la science; une plus grande précision de la méthode opératoire reste désirable : l'observation ultérieure nous fera connaître la proportion des guérisons. (*Wien. med. Presse*, 1882, n° 4.)

Du traitement des flexions utérines par des éponges préparées, par M. E. Wallace. — L'auteur emploie, depuis plusieurs années, dans le traitement des flexions utérines, des éponges préparées ayant exactement les mêmes courbures que la cavité utérine et contenant dans leur intérieur un petit ressort d'acier. Le but de cette méthode n'est pas d'effacer l'incurvation de la matrice par la dilatation, comme on l'a fait jusqu'ici, mais par l'action élastique de l'éponge qui tend à revenir à sa forme primitive, et du ressort qu'elle contient. Il a soulagé et guéri de cette manière bien des flexions utérines qui passaient pour incurables. (*Americ. Suppl. to the Obst. Journ.*, mai 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Géographie des épidémies; moyens de s'en garantir, par le docteur H. Bourru, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. Broch. in-8°. — Bordeaux, 1883. Gounouilhou.

La géographie sans l'élément médical est une science tronquée. On a beau joindre à l'étude des montagnes, des vallées, des cours d'eau, celle des variations barométriques ou thermométriques, de la quantité de pluie, des mouvements de la population, des productions du sol, des échanges commerciaux, etc., on n'a pas la connaissance entière d'une contrée si l'on ne sait rien de son influence sur la santé publique. C'est le propre d'un pays de produire du coton, du chanvre, du vin, des bestiaux; celui qui ignore cela ignore aussi, on peut le dire au sens scientifique, la géographie de ce pays; or les maladies endémiques ne sont pas moins des productions du sol que les denrées, et tel littoral n'est pas moins *caractérisé*, et l'est même plus, par le choléra ou la fièvre jaune que par la canne à sucre, l'indigo, les mines, la cire, la gomme ou les dents d'éléphant. Ajoutons que l'étude des courants pathologiques d'une région donnée est le seul moyen de vivifier celle des conditions atmosphériques ou telluriques, qui, laissées à elles-mêmes, ne sont plus que des choses de curiosité.

Aussi est-ce avec plaisir qu'on voit le corps médical s'introduire de plus en plus dans les Sociétés de géographie, et réciproquement les géographes consulter de plus en plus les ouvrages des médecins épidémiologistes. C'est, on le sait, du corps des médecins que sortent souvent ces hardis pionniers qui élargissent chaque jour le cercle du monde connu, et préparent à d'immenses populations sauvages les voies de la civilisation. Mais en dehors de ces vaillants, qui payent quelquefois leur gloire si cher, le corps de santé des armées de terre et de mer est pour les Sociétés géographiques une source de recrutement précieuse et toujours féconde. La brochure que nous annonçons ici en est un exemple; car il s'agit d'une communication faite à la dernière session du *Congrès des Sociétés françaises de géographie*.

Le but de cette communication est de provoquer des mesures de préservation contre la propagation contagieuse de la fièvre jaune; et naturellement, avant d'y arriver, M. Bourru pose la question : *quels sont les lieux d'origine de la fièvre jaune?* Ce n'est point, dit-il, l'Amérique du Nord, puisque depuis cinquante ans ses rivages orientaux parviennent à éviter les épidémies en empêchant les importations; puisque la Louisiane est demeurée sans fièvre jaune de 1698 à 1791; puisque le Texas n'en avait jamais eu avant 1839. Ce n'est pas non plus l'Amérique du Sud, où, il est vrai, Rio-Janeiro était en proie à l'épidémie au moment où écrivait l'auteur, mais qui n'avait jamais eu d'épidémie généralisée avant 1849. Quant à l'Europe, personne n'oserait y placer un foyer primitif d'épidémie de fièvre jaune. Où donc naît cette terrible maladie? En deux points seulement du globe, dit M. Bourru : 1° aux Antilles; 2° sur l'isthme qui joint les deux Amériques. Et l'Afrique, dira-t-on? Car bien des auteurs croient à l'existence d'un foyer africain, et les cruelles

épreuves par lesquelles nous avons passé au Sénégal y portent involontairement. Mais l'auteur, prenant une à une les épidémies d'Afrique, en montre les origines exotiques, et insiste d'ailleurs sur ce qu'auraient de singulier, dans des contrées réellement fébrigènes, les longs intervalles de temps qui séparent les explosions épidémiques. Voici, par exemple, les dates successives des épidémies pour quatre grands centres. Pour *Saint-Louis*, 1778, 1830, 1867, 1878; pour *Sierra-Leone*, 1793, 1816, etc.; pour Fernando-Po, 1829, 1839, 1862; pour le Congo et l'Angola, 1816, 1860.

Cette question, nous l'avons dit, partage encore les épidémiologistes; mais la grande majorité la résout comme notre savant confrère de Rochefort. Dutrouleau, en particulier, qui s'était attaché avec un soin tout particulier à l'étude de la fièvre jaune, ne lui attribuait également que deux berceaux, qu'il plaçait aussi aux Antilles et au Mexique.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une épidémie s'est installée dans une région, qu'un foyer s'est formé, le point de vue change, et il s'agit moins de savoir d'où est venue l'étincelle que de l'empêcher de se propager. A cet égard, la police sanitaire n'est pas désarmée. Il existe des règlements spéciaux sur les mesures à prendre contre l'importation de la fièvre jaune : d'une part, dans les ports de la Méditerranée; d'autre part, dans ceux de la Manche et de l'Océan; mais ce sont des mesures quarantenaires, et M. Bourru voudrait quelque chose de plus. Ce quelque chose il le déduit principalement des allures particulières de la fièvre jaune quant à son mode de transmission, allures plusieurs fois signalées d'ailleurs, notamment lors de la petite épidémie de Saint-Nazaire, en 1861. Le navire qui a reçu le germe morbifique semble, comme l'avait dit Mélier, une arme dans laquelle les agents de destruction s'emmagasinent pour faire explosion. L'*Anne-Marie* avait pris la fièvre jaune à la Havane; il n'avait pas eu de décès depuis vingt jours, pas de nouveaux malades depuis treize jours quand il entra en libre pratique à Saint-Nazaire. « L'équipage se disperse et n'emporte pas la fièvre jaune. Le lendemain les cales sont ouvertes, et la fièvre jaune en sort, frappe les déchargeurs, l'équipage des navires voisins, des ouvriers travaillant sur le quai. » Eh bien, ce qui s'est passé à Saint-Nazaire a lieu partout où la fièvre jaune peut être importée, et mérite d'être connu et médité là surtout où la maladie trouve le milieu favorable à son développement. Dans ces conditions, dit l'auteur, les circonstances de la traversée sont relativement de peu d'importance. Et ici nous le laissons parler :

« Ce qu'il faut connaître précisément, ce qui guidera la décision du directeur de la Santé, c'est l'état sanitaire du point de départ, du port de provenance. Pour la fièvre jaune, c'est le point capital, plus que pour toute autre maladie transmissible. C'est en ce point justement que notre service sanitaire est défectueux et incomplet; nos officiers sanitaires ne sont pas suffisamment renseignés, les documents qui guident leurs décisions émanant des consulats, dont les fonctionnaires, chargés de délivrer les patentes de santé, sont absolument sans compétence, et par suite sans responsabilité. Il paraît facile d'apprécier l'existence d'une épidémie; et pourtant il est telle circonstance délicate, capitale en même temps, où ne suffirait même un médecin qui n'aurait pas fait une étude spéciale de l'épidémiologie et de l'hygiène publique.

» Il faudrait donc, à côté du consul, un médecin spécialiste dans tous les ports étrangers où règne souvent la fièvre jaune. Nous aurions ainsi des fonctionnaires compétents et *responsables*. A l'arrivée des navires, le médecin sanitaire les préviendrait s'il y a danger à fréquenter la terre; il prendrait les mesures nécessaires pour que leur mouillage les tînt hors de portée de la contagion régnante; en un mot, il les protégerait. Par les fils télégraphiques, toujours en relation avec les autres ports, à la moindre alerte il préviendrait ses collègues et recevrait leur avis. Son attention, plus soigneusement portée sur nos colonies les plus exposées, ne négligerait pas les ports de la métropole. Ainsi serait constitué un *service d'alarme* pour les épidémies. »

Ce service d'alarme, l'auteur le reconnaît, devrait, pour avoir toute son efficacité, être international; mais il ne doute pas qu'on puisse lui donner ce caractère. Il a même, sur ce point, quelques assurances positives.

Tel est le vœu émis par l'auteur au Congrès des Sociétés françaises de géographie, vœu formulé déjà, dans d'autres Congrès, par des médecins de la marine, notamment par le professeur Layet. Pour lui donner une forme précise, M. Bourru l'a exprimé dans les deux propositions suivantes :

1° *Dans l'intérêt du commerce à l'étranger, et pour protéger nos colonies et en général toutes les régions chaudes et tempérées envahies ou menacées par la fièvre jaune, le Congrès des Sociétés françaises de géographie appelle l'attention du gouvernement sur la création d'un service sanitaire dans les ports étrangers où règne la fièvre jaune.*

2° *Une enquête préalable pourrait être ordonnée, si elle est jugée nécessaire, pour éclairer la science et le gouvernement sur les points du monde où la fièvre jaune prend naissance, ceux où elle ne règne qu'après importation.*

Il serait peut-être bon que ces propositions sortissent du domaine un peu spéculatif des Congrès pour être portées sur le terrain de Sociétés savantes, moins éloignées de l'oreille du ministre, comme l'Académie de médecine et la Société de médecine publique (1).

Index bibliographique.

Pestilentia in nummis, par MM. L. Pfeiffer et C. Ruland. 1 vol. in-8° de 176 pages, 1882.

Cette brochure est consacrée à un côté bien intéressant et bien original de l'histoire de la médecine, les maladies populaires graves d'après la numismatique. Non seulement les époques célèbres par la famine, les comètes, l'invasion des sauterelles, les inondations, etc., ont inspiré des médailles, mais les pestes, la variole (et la vaccine), la fièvre jaune, le choléra, toutes les maladies qui ont frappé par leur extension ou leur gravité l'imagination populaire. Deux planches héliographiques reproduisent les types les plus intéressants. Il y aurait beaucoup à glaner dans ce volume pour l'intérêt du lecteur, si ces études ne s'éloignaient pas trop de notre cadre habituel.

Éléments de médecine pratique, par le docteur Kunze. Traduit de l'allemand, par M. J. Knoeri. — Paris, 1883. Germer Baillière et Cie.

Ainsi que l'annonce le traducteur, c'est un manuel exigu et présentant sous une forme concise les principes fondamentaux de la pathologie et de la thérapeutique. On peut même reprocher à l'auteur trop de concision : la description des diverses maladies est le plus souvent incomplète et les indications thérapeutiques réduites à leur plus simple expression. Ce livre aura-t-il en France le même succès qu'en Allemagne?

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le docteur P. Guerder. — Paris, 1883. O. Doin.

Les affections de l'oreille sont en général peu étudiées, mal connues, insuffisamment traitées; elles ne sont le plus souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique que par suite de la négligence apportée à les combattre alors qu'elles sont à leur première période et précisément justiciables de soins bien entendus. Il existe d'ailleurs à ce sujet une lacune regrettable dans l'enseignement médical; aussi M. Guerder s'est-il proposé de mettre à la disposition des débutants les connaissances qu'il a acquises

(1) Comme une sorte de complément annexé à ce travail, on fera bien de consulter une conférence faite par le même auteur, le 28 janvier dernier, à la Société de géographie commerciale de Nantes sur la *distribution géographique des grandes épidémies pestilentielles*. Nantes, Camille Mellinet.

pendant une pratique de vingt années. Nous ne pouvons qu'applaudir à ses efforts. Après une étude rapide, bien qu'assez complète, de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, l'auteur décrit le manuel opératoire des explorations qui doivent révéler les affections de l'appareil auditif. Le médecin peut, en effet, diriger son investigation dans le conduit auditif externe au moyen du spéculum et d'une source de lumière réfléchie dans l'axe de l'instrument : il apercevra la membrane du tympan, avec la ligne jaunâtre formée par le manche du marteau, et le triangle lumineux situé au-dessous vers la région antéro-inférieure ; il pourra d'ailleurs, connaissant l'aspect normal de ces parties, en constater les diverses altérations pathologiques. Un autre mode d'examen consiste dans l'exploration du nez, de l'arrière-gorge et de la trompe d'Eustache, dont les lésions consécutives aux diverses angines jouent un grand rôle dans les troubles de l'organe de l'ouïe. Les procédés de Valsalva et de Politzer en comprimant l'air dans la caisse, celui de Toynbee en le raréfiant, enfin le cathétérisme fixeront l'observateur sur la perméabilité de la trompe ; il devra d'ailleurs compléter ses recherches par l'examen de la fonction auditive au moyen de la voix, de la montre et du diapason.

La pathologie de l'oreille a été divisée par M. Guerder en chapitres correspondants aux diverses parties constituantes de l'organe : affections du pavillon, du conduit auditif externe, de la membrane tympanique, etc. Enfin l'auteur termine par une étude, peut-être un peu brève, de la surdité chez l'enfant, de la surdi-mutité, des soins hygiéniques réclamés par l'organe si important de l'audition, et des divers appareils prothétiques qui pourront être de quelque efficacité.

VARIÉTÉS

M. CHEVREUL. — M. Chevreul, membre de l'Académie des sciences, directeur du Muséum d'histoire naturelle, entre aujourd'hui dans sa quatre-vingt-dix-huitième année. Malgré son grand âge, il prend le titre modeste de *doyen des étudiants*, pour s'en faire une gloire ; mais on pourrait l'appeler plus justement le doyen des maîtres, car soixante ans de travaux exceptionnels et de services rendus en ont fait une des plus pures renommées de la France.

M. Chevreul est né à Angers le 31 août 1786, et, à l'âge de seize ans et demi, il entra à l'Ecole centrale de cette ville, où il eut Béclard pour condisciple.

En 1811, après des études remarquables, il fut nommé aide-naturaliste au Muséum. Quelques années après, il était examinateur à l'Ecole polytechnique, professeur de mathématiques au lycée Charlemagne, et enfin directeur des teintures et professeur de chimie à la manufacture des Gobelins.

En 1826, il succéda à M. Proust dans la section de chimie, à l'Académie des sciences, où sa réputation s'affirma bientôt par un ouvrage sur les corps gras d'origine animale. Cet ouvrage lui a valu, de la part de la Société pour l'encouragement de l'instruction nationale, le prix de 12 000 francs, fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

M. Chevreul devint enfin directeur du Muséum, où il a rendu les plus grands services. Depuis 1875, il est grand-croix de la Légion d'honneur.

L'un des membres les plus actifs de l'Institut et de la Société d'agriculture, M. Chevreul fait encore des cours au Jardin des Plantes, et dirige une partie des travaux de la manufacture des Gobelins. (*Union médicale.*)

LÉGION D'HONNEUR. — M. Hammon, médecin aide-major au régiment d'artillerie de la marine, a été nommé *chevalier* de la Légion d'honneur et M. Harmand, médecin de la marine, commissaire civil de la République au Tonkin, *officier*, pour sa belle conduite au Tonkin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle de l'Académie de médecine est reportée au mois de décembre prochain. Dans cette séance aura lieu tout à la fois la distribution des prix de l'année 1882 et de l'année 1883.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 14 janvier 1884, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

NÉCROLOGIE : M. DUVAL-JOUVE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Duval-Jouve, ancien inspecteur des Académies de Strasbourg et de Montpellier, correspondant de l'Académie des sciences. M. Duval-Jouve avait publié des travaux de botanique très estimés. Il était le père de notre très distingué confrère le docteur Mathias Duval.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis Garreau, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Laval, décédé le 5 août 1883, à l'âge de cinquante-cinq ans.

MORTALITÉ A PARIS (35e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 août 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1040, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 54. — Variole, 3. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 25. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 38.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 82 ; au sein et mixte, 43 ; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100 ; de l'appareil circulatoire, 72 ; de l'appareil respiratoire, 56 ; de l'appareil digestif, 48 ; de l'appareil génito-urinaire, 15 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 35e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, du 24 au 30 août, 1040 décès. Ce nombre est légèrement inférieur à celui de la période précédente, 1051. La fièvre typhoïde, la rougeole et la coqueluche ont causé quelques décès de plus que pendant le précédent septenaire, savoir : la fièvre typhoïde, 54 au lieu de 49 ; la rougeole, 22 au lieu de 20 ; la coqueluche, 25 au lieu de 19. Le chiffre des décès dus à la diphthérie s'est abaissé de 28 à 23.

Les maladies non épidémiques qui ont fourni le contingent mortuaire le plus élevé sont : la phthisie pulmonaire, 206 décès (ce nombre n'avait pas été atteint depuis le mois de juin) ; la pneumonie (58 au lieu de 38) ; l'athrepsie, 135 ; les maladies de l'appareil cérébro-spinal et de l'appareil circulatoire.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les microzymas dans leurs rapports avec l'hétérogénie, l'histogénie, la physiologie et la pathologie, par M. A. Béchamp. 1 vol. in-8 de 992 pages et 5 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 14 fr.

Mémoires d'ophtalmoscopie. Chorio-rétinite spécifique, par M. le docteur J. Massolon. 1 vol. in-8 de 16 pages avec 12 dessins photographiques. O. Doin. 4 fr.

De la délivrance par tractions et par expressions, par M. Alban Ribemont Dessaignes. 1 vol. in-8 de 145 pages avec 8 figures et 14 tracés. Paris, O. Doin. 4 fr.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par M. le docteur Charles Maygrier. 1 vol. in-8 de 108 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Action de l'eau minérale de Contrexéville, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, par M. le docteur Jules Brongniart. 1 vol. in-8 de 90 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Contribution à l'étude expérimentale des néphrites, par M. U. Germont. 1 vol. in-8 de 75 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Des arthrophytes et de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique, par M. Edouard Fibich. 1 vol. in-8 de 133 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Contribution à l'étude de la sclérose, par M. B. Duplaix. 1 vol. in-8 de 100 pages avec 3 planches contenant 6 figures. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Étude physiologique et thérapeutique de la caféine, par M. E. Leblond. 1 vol. in-8 de 180 pages avec 27 figures et 8 planches. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 13 septembre 1883.

La dernière maladie de M. le comte de Chambord, par M. Vulpian.

Lors de mon retour de mon premier voyage à Frohsdorf, je ne voulus écrire aucune relation personnelle sur la maladie de M. le comte de Chambord, parce que nous nous étions engagés, MM. Drasche, Mayr et moi, à une discrétion absolue. D'ailleurs, quand même nous n'aurions pas pris en commun cet engagement, j'aurais considéré comme un devoir professionnel de ne rien dire de ma véritable opinion sur cette maladie. Il avait été convenu que nous la désignerions sous le nom de catarrhe aigu de l'estomac, d'une intensité extrême. Ce sont ces termes qui ont été reproduits par la plupart des journaux. Or cette désignation ne représentait pas fidèlement notre manière de voir. Nous admettions bien l'existence d'un catarrhe de l'estomac; mais nous pensions qu'il s'y joignait un état beaucoup plus grave de cet organe et, dans notre pensée, la maladie devait se terminer par la mort à assez courte échéance. C'est là ce que nous n'avions pas voulu livrer à la publicité et, jusqu'à la fin, nous ne nous sommes pas départis de notre réserve.

Aujourd'hui, après la mort de M. le comte de Chambord, notre situation n'est plus la même. J'ai cru cependant devoir consulter les personnes de son entourage, ainsi que les princes, ses proches parents, et je suis autorisé à faire connaître tout ce qui, dans sa maladie, peut intéresser le public médical. S'il y a quelques inexactitudes dans l'exposé qui va suivre, elles résulteront uniquement du manque de précision de certains souvenirs. Je dois rappeler, à cet égard, que je n'ai vu le prince que pendant quelques jours, du 15 au 18 juillet, et que, par conséquent, je ne connais les diverses circonstances du début et de la fin de sa maladie que par ouï-dire.

La santé de M. le comte de Chambord avait commencé à s'altérer il y a deux ou trois ans, au moins. Jusque-là elle avait été excellente. Le prince, qui était d'une vigoureuse constitution, se livrait, presque tous les jours, pendant une grande partie de l'année, à l'exercice de la chasse. La mati-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le service des médicaments dans les hôpitaux de Paris. — L'officiat de santé et les Écoles de plein exercice. — Un petit page dans une position intéressante.

Au moment à peu près où je vous écrivais ma dernière lettre, cher confrère, le tribunal de police correctionnelle de Paris était saisi d'une poursuite d'office contre une surveillante et une infirmière de l'hôpital Tenon, accusées d'avoir causé involontairement la mort d'une malade; l'une en n'exécutant pas elle-même une prescription du médecin, l'autre en administrant à la malade, par usurpation de fonctions, une dose trop forte d'acide phénique. Les deux accusées ont été condamnées : la première à quinze jours, la seconde à huit jours d'emprisonnement, toutes deux à 50 francs d'amende.

Je n'ai rien à vous dire du jugement, qui ne pèche pas par sévérité. Mais il est difficile de se taire sur la part de responsabilité morale qui a été faite dans ce malheur, en pleine audience et par les magistrats, au médecin de la salle, un de nos praticiens les plus distingués, les plus honorables, les plus consciencieux. Vous savez déjà, puisque la publicité s'est emparée de son nom, qu'il s'agit de M. Rendu. Une certaine presse a mis une négligence et une erreur d'employés sur le compte de la laïcisation des hôpitaux; je suis loin de supposer que, par contre, on ait voulu atteindre en notre confrère un adversaire militant de la laïcisation; mais ce qui est sûr, c'est qu'on ne s'est pas bien rendu compte du rôle et des attributions d'un chef de service dans un hôpital; et c'est ce que je veux expliquer ici.

Le médecin prescrit; le pharmacien exécute; les élèves du service donnent au maître l'assistance immédiate que réclame

née et la soirée étaient consacrées à l'étude et au travail. On sait que, par suite d'un accident de cheval, survenu à l'âge de vingt et un ans, le prince avait eu une fracture du col du fémur gauche, fracture qui s'était consolidée en laissant un raccourcissement et un certain degré d'atrophie du membre inférieur. Malgré cette infirmité, malgré un développement assez considérable du tissu adipeux, M. le comte de Chambord, au dire des personnes qui étaient ses compagnons habituels, supportait mieux que les plus jeunes d'entre eux les fatigues de la chasse dans les montagnes, et il en était encore ainsi dans les dernières années.

Il y a quatre ou cinq ans environ, pressé par le désir de diminuer son embonpoint, il s'était soumis au système Benting, dans toute sa rigueur et il avait alors, en peu de mois, perdu près de cinquante livres de son poids. Cet amaigrissement rapide avait produit en même temps de l'affaiblissement et peut-être quelques troubles de la digestion. Plusieurs personnes m'ont parlé dans ce sens et faisaient même remonter à cette époque les premières atteintes de la maladie. Les symptômes qui ont pu se manifester à la fin de l'essai du système Benting n'ont d'ailleurs pas eu de gravité réelle, et le prince avait pu reprendre assez rapidement la vie active qu'il menait auparavant.

Depuis ce temps, M. le comte de Chambord aurait été pris deux fois, paraît-il, de dyspepsie assez intense et il aurait été obligé, chaque fois, de se soumettre à un régime très sévère pendant trois ou quatre semaines. Suivant lui, et je partageai son opinion, ces troubles digestifs ne pouvaient pas être attribués à un abus du tabac à fumer. Il n'avait commencé à fumer qu'après un voyage qu'il fit en Orient, n'avait jamais fumé en excès et, au moment où il me donnait ce renseignement, il y avait plus de trois ans qu'il ne fumait plus.

Dans le mois de juin 1882, M. le comte de Chambord se trouvait à Marienbad, où il était venu dans l'intention de faire un nouvel essai de traitement contre le développement du tissu adipeux et de chercher à empêcher le retour d'accidents rhumatismaux dont il avait souffert un ou deux ans auparavant. Ces accidents s'étaient bornés à un peu de gonflement douloureux des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main droite. Le prince avait cru que les douleurs et le gonflement de ces jointures avaient été de nature goutteuse, parce que, disait-il, la goutte était une maladie de sa famille; mais rien ne légitimait sérieusement cette interprétation; les phénomènes morbides dont il s'agit me paraissent avoir été simplement rhumatismaux. Quoi qu'il en soit, lorsque le prince était à Marienbad, les fonctions de son estomac ne s'exécutaient pas d'une façon satisfaisante; le docteur Ott, qui était chargé de diriger le traitement, considéra même les troubles gastriques qu'il constatait comme assez graves, et il crut devoir restreindre dans une forte mesure la médication de Marienbad, dans la crainte de provoquer des accidents sérieux.

Les digestions continuaient cependant à s'effectuer passablement; l'appétit était conservé et, au retour de Marienbad, le prince, quoique un peu amaigri, avait pu ne rien changer à ses habitudes.

Cette année, le 22 mars, à Goritz, il fut pris subitement d'une douleur vive dans la région supérieure et externe de la jambe droite, au moment où il mettait le pied sur le marche-pied de sa voiture pour y monter. Ce marche-pied est très rapproché du sol, de telle sorte que l'effort nécessaire pour y atteindre est presque nul. Cependant, c'est en exécutant ce mouvement que le prince éprouva la douleur vive dont je viens de parler : il poussa un cri, devint pâle; la sueur perla sur son visage et il s'écria que sa bonne jambe venait de se casser. Il put facilement s'assurer, au bout de quelques instants, que sa jambe n'était point fracturée. On conçoit combien il est difficile d'établir rétrospectivement la cause véritable de la douleur ressentie par le prince. Toujours est-il qu'elle s'accompagna presque aussitôt d'un gonflement notable, un peu au-dessous du bord externe du jarret, gonflement allongé dans le sens de la direction du membre et douloureux à la palpation. Cette lésion fut appelée par le médecin du nom de coup de fouet. On prononça aussi plus tard, paraît-il, le nom de phlébite.

La douleur persista les jours suivants et s'exaspérait dès que le prince essayait de remuer le membre. Aussi prescrivit-on un repos absolu au lit. Cette inaction complète, qui dura plusieurs semaines, fut un vrai supplice pour M. le comte de Chambord, dont la vive nature avait un impérieux besoin de mouvement. L'estomac s'en ressentit aussi et bien que, pour certains des hôtes de Goritz, l'appétit du prince fût resté normal, il n'en fut pas ainsi en réalité. Je tiens de lui-même qu'il mangeait moins que de coutume et qu'il éprouvait parfois des pesanteurs d'estomac.

Peu à peu la douleur locale de la jambe droite s'apaisa; puis elle disparut tout à fait. Le gonflement se dissipa graduellement aussi, mais un peu plus lentement. La marche redevint possible, bien qu'un peu difficile au début, et le

---

l'accomplissement de ses fonctions; l'interne ou les internes de garde pourvoient aux besoins accidentels de la journée; les surveillantes et les infirmières administrent les médicaments et les soins prescrits par le chef de service ou les internes de garde. Dans ce mécanisme, l'action du médecin est grande, mais d'une durée limitée; il a tracé à chacun sa part de travail, mais ne s'est chargé d'aucune. On ne peut lui imposer même cette responsabilité idéale des chefs de services administratifs, qui fait remonter jusqu'à eux les fautes des subordonnés placés sous leur surveillance immédiate et que souvent *ils se sont choisis*; les fonctionnaires et employés de l'hôpital, bien que le médecin leur commande, sont bien plus les subordonnés de l'Assistance publique que les siens. S'il répond de quelqu'un, c'est uniquement de l'élève interne ou externe, et encore dans le cas seul où la faute commise l'aurait été par suite d'une délégation de ses fonctions de chef, ou d'une autorisation émanée de lui, ou enfin d'un défaut de surveillance de sa part; comme quand le maître charge son élève d'une opération, ou autorise l'externe à remplacer l'interne dans la tenue du cahier de visite, ou néglige de vérifier l'exactitude de ce cahier. Ici rien de semblable : les deux auteurs de la mort de la malade sont deux employées de l'administration, et il a été constaté que l'écriture du cahier de visite était parfaitement conforme à la prescription.

Or que fait-on? Au lieu de peser d'après ces règles fondamentales la responsabilité du médecin, on la mesure à des incidents de service qui sont précisément le témoignage et la mesure de ses sollicitudes. En effet, il sait, lui, beaucoup mieux que les magistrats, que son rôle, dans la limite réglementaire, pourra être insuffisant et ne pas assurer aux malades les secours qu'il leur a destinés; il sait que le pharmacien ne peut être mis sous clef ni rester debout le jour et la nuit, et que, même à ces dures conditions, le temps lui manquerait pour exécuter toutes les prescriptions de détail; il sait que l'interne de service quitte la salle peu de temps après lui; il sait que l'interne de garde n'est aucunement

prince put enfin partir de Goritz pour retourner à Frohsdorf. Il y arriva le 20 mai. Dès le lendemain, il voulut être pesé; il pesait 208 livres.

Pendant que M. le comte de Chambord souffrait à Goritz de l'accident survenu le 22 mars, le bruit s'était répandu qu'il était extrêmement malade, qu'il avait été frappé d'une attaque d'apoplexie et, malgré les démentis formels opposés à ce bruit, certains journaux persistaient à affirmer qu'il était dans un état inquiétant. Dans les derniers jours du mois de mai et les premiers jours du mois de juin, des journalistes représentant diverses opinions politiques furent admis auprès de M. le comte de Chambord et purent s'assurer directement qu'il n'était atteint d'aucune maladie grave et même que, quoique un peu amaigri, il était dans un état de santé en apparence très satisfaisant, comme le prince le leur fit remarquer avec sa bonne grâce ordinaire.

J'ai dit que, malgré ces apparences, M. le comte de Chambord n'était pas dans un état absolument normal, en ce sens que son appétit avait diminué et que les digestions ne se faisaient pas toujours très bien.

Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents de la dernière maladie, du moins en ce qui concerne les fonctions digestives. Les autres fonctions n'avaient présenté aucune perturbation, si ce n'est cependant celles du cœur. M. le comte de Chambord éprouvait depuis deux ou trois ans des sensations particulières dans la région du cœur, comme des coups brusques, de temps à autre. Il appelait cela ses *clocks*. Peut-être s'agissait-il d'impressions en rapport avec des intermittences du cœur. Il n'avait jamais ressenti de véritables palpitations.

Le 13 juin dernier, il avait dîné comme d'ordinaire, sauf qu'il avait mangé des fraises qui commençaient à se gâter, et tous les convives en avaient mangé comme lui : le lendemain 14, il eut un peu d'indigestion avec vomissements et diarrhée. Il allait beaucoup mieux le 15; il reprit quelques fruits au dîner, comme ses convives, et eut de nouveau des phénomènes d'indigestion, le lendemain 16 (1). Mais cette fois les phénomènes prirent rapidement une grande intensité. L'appétit se perdit tout à fait; des nausées suivies de vomissements se répétèrent un grand nombre de fois : en même temps, des douleurs abdominales vives se manifestèrent, douleurs qui s'exaspéraient par l'ingestion d'aliments ou de boissons.

(1) Il y eut, à cette même époque, un flux sanguin hémorrhoïdaire très abondant, ce qui contribua à affaiblir le prince.

Ces symptômes devinrent de plus en plus violents les jours suivants : le malade était accablé; son facies s'altérait; les personnes de son entourage commencèrent à concevoir de vives inquiétudes et le prièrent instamment de consentir à recevoir les soins d'un médecin. Le prince résista d'abord, assurant qu'il avait déjà éprouvé des accidents de ce genre et que ces accidents avaient disparu par la simple diète : mais il finit par céder.

Le 19 juin, M. le docteur Theodor Mayr, médecin de l'hôpital de Neustadt (1), vint voir M. le comte de Chambord, l'examina avec la plus grande attention et prescrivit un traitement approprié. On avait pesé le malade ce jour-là même, et l'on avait constaté que, depuis le 21 mai, il avait perdu vingt livres de son poids.

Les jours suivants, l'état du prince, loin de s'amender favorablement, s'aggravait visiblement. La diarrhée ne s'était pas reproduite depuis les premiers jours et n'avait pas été considérable; mais les vomissements se reproduisaient presque à chaque moment; l'ingestion d'une cuillerée de liquide causait une vive souffrance dans la région de l'estomac, et la moindre pression, exercée sur cette région, provoquait une violente douleur. Vers le 24 ou le 25 juin, le docteur Mayr, de plus en plus préoccupé de la persistance des symptômes, et renouvelant chaque jour l'examen de l'abdomen, crut reconnaître l'existence d'une tumeur résistante dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane. On voyait même, m'a-t-on dit, dans cette région, à la surface de l'abdomen, une saillie arrondie. M. Mayr fit part de ses craintes à M. le comte de Chevigné, qui dirigeait alors la maison du prince, et le pria de vouloir bien obtenir qu'il pût prendre l'avis d'un des professeurs les plus distingués de Vienne, M. Drasche.

La consultation eut lieu le 27 juin. MM. Drasche et Mayr, tout en faisant des réserves, se trouvèrent d'accord sur la probabilité de l'existence d'une tumeur dans la région de l'estomac. Ils voulurent cependant en appeler encore à l'expérience consommée du professeur Billroth, d'autant qu'une question chirurgicale pourrait être soulevée et agitée, dans le cas où la présence d'une tumeur aurait été déclarée indubitable.

Cette seconde consultation entre MM. Billroth, Drasche et Mayr eut lieu le 29 juin, deux jours après la précédente. Le

(1) Neustadt (Wiener-Neustadt) est une ville de 20000 âmes, située à 50 kilomètres de Vienne, sur le chemin de fer du Sud. Sept kilomètres séparent Neustadt de Frohsdorf.

---

chargé de la distribution des remèdes dans un hôpital de huit ou neuf cents lits; et alors, comme il a près de lui des personnes auxquelles incombe cette distribution, une surveillante qui est sa collaboratrice naturelle, il prend des mesures pour qu'elle puisse le faire régulièrement en dépit de tous les obstacles; de tous les obstacles, entendez bien, qui viennent, non de lui, mais de l'organisation administrative. C'est ce que les juges et M. le procureur de la République ne paraissent pas avoir compris; et on peut leur reprocher moins de l'avoir ignoré que de ne l'avoir pas deviné.

Oui, c'est l'intérêt des malades que le service des médicaments soit simplifié, et que la surveillante prête un concours intelligent et non mécanique à leur administration. Jugez-en. Voici, dans un service de quatre-vingts à quatre-vingt-dix lits, quinze phthisiques, auxquels on doit administrer matin et soir 1 ou 2 milligrammes d'arséniate de soude en solution, et qui, en outre, doivent prendre dans la journée, par cuillerées à soupe, un julep morphiné, sans compter quelquefois d'autres médicaments, comme le phosphate de chaux ou des lavements composés contre la sueur ou la diarrhée. C'est, pour une quinzaine de malades, quatre-vingts préparations peut-être que le pharmacien devrait exécuter. Et comme les doses ne sont pas égales pour tous les sujets, vous entrevoyez, même à travers le numérotage des fioles et des petits paquets, toutes les chances d'erreur; lesquelles vont encore se multiplier si les doses d'un médicament prescrit à un seul malade ne sont pas les mêmes le matin que le soir ou le soir que le matin. Et ce que je viens de dire de la solution arsenicale, je le pourrais de la teinture de noix vomique, de la teinture d'opium, du laudanum, de poudres diverses, etc. Dans ces cas, médecins et pharmaciens sont d'accord pour que le premier délivre à la surveillante ou des préparations officinales titrées, ou des préparations magistrales à administrer par cuillerées ou par gouttes, aux doses, aux heures et de la manière indiquées sur le cahier. Sans doute, il peut arriver que la dose soit dépassée, que l'heure soit indue; mais il peut tout aussi

résultat n'en fut pas décisif. M. Billroth hésita entre trois hypothèses : une affection du foie, une gastrite goutteuse ou un cancer de l'estomac. Bien qu'il eût, paraît-il, de la tendance à admettre cette dernière maladie, il ne se prononça pas d'une façon péremptoire.

Le malade continuait d'ailleurs à souffrir cruellement ; il vomissait toujours un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures : parfois les souffrances étaient telles, qu'il se roulait pour ainsi dire dans son lit. Les matières vomies étaient muqueuses et comprenaient aussi, la plus grande partie, sinon la totalité des matières ingérées. Pas plus qu'auparavant, elles ne contenaient ni sang pur ni modifié. L'intumescence que l'on voyait à la surface du côté droit de la région épigastrique avait disparu ; elle n'avait été visible que pendant un très petit nombre de jours. Ce n'était là qu'un changement sans importance. Tous les phénomènes morbides prirent bientôt un tel caractère d'intensité, qu'il semblait impossible que la vie pût durer au delà de quelques jours dans de semblables conditions. Le faciès du malade était profondément altéré et avait même pris le caractère hippocratique. On crut même, un certain soir, que la mort était tout à fait imminente. C'est à ce moment que parut une note des plus alarmantes dans les journaux.

Le traitement rationnel prescrit par MM. Drasche et Mayr détermina enfin un peu de soulagement. Vers le 5 ou le 6 juillet, les traits n'étaient plus aussi altérés ; les douleurs, aussi bien celles qui étaient provoquées par l'ingestion des liquides que celles qui se produisaient sous les moindres pressions locales, devinrent moins vives. Les vomissements étaient moins fréquents ; certains aliments froids ou glacés, tels que lait, crèmes, etc., furent tolérés en très petite quantité ; on put administrer des lavements nutritifs, et, en somme, on constatait une légère amélioration. Mais l'état du malade n'en restait pas moins très grave ; les vomissements se reproduisaient encore plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; le sommeil était nul ; l'affaiblissement était considérable ; la face et les membres s'amaigrissaient de plus en plus.

Les personnes qui entouraient le prince et qui le soignaient avec un dévouement sans bornes pensèrent qu'il serait utile de prier un médecin français de venir joindre ses efforts à ceux de MM. Drasche et Mayr. Nos deux confrères ne désiraient rien tant que de voir leur responsabilité partagée par un compatriote du malade. Le prince accepta avec empressement la proposition qui lui fut faite.

On résolut de demander à M. le professeur Potain de vouloir bien venir en consultation à Frohsdorf. Une dépêche lui fut transmise par les soins de M. de Dreux-Brézé.

M. Potain, qui soignait alors notre cher et bien regretté collègue, M. Parrot, ne voulut pas l'abandonner, même pendant quelques jours, et, comme il avait été prié, au cas où il ne pourrait pas se déplacer, de désigner un de ses collègues qui pût se rendre à Frohsdorf, il proposa mon nom, qui fut accepté.

Le 13 juillet, je partis pour Vienne. Les nouvelles publiées, les jours précédents, par les journaux n'étaient rien moins que rassurantes, et j'avoue que je me demandais si j'arriverais à temps. A la gare de Vienne, le 15 juillet, je trouvai M. le comte de Chevigné, qui, tout en me dépeignant la situation comme très grave, me rassura cependant un peu.

Le jour même de mon arrivée à Vienne, je devais me trouver en consultation auprès du prince avec MM. Drasche et Mayr. Je me rendis à Frohsdorf un peu avant mes confrères : le prince voulut me voir immédiatement, en particulier, avant la consultation.

Je ne connaissais M. le comte de Chambord que par ses portraits et par ce que j'avais lu dans les journaux. Absolument étranger au monde politique, je n'avais pas beaucoup d'occasions d'entendre parler de lui, de telle sorte que je n'étais animé d'aucun sentiment préconçu quelconque, au moment où l'on me conduisait auprès du malade.

Son accueil fut excellent. Dès qu'il m'aperçut, il me souhaita la bienvenue dans les termes les plus aimables, me serra affectueusement la main, en me disant qu'il éprouvait le plus grand plaisir à voir un médecin français. Bien qu'il fût très satisfait des soins que lui prodiguaient les médecins qui le traitaient, il sentait, me disait-il, qu'un compatriote devait mieux se rendre compte de son état de santé. Je fus mis ainsi à mon aise dès les premiers moments.

Je m'attendais à trouver le malade dans une situation plus grave. L'abattement n'était pas aussi complet que je me l'étais imaginé. Le prince parlait avec sa facilité ordinaire, et tous ses mouvements s'exécutaient avec aisance ; son regard était bienveillant, vif et pénétrant. On reconnaissait cependant sans peine, en comparant sa physionomie actuelle à celle que représentaient des photographies assez récentes, que sa constitution avait été profondément ruinée par la maladie. Son visage était amaigri ; ses yeux étaient moins saillants que dans l'état de santé ; l'expression de repos de ses traits était assombrie.

Les membres avaient notablement diminué comme gros-

---

bien se faire qu'il soit administré trois cuillerées d'une potion toute préparée au lieu de deux, ou deux au lieu de quatre, à telle heure au lieu de telle autre. Il n'y aurait véritablement d'autre moyen d'éviter l'erreur que de faire apporter, au temps dit, chaque cuillerée au malade, par le pharmacien lui-même, qui la lui mettrait dans la bouche.

Et les médicaments conditionnels? Je citais à l'instant les lavements ; que de fois le médecin ne dit-il pas à la surveillante : « Suivez bien ce malade, atteint de diarrhée ; s'il a, avant ce soir, plus de cinq garde-robes, faites-lui prendre un quart de lavement avec douze gouttes de laudanum de Sydenham. » Fallait-il mentionner l'éventualité sur le cahier de visite ; faut-il aller demander le lavement à la pharmacie? Mais il est des services où cette éventualité est permanente et de toutes les heures : par exemple les services d'enfants et surtout des enfants assistés. Ce que le médecin vient de dire à la surveillante de son service, il va le répéter tout à l'heure dans sa pratique civile à une demi-douzaine de mamans ou de garde-malades. Pourquoi ce qui est licite en ville serait-il un crime dans les hôpitaux ?

Ne veut-on pas se rendre sur le cas du lavement? Alors j'invoque le cataplasme. Comment fera-t-on pour l'arroser de 15 à 20 gouttes de laudanum cinq ou six fois par jour si la surveillante n'a pas de laudanum à sa disposition? On lui en délivrera le matin, à la pharmacie, la quantité nécessaire? Bon ; cela fait 100 gouttes ; il y a présentement dans le service dix malades dans la même situation, total : 1000 gouttes ; la goutte de laudanum pèse près de 6 centigrammes ; c'est donc 6000 centigrammes ou 60 grammes de laudanum que la surveillante devra recevoir de la pharmacie. Que ce soit dans un seul flacon ou dans vingt, est-ce sérieusement qu'on y attache quelque importance? Pour mille raisons, la liqueur peut n'être pas employée tout entière dans la journée. Si vous ne voulez pas qu'il y en ait de disponible dans les salles, devra-t-on la reverser dans les bocaux de la pharmacie ou la répandre dans le ruisseau?

seur. La voix était légèrement enrouée depuis quelques jours. La faiblesse était considérable ; le malade pouvait, il est vrai, remuer ses membres au lit avec vivacité, mais il ne pouvait, pour ainsi dire, plus marcher, ou, du moins, il ne faisait quelques pas que soutenu sous les deux bras : il n'était pas en état de se remonter, sans aide, sur son oreiller, lorsqu'il avait un peu glissé vers le pied de son lit.

Il me raconta lui-même l'histoire de sa maladie et me demanda de l'examiner avant l'arrivée de MM. Drasche et Mayr.

La bouche était sèche et il était tourmenté par une soif assez vive ; la langue était revêtue d'un mince enduit blanc jaunâtre ; sur sa pointe et ses bords, elle était rouge comme l'était d'ailleurs la membrane muqueuse de tous les points de la cavité buccale. La déglutition se faisait bien, mais avec une sensation pénible, due sans doute à la sécheresse et à une légère irritation de la membrane muqueuse de l'isthme du gosier.

Les parois du thorax et celles de l'abdomen étaient encore très épaisses. On ne voyait aucune saillie des parois du ventre au niveau de l'épigastre. Le malade me désigna la région qui avait été si douloureuse quelques jours auparavant. J'y mis la main, et, en l'appuyant un peu, je sentis aussitôt une tuméfaction profonde, assez large, au niveau de laquelle une pression tant soit peu forte provoquait de la douleur. Une palpation un peu plus attentive ne me laissa aucun doute sur l'existence d'une tumeur mal limitée, siégeant dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane, ayant au moins l'étendue de la moitié de la paume de la main. L'idée d'un néoplasme de l'estomac se présenta aussitôt à mon esprit.

Dans le reste de la cavité abdominale on ne trouvait aucune tumeur, aucune rénitence spéciale. Le foie paraissait avoir à peu près son volume ordinaire, plutôt un peu réduit qu'augmenté. La rate était un peu plus grosse que dans les conditions normales. La palpation profonde des régions lombaires n'était pas douloureuse.

On ne constatait aucune gêne de la respiration. Le pouls offrait des inégalités presque rythmiques. En tâtant l'artère radiale, on sentait une série de 5 à 8 pulsations faibles, suivie d'une série à peu près égale de pulsations fortes et il en était ainsi constamment. L'auscultation du cœur ne révélait aucun bruit anormal ; mais les bruits normaux présentaient des inégalités d'intensité qui correspondaient aux caractères du pouls ; il en était de même des battements cardiaques. Il n'y avait ni faux pas ni intermittences.

Les téguments étaient pâles : la pâleur de la face était légèrement jaunâtre.

J'ai dit que la déglutition était un peu jaunâtre; mais ce symptôme, de même que l'irritation de la membrane muqueuse de l'isthme du gosier et l'enrouement de la voix, ne dataient que de quelques jours. Le prince, ainsi que les personnes qui le soignaient, attribuaient cette complication à un refroidissement causé par un courant d'air (les fenêtres avaient été ouvertes à cause de la grande chaleur).

Les aliments liquides et les boissons que prenait le malade en petite quantité, ne provoquaient pour ainsi dire plus de douleurs. Je m'informai du moment où se produisaient ces douleurs pendant les jours où elles avaient été si vives. Le malade et les diverses personnes qui étaient à même de donner des renseignements sur ce point étaient absolument d'accord. Ce n'était jamais après l'ingestion des aliments et des boissons que naissaient les douleurs; ce n'était qu'au bout d'une dizaine de minutes à un quart d'heure. Ces douleurs devenaient très fortes en quelques instants et elles arrivaient bientôt à leur maximum de violence; leur intensité diminuait plus ou moins au bout de quelques minutes ; mais elles ne cessaient pas si l'on renouvelait l'administration des liquides sans laisser un grand intervalle entre deux ingestions successives.

Jamais les vomissements ne se sont produits aussitôt après la déglutition ; ou du moins cela n'a été qu'exceptionnel. Parfois des vomissements avaient lieu au moment du summum d'intensité des douleurs ; le plus habituellement, c'était à un moment plus éloigné de celui de la déglutition ; il y avait assez souvent des vomissements muqueux le matin à jeun. Je répète que l'on n'avait jamais trouvé de sang dans les matières vomies ; ces matières que j'ai examinées plusieurs fois n'en contenaient pas non plus alors et elles étaient très nettement acides.

Les fonctions intestinales étaient paresseuses. Les médecins avaient prescrit des lavements nutritifs, que l'on administrait après avoir, au préalable, débarrassé l'intestin à l'aide de lavements simples. Les lavements nutritifs étaient conservés pendant une ou deux heures, rarement plus longtemps; ils déterminaient souvent de l'irritation, qui se traduisait par des coliques et un peu de diarrhée. Ce mode d'alimentation ne semblait pas réussir autant qu'on l'avait espéré.

La miction s'opérait bien ; il n'y avait pas de polyurie reconnaissable.

Vous croyez que c'est tout? Pas encore. Il est des substances dangereuses, quand elles sont mal maniées, qui ne sont pas d'un emploi aussi vulgaire que le laudanum, l'éther ou le chloroforme, et dont il est pourtant imposs ble de ne pas confier une certaine quantité à la garde de la surveillante. Prenons l'acide phénique, puisque c'est lui qui a échauffé l'humeur philanthropique des magistrats. Dans telle salle se pressent quarante typhiques, dont chacun doit prendre un ou deux lavements phéniqués; quatre-vingts lavements dans un seul service, c'est dur pour un pharmacien! Au lieu de cela, on délivre une solution titrée au centième, dont on administre une cuillerée à café ou une cuillerée à dessert, suivant qu'on a prescrit une dose de 5 ou de 10 centigrammes, et il saute aux yeux que ce moyen, plus pratique que l'autre, est aussi beaucoup plus sûr. On a reproché, il est vrai, à M. Rendu d'avoir dans ses salles une solution d'acide phénique au *dixième;* ce serait une proportion dangereuse pour l'usage interne; mais aussi avait-elle une autre destination, celle de laver les vases de nuit, les crachoirs, etc., et les mains des infirmières. Va-t-on demander des bons de liqueur phéniquée pour deux mains, pour quatre mains, pour douze canules ou trente urinoirs? A ce compte comment vont faire les chirurgiens des hôpitaux pour tout phéniquer, hommes et choses, et que va devenir le pansement de Lister?

En résumé, impossibilité de faire exécuter toutes les préparations de détail par l'interne en pharmacie; impossibilité de faire intervenir l'interne de garde en médecine dans les mille petites opérations que nécessite le service des médicaments internes et externes;

Impossibilité plus grande encore de les demander à l'interne de service, qui devient libre peu de temps après la visite ;

Nécessité d'avoir en permanence dans le service une personne de confiance à qui l'on puisse s'en remettre de tout ce qu'on ne peut exiger ni du pharmacien ni des internes.

Si cela n'offre pas de garanties suffisantes, avisez, vous,

Je cherchai à rassurer le prince en lui disant qu'il n'avait pas autre chose qu'un violent catarrhe de l'estomac ; que ce catarrhe s'était étendu de bas en haut à l'œsophage, à l'arrière-bouche et à la cavité buccale ; que la guérison était certaine, mais qu'il fallait un peu de temps pour l'obtenir. Je savais que MM. Drasche et Mayr avaient déjà indiqué ce diagnostic au malade, et j'étais certain, en employant les mêmes expressions, de ne pas jeter le trouble dans cette nature si impressionnable.

Une heure environ après ce premier examen, je me rendais de nouveau près du malade avec MM. Drasche et Mayr. Mes confrères désirèrent me voir de nouveau faire devant eux une exploration méthodique des principaux organes. Je fis cette exploration, mais d'une façon un peu plus sommaire, pour ne pas occasionner une fatigue inutile, sinon nuisible. Je constatai de nouveau tout ce que j'avais vu la première fois. Je reconnus, en outre, qu'il y avait un très léger œdème au niveau de la partie inférieure des jambes, sans douleur. De plus, je vis nettement sur la langue un commencement de production de muguet, sous forme de petits points blancs disséminés. Un papier de tournesol appliqué sur la langue rougit aussitôt. MM. Drasche et Mayr firent aussi l'examen du malade; puis nous nous retirâmes pour conférer ensemble.

Ils me firent alors un récit très complet de toutes les péripéties de la maladie depuis le début jusqu'au jour de notre réunion. Laissant de côté l'affection de l'estomac, pour en parler plus tard, ils me dirent qu'ils avaient constaté, dès leurs premières visites, les troubles de la circulation que j'avais observés : suivant eux, on pouvait supposer qu'ils dépendaient d'une surcharge graisseuse du cœur. Ils admettaient l'existence d'altérations athéromateuses de l'aorte (je vois qu'ils avaient reconnu de légères modifications des bruits aortiques) et considéraient les artères comme devant être altérées à un certain degré dans la plupart des régions du corps. Enfin les reins leur paraissaient atteints d'une légère néphrite interstitielle (l'urine contenait des traces d'albumine). Ils me demandèrent mon avis sur l'affection de l'estomac.

J'ai déjà dit que ma première impression avait été qu'il y avait une tumeur néoplastique de l'estomac : je ne crus pourtant pas devoir me prononcer immédiatement et je priai mes confrères de vouloir bien se trouver de nouveau en consultation avec moi le mardi suivant, 17 juillet, pour me permettre de contrôler encore une fois les résultats de mes premières explorations. Il fut convenu qu'il en serait ainsi.

Le prince voulut me revoir après notre conférence. J'insistai sur l'accord qui s'était établi entre mes confrères et moi, comme aussi sur l'assentiment complet que je donnais aux médications qui avaient été mises en usage jusque-là.

Je proposai à M. Mayr de prescrire des lavages de la cavité buccale avec de la solution aqueuse de borate de soude (borate de soude, 8 parties ; eau, 300). Ma proposition fut acceptée et l'on put commencer dès le lendemain à se servir de cette solution.

Le 16 juillet, je revis M. le comte de Chambord. Toujours même accueil empressé, affable, charmant.

Je ne fis pas d'examen prolongé ce jour-là. Le malade paraissait un peu rassuré, bien qu'il n'y eût aucun changement dans son état. La bouche était aussi sèche que la veille. Je fis une lotion de toute la cavité buccale avec un pinceau imbibé de solution de borax, pour bien montrer aux garde-malades le *modus faciendi*. L'examen de la région épigastrique, le seul que je pratiquai ce jour-là, me donna les mêmes résultats. Je conseillai de cesser l'emploi des eaux de Carlsbad et de Marienbad, dont le malade faisait usage en petite quantité, et de suspendre aussi l'administration des lavements nutritifs, pour laisser reposer l'intestin.

Le 17, eut lieu la seconde consultation entre MM. Drasche, Mayr et moi. Nous refîmes une exploration très attentive de la région épigastrique. Je sentis de nouveau, très distinctement, une tumeur située à droite de la ligne médiane, à la région épigastrique. Cette tumeur, aplatie, mal circonscrite à sa périphérie, était douloureuse à la palpation, très douloureuse même si l'on insistait un peu; elle pouvait être légèrement déplacée de droite à gauche et de gauche à droite et elle paraissait être contiguë, ou à peu près, à la face profonde de la paroi abdominale. Je vis, à la façon dont mes confrères examinaient après moi cette région, qu'ils faisaient les mêmes constatations.

Le pouls, les battements et les bruits du cœur offraient les modifications que nous avions déjà observées.

La membrane muqueuse buccale présentait une légère amélioration; la sensation d'ardeur était moins vive ; il n'y avait plus de muguet et le malade avalait un peu plus facilement. L'enrouement n'avait pas encore diminué.

Le moral était assez bon ; le prince était moins déprimé ; sa conversation était plus vive, et parfois même elle était enjouée.

Dans la conférence qui suivit cette visite, je pris la parole sur l'invitation de mes confrères et je leur déclarai que l'exis-

---

administration; quadruplez le nombre des élèves en pharmacie, mettez de planton dans chaque salle un externe, un interne, un docteur en médecine, un médecin des hôpitaux, un professeur de Faculté, qui y mangera et y couchera; mais qu'on ne s'en prenne pas aux chefs de service dont les procédés, je le répète, n'ont d'autres effets que de remédier autant que possible aux imperfections inévitables d'un mécanisme aussi compliqué. Et je ne crains pas d'ajouter que la régularité et la ponctualité du service médical des hôpitaux de Paris et des autres grandes villes est une merveille à côté de ce qui se passe ailleurs. Si l'on se rend coupable de graves manquements à Paris en laissant doser certains médicaments par des surveillantes, ce sont des crimes qu'on perpètre en province en les laissant préparer, quelquefois ordonner, par les mêmes employés, sœurs ou laïques, qui, par-dessus le marché, pratiquent des saignées ou autres menues opérations. Le beau thème pour l'éloquence d'un procureur de la République !

— En mettant sous vos yeux deux récents décrets relatifs à l'enseignement de la médecine, je vous annonçais, à la fin de ma dernière lettre, l'intention de vous dire quelques mots de chacun d'eux.

L'un de ces décrets, vous vous le rappelez, concerne les conditions de la scolarité pour les aspirants au grade d'officier de santé. Il vous a été plusieurs fois expliqué, à cette place même, comment le nombre des médecins de seconde classe tendait continûment à diminuer; comment ce mouvement de baisse s'était accéléré depuis que l'élève était tenu, avant de prendre sa première inscription, de produire un certificat d'études de l'enseignement spécial ou un certificat d'examen de grammaire; comment il était possible, par l'élévation graduelle de la scolarité, d'arriver sans secousse, lentement, à l'extinction totale de la classe des officiers de santé, remplaçant ainsi la suppression violente par la retraite volontaire, et la décapitation par la mort naturelle. Il a été ajouté, si je ne me trompe, et j'ajoute en tout cas, pour mon

tence d'un cancer de l'estomac me paraissait extrêmement probable et que, s'il en était ainsi, le tissu néoplasique devait s'être développé sur la membrane muqueuse de la partie antérieure de l'organe, sous forme d'une sorte de plaque, à une certaine distance de l'orifice pylorique. Je me fondais pour incliner à admettre ce diagnostic sur la présence d'une tumeur douloureuse à la région épigastrique; sur l'intolérance de l'estomac, qui se révoltait plusieurs fois par jour contre les substances ingérées et les rejetait; sur les nausées et les vomissements qui avaient lieu à jeun; sur la perte d'appétit et la répugnance spéciale pour les viandes; sur l'amaigrissement qui avait précédé de quelques semaines le début des accidents; sur la teinte un peu cachectique de la face et sur le léger œdème des membres inférieurs.

Je m'appuyais encore sur un fait bien connu de toutes les personnes de l'intimité du prince: son oncle, le duc d'Angoulême, était mort d'un cancer de l'estomac.

Mes confrères, MM. Drasche et Mayr, avaient déjà posé ce diagnostic et, par conséquent, je me trouvais d'accord avec eux. Ils admettaient l'existence d'un cancer; pour eux ce néoplasme avait vraisemblablement l'estomac pour siège; mais, à cause de l'absence de vomissements de matières hématiques, ils croyaient nécessaire de dire que ce cancer siégeait dans *la région de l'estomac*.

Les circonstances du début des accidents, — c'est-à-dire leur soudaineté relative, leur marche rapide, l'acuité des douleurs éprouvées par le malade pendant une dizaine de jours environ, — nous paraissaient exceptionnelles: elles nous avaient même conduits à parler de l'hypothèse d'une gastrite phlegmoneuse, avec épaississement et infiltration peut-être purulente des parois de l'estomac; mais la marche des phénomènes morbides après la première période et leurs caractères actuels nous éloignaient de cette idée et nous ramenaient vers le diagnostic cancer.

Nous avions promis à M. le comte de Blacas de lui faire connaître, sans la moindre atténuation, le résultat de notre consultation: nous arrêtâmes donc les termes dans lesquels nous lui ferions cette communication. Nous avions hésité quand il s'était agi de décider si nous indiquerions le cancer comme vraisemblable ou comme certain. Il nous sembla que les probabilités étaient si grandes, qu'il valait mieux émettre une affirmation catégorique sur ce point.

Je proposai à mes confrères de donner à M. le comte de Chambord une alimentation exclusivement lactée, et de lui faire prendre chaque jour des pilules de bichromate de potasse. Le malade prendrait d'abord trois pilules contenant chacune 0gr,01 de bichromate, chaque jour; puis, au bout de trois jours, la dose serait portée à six pilules par jour, deux par deux, et après trois autres jours, à neuf pilules, trois par trois. Les pilules seraient toujours administrées après l'ingestion d'une tasse de lait. Je pensai qu'on pouvait aussi faire sur la région épigastrique des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium et à l'extrait de belladone (vaseline, 30 grammes; iodure de potassium, 4 grammes, et extrait de belladone, 6 grammes). MM. Drasche et Mayr acceptèrent ces proportions, qui furent immédiatement formulées sous forme de prescription et signées de nos trois noms.

Chargé par mes confrères de faire part à M. de Blacas de notre manière de voir sur la maladie de M. le comte de Chambord, je lui dis que nous éprouvions le chagrin d'être obligés de confirmer le diagnostic déjà indiqué; que le malade était atteint de catarrhe de l'estomac; qu'il y avait incontestablement, en outre, une tumeur dans la cavité abdominale; que cette tumeur était un cancer; que ce cancer siégeait probablement dans l'estomac, mais que cela n'était pas certain; que la maladie était incurable; que, si le cancer siégeait en dehors de l'estomac, la vie pourrait se prolonger encore des semaines, peut-être des mois; qu'une terminaison fatale serait sans doute moins tardive s'il s'agissait véritablement d'un cancer de l'estomac. J'ajoutai, en me conformant à ce qui avait été convenu entre nous, que les reins étaient un peu altérés; qu'il y avait aussi une altération graisseuse du cœur, ainsi que des lésions athéromateuses des artères; que ces conditions morbides rendaient la situation encore plus grave et plus menaçante.

MM. Drasche et Mayr appuyèrent ce que je venais de dire en leur nom et au mien. Nous fîmes connaître aussi à M. de Blacas la prescription qui venait d'être faite.

Je revis le prince dans l'après-midi; il avait beaucoup souffert de la région épigastrique presque aussitôt après l'examen que nous avions pratiqué. La douleur avait duré plus d'une demi-heure. Il paraît que déjà le malade avait éprouvé des accès douloureux du même genre à la suite de palpations un peu prolongées de la tumeur.

Le mercredi 18, je vins prendre congé de M. le comte de Chambord. Je désirais en même temps laisser des instructions écrites pour la réglementation du traitement. J'avais été frappé de ce qui m'avait été dit à plusieurs reprises sur le peu d'intervalle qu'on laissait entre deux ingestions suc-

---

propre compte, que les progrès incessants de l'instruction, qui va s'infiltrant de plus en plus dans les couches moyenne et inférieure de la société, en même temps qu'elles multiplieraient les vocations libérales, attireraient aisément vers le doctorat ceux que les difficultés croissantes de l'officiat auraient indubitablement, dans le système de la suppression brusque, rejeté vers d'autres carrières, et qu'ainsi on tournerait l'objection la plus sérieuse qu'on ait faite contre cette suppression, à savoir le danger d'une insuffisance des secours médicaux. Or admirez la perspicacité de la *Gazette* et la sûreté de ses prévisions. Ce décret du 4 août est une machine disposée pour placer encore plus haut — passez cette image à un Parisien qui voit souvent des mâts de cocagne — pour placer a une plus grande hauteur le prix de l'officiat, et pour le rapprocher tellement de celui du doctorat que l'ambition de se hisser jusqu'au dernier doive vous prendre en montant. Relisez surtout le commencement de l'article 1er, où la durée des études est portée à quatre années au lieu de trois, et le nombre des inscriptions trimestrielles à seize au lieu de douze; puis voyez à l'article 2 la durée des cours à suivre, les examens à subir à la fin des trois premières années, le stage obligatoire dans les hôpitaux à partir de la cinquième inscription, c'est-à-dire pendant trois années, et demandez-vous si ce n'est pas payer bien cher le droit d'exercer dans un seul département, comme un receveur des contributions, et le droit de ne pratiquer que les petites opérations, avec ce cachet légal d'infériorité qui peut bien permettre le succès, mais que ceux qui le portent ne s'en ingénient pas moins à dissimuler.

Quant à l'autre décret, celui qui concerne les deux *Ecoles de plein exercice* (Nantes et Marseille), il a pour but d'abord de régulariser le partage de l'enseignement entre deux ordres de professeurs ou suppléants qu'il a bien fallu admettre dans les Ecoles préparatoires pour en assurer le recrutement: d'une part, les docteurs en médecine; de l'autre, les pharmaciens de première classe et les licenciés ès sciences.

cessives de liquide. Quelquefois il ne s'écoulait pas cinq minutes entre les ingestions. Le malade prenait, par exemple, un peu de crème glacée, puis, après cinq minutes environ, de la limonade; cinq à six minutes plus tard, il avalait du jus de viande; après cinq autres minutes, de la limonade; puis du lait, puis du café, et ainsi de suite : il n'y avait jamais, pour ainsi dire, un moment de repos pour l'estomac. Ce système déplorable tenait évidemment au désir des gardemalades de satisfaire immédiatement à toutes les demandes du prince, qui, tourmenté par la soif, par la sécheresse de sa bouche, voulait boire à chaque instant tel ou tel liquide.

Je prescrivis de ne donner du lait soit pur, soit avec de l'infusion de café, que toutes les trois heures, et de laisser toujours passer deux heures après ces repas de lait avant de donner une boisson; je conseillai de cesser la limonade et de la remplacer par de l'eau pure ou par de l'eau additionnée d'une très faible quantité de sirop de cerises. J'indiquai les moments où les pilules de bichromate de potasse devaient être prises et ceux où l'on devait pratiquer les onctions avec la pommade iodurée et belladonée. J'insistai sur la nécessité de supprimer les eaux de Marienbad et de Carlsbad, et les lavements nutritifs, au moins pendant un certain temps.

M. le comte de Chambord me renouvela les remerciements qu'il m'avait déjà faits la veille, me parla des médecins français en termes chaleureux, comme il parlait de tout ce qui concernait la France, et, avant de me laisser partir, il m'embrassa affectueusement Je me retirai extrêmement ému.

Le lendemain, je me mettais en route pour Paris.

Dès le jour de mon arrivée à Paris, j'apprenais par les télégrammes insérés dans les journaux, que M. le comte de Chambord avait éprouvé de nouveau de vives douleurs, pendant la nuit du 18 au 19 juillet, et que l'on avait été obligé d'aller chercher le docteur Mayr, à Neustadt. Il se rendit aussitôt, pendant cette nuit même, à Frohsdorf, et trouva le prince très souffrant. L'épigastre était le siège de douleurs très aiguës, qu'exaspérait la palpation la plus ménagée; peu après l'explosion de ces douleurs, le malade avait recommencé à vomir à courts intervalles ; il y avait de l'altération des traits.

Ces phénomènes morbides, que M. Mayr attribua à une péritonite locale, durèrent une grande partie de la journée du 19, puis se calmèrent peu à peu, de telle sorte que, le 20 et le 21, le malade se trouvait dans le même état que dans la matinée du 18. On avait suspendu l'emploi des pilules de bichromate de potasse pendant la journée du 19; on en reprit l'usage dès le 20 et on continua, en suivant les indications que j'avais laissées par écrit. Les onctions n'avaient pas été interrompues.

Les jours suivants, la situation du malade s'amenda favorablement. On peut voir, d'après les dépêches reproduites par les journaux, que cette amélioration faisait des progrès quotidiens, lents mais incontestables. La faiblesse semblait diminuer; le moral se raffermissait; les vomissements cessaient tout à fait. Les douleurs abdominales avaient disparu et l'on pouvait presser la région épigastrique, même au niveau de la tumeur, sans déterminer la moindre souffrance. Le prince put être conduit dans le parc du château et même, au commencement du mois d'août, il pouvait se tenir assis, pendant quelques heures, dans un fauteuil, au salon, et là converser avec les personnes admises auprès de lui.

On avait augmenté l'alimentation; des jus, des purées et des poudres de viande furent donnés au malade.

On reprenait courage à Frohsdorf; on croyait à une convalescence prochaine. Lorsqu'on me parlait de cette amélioration à Paris, je disais qu'il ne fallait pas se réjouir encore, que l'on ne saurait à quoi s'en tenir qu'au bout de quatre à cinq semaines, et que, si une rechute se produisait, tout serait remis en question.

M. le docteur Mayr, dans une lettre qu'il m'écrivait dans les premiers jours d'août, ne se laissait aller à aucune illusion : la tumeur ne disparaissait pas ; l'affaiblissement, malgré les apparences, était toujours à peu près aussi prononcé, et même la perte de poids n'avait pas cessé d'augmenter. M. Mayr continuait cependant les essais d'alimentation qu'il avait commencés. Des peptones furent administrées en lavement; on fit prendre du vin pancréatique; toutes les préparations alimentaires dont l'emploi semblait rationnel et exempt de danger avaient été mises en usage.

Des vomissements eurent lieu dans la nuit du 8 au 9 août. Le 9 août, dans la matinée, M. de Blacas, rassuré un peu par l'amélioration des jours précédents, résolut de venir passer quelques jours à Paris, et vint, le matin, prendre congé de M. le comte de Chambord. Il le trouva habillé, assis sur un fauteuil, dans le salon. Le prince tenait à la main un mouchoir avec lequel il essuyait quelques gouttes de sang qui s'écoulaient du nez. Il se sentait un peu plus fatigué que la veille, mais il ne se trouvait pas d'ailleurs plus malade et ne fit aucune objection au départ de M. de Blacas.

C'est de ce jour que date la dernière période de la maladie,

Ensuite il consacre le caractère d'enseignement supérieur, indirectement attaché à des Ecoles où les études ont la même valeur que dans les Facultés, en permettant aux aspirants au grade de docteur d'y passer les deux premiers examens probatoires. Vous aurez remarqué que l'examen doit avoir lieu devant un jury composé de deux professeurs de l'Ecole et d'un agrégé de Faculté. Cet agrégé y est le représentant de l'enseignement supérieur proprement dit. S'il ne doit être que cela, à peu près comme un général représente un empereur auprès d'un souverain étranger, il n'y a rien à dire; mais si l'on entendait que son rôle fût de mieux assurer l'équivalence des examens à côté de l'équivalence des études, on pourrait penser qu'un professeur titulaire ne serait pas, dans la circonstance, un trop grand personnage. Un agrégé de vingt-cinq ans, et qui même, moyennant dispense, peut être plus jeune encore, aura-t-il ou paraîtra-t-il avoir l'autorité nécessaire auprès des barbons d'une Ecole de plein exercice; aura-t-il ou paraîtra-t-il avoir l'expérience nécessaire pour peser d'un poids supérieur dans un examen sur la pathologie interne et la pathologie externe? C'est une question que je tiens, cher confrère, à poser devant vous. Vous la jugerez dans votre sagesse.

— Pour finir, et en deux mots, — car l'espace m'est mesuré aujourd'hui — un cas rare de pathologie ou mieux de physiologie : *Rei non factæ narratio*, comme dit Guy Patin. Vous avez certainement lu *le Cas de M. Guérin*, ce conte amusant d'un monsieur qui croit porter un enfant dans son sein. Le spirituel écrivain savait-il que le cas s'était déjà présenté? Un page du père de M. de Sourdis, archevêque de Bordeaux (1591), « pensait être gros ». Il fut soigné par un médecin du nom de Hautin. J'ai lu cela dans les *Naudæana et Patiniana*, édition de 1703, p. 183; mais le fait est, paraît-il, conté tout au long par Nicolas Rapin. Vous me ferez plaisir d'y aller voir à ma place.

Les vomissements se reproduisirent plusieurs fois, chaque jour et chaque nuit. L'estomac ne tolérait plus ni aliments, ni boissons. Au bout de peu de jours la faiblesse devenait telle, que le malade ne pouvait plus être transporté hors du château ni même dans une autre pièce ; bientôt même il lui devenait impossible de se tourner dans son lit. La perte de poids depuis le retour de Goritz s'élevait à plus de 60 livres.

Quelques jours après la reprise des accidents, on constata de temps à autre un peu de subdelirium, qui tenait évidemment à l'inanitiation. Les dépêches télégraphiques devenaient de plus en plus alarmantes et elles ne tardèrent pas à faire considérer la mort du prince comme absolument prochaine.

Le lundi soir, 20 août, je reçus une dépêche de M. le comte de Blacas, par laquelle j'étais demandé de nouveau à Frohsdorf. Les termes de cette dépêche me faisaient connaître que le malade était dans un état extrêmement grave : il ne parlait déjà presque plus. Je partis de Trouville le lendemain, mardi, pour Paris, et je quittai Paris le mercredi matin, pour me rendre à Vienne. Arrivé le jeudi soir, il me fut impossible, faute de trains de nuit, d'aller immédiatement à Frohsdorf. Je ne pus partir pour Neustadt que le lendemain matin, à sept heures.

A Vienne, on savait que M. le comte de Chambord était dans un état désespéré. A Neustadt, nous ne pûmes (j'étais avec M. le comte d'Andigné) obtenir aucun renseignement nouveau. C'est seulement en nous faisant conduire en voiture de Neustadt à Frohsdorf, qu'à moitié chemin environ nous rencontrâmes une voiture qui menait de Frohsdorf à Neustadt un des fonctionnaires du château, chargé de télégraphier la nouvelle de la mort du comte du Chambord. Après une agonie tranquille, qui avait duré toute la nuit et pendant laquelle le malade paraissait avoir conservé sa connaissance et répondait aux questions par des mouvements de la main, la mort avait eu lieu à sept heures vingt minutes du matin.

Durant la nuit, les extrémités s'étaient peu à peu cyanosées et le bras gauche, surtout au niveau de l'avant-bras et du bras, était devenu le siège d'un œdème assez considérable. Ce bras était demeuré presque immobile, un peu pendant, le malade étant couché sur le côté droit. Les mains avaient été brûlantes pendant une grande partie de cette dernière nuit.

J'arrivai à Frohsdorf, à neuf heures du matin. M. le comte de Blacas et M. le docteur Mayr me firent un récit complet de ce qui s'était passé dans les derniers jours. M. Mayr, qui avait vu M. le comte de Chambord chaque jour au moins une fois et qui l'avait assisté pendant la dernière nuit, ne doutait pas de l'existence d'un cancer. Sur ma demande, il me dit qu'il n'avait cessé de sentir distinctement la tumeur dont j'avais moi-même constaté la présence le 15 et le 17 juillet, et que les vomissements n'avaient pas une seule fois contenu du sang ou des matières noires.

Je vis alors le prince mort. Son visage était très amaigri ; ses cheveux et sa barbe me parurent plus gris que lorsque je l'avais vu au milieu du mois de juillet.

Mme la comtesse de Chambord avait déjà fait connaître sa volonté de s'opposer à l'autopsie du prince. C'était, avait-elle dit, l'intention nettement exprimée à plusieurs reprises par son mari, et elle désirait que cette intention fût absolument respectée.

Il fut donc convenu que l'on ne ferait pas d'autopsie, et que l'on se bornerait à examiner les parties mises à découvert pendant l'opération de l'embaumement.

L'embaumement a eu lieu le dimanche 26, cinquante heures après la mort. Il a été pratiqué par M. Kundrat, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Vienne. M. le professeur Drasche, M. le docteur Theodor Mayr, M. le docteur Stenzel, médecin cantonal, chargé de la vérification des décès, étaient présents ; j'assistai aussi à l'opération ; MM. le comte de Blacas et le baron de Raincourt veillaient à ce que tout fût fait conformément à ce qui avait été décidé.

Avant de procéder à l'embaumement, M. Kundrat palpa la région abdominale et reconnut l'existence d'une partie tuméfiée dans la région épigastrique, du côté droit de la ligne médiane. Je pratiquai aussi la palpation et je sentis dans cette région un empâtement un peu saillant, résistant, et vaguement circonscrit. J'avoue que je m'attendais, après le temps qui s'était écoulé depuis ma première visite, à trouver une tumeur moins délimitée, plus saillante, plus inégale et plus dure. Il n'en est pas moins vrai que l'on ne pouvait pas mettre en doute la présence d'une tumeur un peu aplatie, assez étendue, ayant probablement en superficie au moins une vingtaine de centimètres carrés, et siégeant dans le point même où plus d'un mois auparavant elle s'était trouvée sous ma main.

On constata facilement l'œdème du membre supérieur gauche, observé avant la mort.

M. Kundrat ouvrit délibérément la cavité abdominale par une incision cruciale et il prolongea l'incision longitudinale vers le haut du corps, de façon à pouvoir retirer les viscères thoraciques. Les parois du thorax et celles de l'abdomen contiennent des couches épaisses de tissu adipeux.

Nous examinâmes avec soin la surface des viscères abdominaux mis à nu. On ne voyait aucun indice superficiel de tumeur. Le grand épiploon était normal. La palpation de la région où l'on sentait la tumeur, permettait de la reconnaître sous l'épiploon, sous forme de masse aplatie, à demi molle sans bords nets.

On souleva l'omentum et l'on vit alors que la tumeur était constituée par le mésentère très épaissi, très chargé de graisse dans cette région, sur une étendue grande comme la paume de la main. M. Kundrat pratiqua plusieurs incisions sur cette partie du mésentère ; ces incisions mirent à découvert, en les traversant, un assez grand nombre de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Sur les coupes, ces ganglions, dont certains avaient le volume de noisettes, offraient une épaisse couche corticale blanchâtre et une partie médullaire congestionnée, très rouge.

C'étaient certainement des ganglions ayant subi une augmentation très notable de volume, mais cette modification n'était le résultat d'aucune dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse : elle était indubitablement d'origine purement inflammatoire. Ce sont ces ganglions et le tissu adipeux si abondant dont ils étaient entourés, qui formaient, ainsi que je viens de le dire, la tumeur qu'on sentait au travers de la paroi abdominale avant l'incision de cette paroi, comme on l'avait sentie pendant la vie.

L'estomac, examiné avant d'être incisé, était un peu dilaté ; ses parois étaient souples dans tous leurs points ; le pylore ne présentait aucune induration particulière ; l'orifice pylorique n'était pas rétréci. Il y avait une bride fibreuse assez épaisse unissant au bord inférieur du foie l'angle de jonction de la première avec la seconde portion du duodénum. Je n'ai pas pu voir nettement les rapports de cette bride fibreuse ; elle m'a semblé maintenir aussi en place, jusqu'à un certain point, la partie du mésentère formant

tumeur. Cette bride nous a paru un reliquat d'inflammation locale du péritoine.

Après ces constatations sommaires, M. Kundrat enleva les viscères du thorax et de l'abdomen, d'une seule pièce.

Les *poumons* étaient sains, sauf un peu d'emphysème au niveau des bords antérieurs, surtout dans le poumon gauche, et une congestion œdémateuse assez marquée des parties postérieures : du côté droit il y avait même une congestion vive (hypostatique).

Le volume du *cœur* était un peu supérieur au volume normal. Le tissu adipeux était plus épais et occupait une surface plus étendue que dans les conditions ordinaires : cependant on ne pouvait pas dire qu'il y eût surcharge graisseuse du cœur. On ne trouvait aucune lésion des valvules; mais le myocarde était d'une grande flaccidité et, sur la coupe, il offrait une teinte feuille-morte très accusée.

L'aorte était parsemée à sa surface interne de petites taches graisseuses et de petites plaques athéromateuses.

L'œsophage et l'estomac furent ensuite incisés.

Toute la partie supérieure de l'*œsophage* était entièrement saine ou du moins ne présentait que des altérations de catarrhe : membrane muqueuse un peu grisâtre, mamelonnée, recouverte çà et là de mucus blanchâtre. La région inférieure de l'œsophage offrait au contraire des lésions considérables, qui nous frappèrent tous de surprise. A partir de la réunion des quatre cinquièmes supérieurs avec le cinquième inférieur jusqu'au cardia, on voyait plusieurs ulcérations, dont quelques-unes avaient d'assez grandes dimensions. Ces ulcérations tranchaient par leur couleur gris-noirâtre, sur la teinte gris-blanchâtre des parties saines. Elles avaient généralement une forme arrondie, régulière ou irrégulière. Celle qui était le plus haut située était assez régulièrement elliptique, allongée dans le sens de la direction de l'œsophage, offrant une certaine analogie de forme et d'aspect avec les ulcérations de la fièvre typhoïde, dans la période qui précède le travail de réparation. Cette ulcération avait environ 2 centimètres 1/2 de long sur 1 1/2 de large. Un peu au-dessous de cette ulcération, on en voyait une autre, à peu près semblable comme forme et comme dimensions. Plus bas encore, deux ou trois ulcérations étaient assez régulièrement circulaires et avaient un diamètre de 1 centimètre environ. Puis, près du cardia, on voyait une ulcération plus grande que toutes les autres, à forme de raquette : sa partie arrondie était au voisinage du cardia et sa partie rétrécie se dirigeait de bas en haut. A côté de cette ulcération s'en trouvait une autre irrégulièrement arrondie, contiguë aussi au cardia. Dans ce point, ces deux ulcérations occupaient presque toute la circonférence du conduit œsophagien.

Au niveau de ces ulcérations, il était facile de voir que la membrane muqueuse était entièrement détruite ; elle n'était plus représentée, dans quelques-unes d'entre elles, que par une membrane mince, irrégulière et légèrement plissée à sa surface, un peu transparente, qui laissait entrevoir le fond noir formé par la tunique musculaire probablement chargée de pigment d'origine hématique. Cette tunique ne paraissait pas épaissie dans les points où elle correspondait aux ulcérations.

Les bords des ulcérations n'étaient pas saillants; ils étaient plutôt comme taillés soit à pic, soit en biseau.

L'*estomac*, à sa surface interne, présentait l'aspect bien connu du catarrhe gastrique. Çà et là on voyait, par plaques, de l'injection des petits vaisseaux. Il y avait, au niveau de la petite tubérosité, à quelques centimètres du pylore, de petites ulcérations, dont une seule m'a paru avoir des caractères analogues à ceux des ulcérations que nous avions vues à la partie inférieure de l'œsophage.

L'*intestin*, intestin grêle et gros intestin, a été examiné très rapidement, mais suffisamment pour qu'il me soit permis de penser qu'il n'offrait aucune altération notable.

Le *foie* était à peu près normal, comme dimensions, et, à l'intérieur, nous n'avons rien vu qui mérite d'être signalé. La bile était de couleur ordinaire.

Les *reins* se dépouillaient facilement de leur capsule fibreuse; ils étaient très légèrement granuleux à leur surface, et l'on voyait là quelques petits kystes à contenu d'aspect séreux : cet état des reins nous a paru indiquer un faible degré de néphrite interstitielle.

Après cet examen nécessairement très rapide, M. Kundrat procéda aux opérations proprement dites de l'embaumement. Des injections de solution alcoolique de sublimé (1) furent pratiquées dans les deux artères carotides vers la tête, dans les deux axillaires, dans les deux fémorales (2). Des incisions furent faites dans tous les espaces intercostaux et du liquide fut introduit dans les incisions. Toute la surface interne de la cavité abdominale et celle de la cavité thoracique furent lavées largement avec ce liquide. D'autre part, les viscères furent plongés dans cette même solution, y furent bien lavés et on les replaça ensuite dans les cavités viscérales, avec des plantes aromatiques. Toutes les incisions furent badigeonnées avec cette solution avant d'être recousues. Ces diverses opérations furent faites avec le plus grand soin, et l'on peut assurer que le corps a été mis ainsi à l'abri de la décomposition.

Tels sont les résultats que nous avons pu constater. Non seulement nous ne sommes pas certains d'avoir trouvé toutes les lésions qui pouvaient exister; mais encore, pour celles que nous avons vues, nous n'avons pas pu les examiner avec l'attention nécessaire. Que l'on se représente les conditions dans lesquelles nous faisions cet examen nécroscopique si incomplet, en présence de serviteurs du château, sous les yeux des représentants de M[me] la comtesse de Chambord, pressés d'ailleurs par la nécessité de terminer promptement l'embaumement, afin que l'exposition du corps pût être faite le plus tôt possible, et l'on comprendra pourquoi notre examen a été forcément incomplet.

C'est à la suite des observations que nous venions de faire que nous avons rédigé la note qui a été livrée à la publicité. Il y était dit que l'on avait constaté, pendant l'opération de l'embaumement du corps de M. le comte de Chambord : « des ulcérations de la partie inférieure de l'œsophage et de l'estomac, une légère atrophie des reins, des lésions athéromateuses de l'aorte et une dégénération graisseuse du myocarde. »

Cette note avait été signée de tous les médecins présents : MM. Vulpian, Kundrat, Drasche, Mayr et Stenzel, et avait été contre-signée par M. le comte de Blacas et M. le baron de Raincourt.

Il est incontestable qu'une erreur de diagnostic avait été commise pendant la vie du malade, puisque nous n'avons pas trouvé le cancer que nous nous attendions à rencontrer dans la région épigastrique; mais je dois rappeler que, tout en déclarant, le 17 juillet, à M. de Blacas qu'il y avait un cancer dans cette région, nous conservions encore un cer-

(1) Je n'ai pas su exactement la composition du liquide employé.

(2) Ces artères n'ont pas paru très athéromateuses.

tain doute sur son siège précis; nous disions qu'il était impossible, pour le moment, de décider si la tumeur s'était développée dans les parois de l'estomac, ou en dehors de cet organe.

Avant les consultations que nous avions eues ensemble, M. Drasche, M. Mayr et moi, au milieu du mois de juillet, mes confrères avaient déjà formulé, au commencement de ce même mois, un diagnostic qu'ils avaient écrit, signé et remis à M. de Blacas. Ce diagnostic établissait que la maladie siégeait dans l'estomac et qu'elle consistait en un processus d'ulcération ou de dégénération (1), sans indication plus précise; il faisait mention également de l'atrophie des reins et de l'athérome de l'aorte.

Toujours est-il que, vers la fin de la vie, l'idée de cancer de l'estomac était devenue assez prédominante pour que les personnes qui avaient assisté aux derniers moments du prince aient pensé qu'il était mort de cette maladie.

— J'ai déjà dit comment j'avais été conduit à admettre, comme très probable, l'existence d'un cancer de l'estomac, après avoir fait deux fois un examen attentif du malade. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler les raisons qui me faisaient incliner vers ce diagnostic. Le prince était âgé de soixante-trois ans; son oncle était mort de cancer de l'estomac. Depuis deux ans au moins il avait éprouvé des troubles de l'estomac, qui s'étaient produits à plusieurs reprises pendant des semaines entières et qui, pendant un séjour à Marienbad, avaient été assez accusés pour préoccuper fortement le docteur Ott, chargé de diriger le traitement du prince. Le prince m'avait dit que son appétit avait réellement diminué depuis assez longtemps, et surtout depuis son départ de Goritz (20 mai). Lorsque je le vis, les accidents de la première période de la maladie étaient bien calmés; mais il y avait encore absence presque totale d'appétit, avec aversion prononcée pour la viande; on constatait une intolérance persistante de l'estomac, qui rejetait plusieurs fois son contenu dans les vingt-quatre heures. Le malade était très amaigri; son poids et ses forces diminuaient progressivement et assez vite. Son facies était un peu cachectique et l'on constatait un léger degré d'œdème des membres inférieurs. A la région épigastrique, je trouvais une tumeur résistante sous les doigts, douloureuse chaque fois qu'on la pressait un peu. Le malade avalait facilement, me disait-on; les vomissements n'avaient lieu qu'un certain temps — assez variable — après l'ingestion des aliments ou des boissons. Je trouvais la membrane muqueuse de la langue rouge et recouverte de très petits grains de muguet.

La présence de cet ensemble de symptômes, le diagnostic *cancer de l'estomac* s'imposait, pour ainsi dire; et, si je n'avais pas été absolument affirmatif à cet égard, c'est que, comme mes confrères d'Autriche, j'étais étonné de la physionomie des accidents de la première période de la maladie, et que, d'autre part, les vomissements n'avaient jusque-là contenu aucune matière hématique.

Dans la conversation que j'ai eue, après l'embaumement, avec MM. Drasche, Kundrat et Mayr, nous nous sommes trouvés d'accord pour dire que, même avec la connaissance des résultats fournis par l'examen du canal digestif, il nous était impossible de retrouver dans l'histoire clinique de la maladie des données qui auraient pu nous détourner du diagnostic cancer de l'estomac, et nous faire penser à des lésions de l'œsophage. Nous ajoutions que si pareil cas se présentait de nouveau, avec les mêmes caractères, il est à croire que l'on commettrait la même erreur.

Comment, en effet, aurait-on pu soupçonner les graves altérations dont l'œsophage était atteint chez M. le comte de Chambord? Il n'y avait aucun des signes par lesquels se traduisent en général les lésions de cet organe. On n'a constaté, à aucun moment, de la dysphagie véritable. Jamais les douleurs ne se sont fait sentir le long de l'œsophage. Elles ont toujours eu la région épigastrique pour siège; elles étaient là cantonnées dans une partie de cette région, toujours la même, et je parle non seulement des douleurs spontanées, mais encore des douleurs provoquées, soit par l'ingestion des liquides et des aliments, soit par la palpation. Ces douleurs ne se propageaient pas habituellement de bas en haut dans la région dorsale : enfin, lorsqu'elles étaient excitées par l'ingestion des aliments, elles n'avaient pas lieu presque aussitôt après la déglutition pharyngienne, mais, disaient le prince et les assistants, au bout d'une dizaine de minutes. Il était donc impossible de penser à des lésions de l'œsophage.

On serait sans doute arrivé à des présomptions si l'on avait pratiqué le cathétérisme de l'œsophage; mais, bien qu'on ait pensé à faire usage de la sonde œsophagienne pour introduire des aliments dans l'estomac, on a été détourné de l'emploi de ce moyen par la crainte d'augmenter encore l'intolérance de l'estomac et justement aussi par l'absence de toute difficulté de la déglutition. Il est d'ailleurs vraisemblable que, si l'on avait été conduit à supposer la présence de lésions de l'œsophage, on aurait pensé, à cause de la tumeur de la région épigastrique et à cause de l'état général, qu'elles devaient être de nature carcinomateuse.

En réalité, les lésions de l'œsophage n'ont pas été soupçonnées pendant la vie, et elles n'étaient dues à aucun développement néoplasique. Les ulcérations de la membrane muqueuse de ce conduit consistaient en de simples pertes de substance, et plusieurs d'elles présentaient les résultats d'un commencement de travail de cicatrisation.

Il est bien difficile de dire quelque chose de précis sur le mécanisme de la production de ces ulcérations dans les conditions où je puis en parler, c'est-à-dire sans avoir pu regarder ces lésions avec une attention minutieuse à l'œil nu, et sans avoir pu étudier les bords des pertes de substance et leur fond à l'aide du microscope. L'examen que nous en avons fait à l'œil nu et auquel il a fallu nous borner, n'a pas duré plus de trois à quatre minutes au total pour nous tous.

Peut-on attribuer à une violente phlegmasie catarrhale la production de ces ulcérations? Il me semble que ces pertes de substance étaient bien plus étendues en surface que celles qui sont observées dans certains cas de catarrhe. Je ne parle pas de leur profondeur, bien que l'on trouve là matière à objections : une inflammation catarrhale très aiguë, se compliquant, à un certain moment, de phlegmasie parenchymateuse, pourrait, à la rigueur, déterminer une nécrose ulcérative du tissu de la membrane muqueuse atteinte dans toute son épaisseur. Toutefois, si la théorie ne repousse pas absolument cette hypothèse, il faut avouer que, dans l'espèce, il est difficile de se résoudre à admettre que ces grandes et profondes ulcérations, siégeant d'une façon exclusive dans la portion inférieure de l'œsophage, peuvent avoir eu pour cause une inflammation catarrhale.

Est-on plus en droit d'admettre que ces ulcérations ont eu pour point de départ une inflammation sous-muqueuse,

1. In dieser (Diagnose) wurde das Leiden als vom Magen ausgehend, als *Geschwürs* oder *Entartungsprocess* desselben..

phlegmoneuse, de l'œsophage, associée ou non à une phlegmasie catarrhale de ce conduit? Les mêmes difficultés se présentent ici, augmentées de celle que soulève l'hypothèse d'une inflammation sous-muqueuse, spontanée, de l'œsophage.

Il est vrai que l'on pourrait supposer que cette inflammation sous-muqueuse, hypothétique, a eu pour causes des violences mécaniques exercées sur la partie inférieure de l'œsophage par des corps étrangers, tels que des fragments d'os, par exemple. Cette interprétation est-elle satisfaisante? Je ne connais aucun fait qui autorise à la tenir pour valable. Sans la repousser cependant d'une façon absolue, on peut faire remarquer qu'il est aussi assez difficile — mais non impossible — de s'expliquer de la sorte comment les ulcérations ne se trouvaient que dans le cinquième inférieur du conduit œsophagien et, d'autre part, qu'on n'arrive pas aisément non plus à se rendre compte ainsi de l'étendue considérable des ulcérations. Il faut dire encore que, sauf l'acuité des accidents des premiers temps de la maladie, l'ensemble symptomatique de la période initiale n'a pas présenté des caractères nettement en rapport avec l'hypothèse dont il s'agit. Il n'est venu à la pensée d'aucun des médecins qui soignaient le prince avec tant de sollicitude que les douleurs, les vomissements, etc., qu'ils observaient pouvaient être dus à des blessures de l'œsophage. Enfin, si l'on considérait cette hypothèse comme admissible, à la rigueur, on éprouverait quelque embarras à trouver la raison de la rechute qui a commencé dans la nuit du 8 au 9 août.

Il est encore au moins une explication que l'on pourrait proposer. Il est certain que l'aorte était athéromateuse. Bien que les grosses artères (carotides, axillaires, crurales), examinées par leur surface externe, nous aient paru peu altérées, il est probable, vu l'âge du prince, que tout le système artériel était atteint d'un certain degré d'athéromasie. Dans de telles conditions, il n'est pas rare, on le sait, de trouver des parties de ce système plus altérées que d'autres, et la distribution des lésions athéromateuses n'a pas lieu d'une façon réglée. Tantôt les artères de la cavité abdominale, tantôt celles des membres, tantôt celles de l'encéphale, offrent le plus haut degré d'altération; telles ou telles artères et leurs branches, ou certaines de leurs branches seulement, peuvent même être atteintes d'une façon tout à fait prédominante. Les caractères offerts par les ulcérations de l'œsophage, leur profondeur, leurs bords généralement taillés à pic, leur forme arrondie, me semblent des traits qui rapprochent ces pertes de substance des ulcères ronds de l'estomac. Ne pourrait-on pas les considérer, ainsi qu'on le fait pour ceux-ci, dans certains cas, comme ayant été produites par des obstructions artérielles? Il suffirait de supposer que les artères œsophagiennes, celles du moins qui fournissaient le sang oxygéné à la partie inférieure de l'œsophage, étaient fortement athéromateuses et que leur calibre, déjà rétréci par l'endartérite, s'est trouvé, à un certain moment, oblitéré par des coagulations sanguines.

Cette supposition est, comme les autres, passible d'objections, et, en tout cas, elle ne s'appuie sur aucune constatation directe.

Je n'insiste pas sur les lésions de l'estomac : elles doivent avoir été produites par le même mécanisme, quel qu'il soit, que celles de l'œsophage ; car elles avaient à peu près les mêmes caractères, sauf qu'elles étaient moins nombreuses, moins étendues et moins profondes.

On concevra sans peine, je le répète, que nous ne puissions pas donner une interprétation rigoureuse des lésions que nous avons observées dans l'œsophage, l'examen que nous en avons fait ayant été, je le répète, forcément très rapide, très superficiel et très incomplet. En outre, il s'agit là de lésions extrêmement rares, pour l'explication desquelles nous n'avons pas la ressource de recourir à des faits analogues, antérieurement recueillis. Pour moi, qui ai fait un bien grand nombre d'autopsies et eu sous les yeux des pièces anatomiques de toutes sortes, je n'ai jamais vu de lésions de ce genre dans la partie inférieure de l'œsophage. S'il y a des faits analogues dans la science, je doute qu'ils ressemblent beaucoup à celui dont il est ici question.

Peu de temps après mon retour de mon premier voyage de Frohsdorf, on lisait dans plusieurs journaux que la maladie du comte de Chambord pouvait être attribuée à un empoisonnement. Je crus devoir démentir ce bruit auquel mon nom se trouvait mêlé. L'histoire de cette maladie, telle que je la connaissais, ne me laissait aucun doute sur l'inexactitude de cette supposition.

Les lésions constatées lors de l'examen des viscères, pendant l'opération de l'embaumement, étaient de telle sorte, que j'y trouve la confirmation la plus nette de ma dénégation. Les substances toxiques, à un certain point de vue, sont de deux sortes : celles qui donnent lieu à des lésions et celles qui n'en produisent point. Il est clair que les substances toxiques de la seconde catégorie, telles que la digitaline, la vératrine, l'aconitine, la nicotine, la morphine, etc., sont hors de cause, puisqu'il s'agit d'un cas dans lequel on a trouvé des lésions considérables. Quant à ce qui concerne les agents toxiques qui peuvent déterminer des altérations, comme l'arsenic, le phosphore, les sels solubles de mercure, d'antimoine, d'argent, etc., les acides caustiques, l'ammoniaque, etc., on sait que les lésions qu'ils provoquent sont réparties, lorsque la mort est rapide, non seulement dans toute l'étendue des voies digestives supérieures, c'est-à-dire depuis la bouche et l'arrière-bouche jusqu'à l'estomac, mais encore dans le reste du canal digestif: l'estomac, l'intestin grêle et même le gros intestin. Pour certains de ces poisons, c'est même dans les intestins que les altérations sont le plus marquées. Jamais, que la mort soit rapide ou tardive, on n'observe d'ulcérations ayant les caractères que présentaient celles que nous avons rencontrées dans l'œsophage du comte de Chambord, et jamais elles ne sont cantonnées exclusivement dans la partie inférieure de ce conduit, comme dans ce cas. En outre, si la mort n'a lieu qu'un certain nombre de jours ou de semaines après l'ingestion du poison, on trouve des altérations des viscères, en particulier du foie et des reins, et parfois des modifications des muscles ; ces altérations faisaient ici entièrement défaut.

On peut dire de plus que les symptômes déterminés par cette sorte de substances toxiques sont bien différents de ceux qui ont été observés chez le comte de Chambord. Pour les substances qui agissent principalement sur les voies digestives, elles donnent lieu non seulement à des vomissements, mais aussi à des coliques plus ou moins violentes, persistantes, accompagnées de diarrhée parfois sanguinolente. Les médecins qui ont assisté aux premières manifestations de la maladie du prince, n'ont jamais pensé un moment à une intoxication; et, quand ils ont lu dans les journaux ce qui avait été dit à cet égard, ils ont, sans la moindre hésitation, écarté cette idée.

Il est donc incontestable que la maladie de M. le comte de Chambord n'a pas eu pour point de départ l'ingestion d'un

poison. Jamais il ne mangeait seul et ses commensaux habituels ont fait usage des mêmes mets que lui. Aucun d'eux n'a été souffrant, soit avant, soit après le début de la maladie.

Le prince attribuait une certaine importance à ce fait que sa maladie avait commencé le lendemain du jour où il avait mangé, — ainsi que ses invités, — des fraises un peu avariées. Peut-on admettre que ces fraises, à cause d'une idiosyncrasie spéciale, ont déterminé chez lui une vive irritation des membranes muqueuses, surtout dans la partie inférieure de l'œsophage et dans l'estomac; irritation de nature semblable à celle de ces poussées éruptives que provoque parfois sur la peau l'ingestion de ces fruits? Et l'irritation une fois produite a-t-elle pu atteindre, dans un des points intéressés, dans la partie inférieure de l'œsophage et dans l'estomac, un degré d'intensité tel, que des ulcérations aient pu en être la conséquence?

En tout cas, il y a eu, à un certain moment, chez M. le comte de Chambord, une apparition presque soudaine des troubles les plus graves des voies digestives. Il est patent aussi que, pendant trois ou quatre semaines avant le début de ces troubles, il y avait déjà un commencement de diminution d'appétit, d'affaiblissement et de perte de poids.

Les premiers accidents, malgré leur acuité, n'ont pas déterminé une fièvre bien marquée. Il y a eu cependant des phénomènes phlegmasiques; soit primitivement, s'il s'agit d'une inflammation dès le début; soit secondairement, s'il y a eu formation d'escharres par obstruction artérielle et élimination ultérieure.

Ces phénomènes phlegmasiques locaux ont provoqué assez rapidement une irritation inflammatoire des ganglions mésentériques; et il y a eu même, peut-être presque en même temps, un peu d'irritation péritonéale. C'est alors que se manifestèrent les souffrances si vives qu'éprouvait le malade dans la région épigastrique, souffrances qui s'exaspéraient à un degré extrême, un certain temps après chaque déglutition de liquides ou d'aliments. C'est dans cette même période que la moindre pression exercée sur la partie droite de cette région, et même des onctions faites avec une grande douceur, occasionnaient une angoisse insupportable.

Il est probable que, pendant quelques jours, les ganglions mésentériques ont été beaucoup plus tuméfiés que lorsque nous les avons vus après la mort. C'est peut-être à leur gonflement seul qu'était due la saillie que l'on a observée au côté droit de la région épigastrique et qui a disparu après quatre ou cinq jours. Il se peut d'ailleurs que cette saillie ait été due surtout à de la pneumatose de l'estomac et d'une partie de l'intestin.

L'état aigu qui a caractérisé la première période de la maladie s'est un peu amendé, dix à douze jours après le début des fortes souffrances; mais la région épigastrique est restée douloureuse; la tumeur n'a pas disparu et l'intolérance pour les aliments et les boissons a persisté, bien qu'un peu moins complète. L'amaigrissement et la faiblesse augmentaient progressivement. Il n'y avait pour ainsi dire pas de sommeil.

C'est dans cet état que j'ai vu M. le comte de Chambord les 15, 16, 17 et 18 juillet. Je ne crois pas me tromper en pensant que le traitement prescrit à ce moment a produit de bons effets. La réglementation des repas et des boissons, l'usage exclusif du lait comme aliment ont eu pour résultat de permettre aux parties malades de se reposer un peu et ont calmé la sensibilité maladive de l'estomac. Les onctions avec la pommade iodurée et belladonée n'ont pas été inutiles, et enfin le bichromate de potasse, dont j'ai constaté l'heureuse influence dans certaines maladies de l'estomac, me paraît avoir contribué à l'amélioration observée dans les dix derniers jours du mois de juillet et les premiers jours du mois d'août.

Cette amélioration a été incontestable; les bulletins publiés par les journaux en font foi, et les lettres que j'ai reçues de Frohsdorf sont très explicites dans ce sens. Les vomissements étaient devenus de plus en plus rares; le sommeil avait reparu; le malade dormait quatre, cinq et même jusqu'à six heures dans une nuit; la tumeur était devenue presque indolente; les forces revenaient un peu, très lentement. L'appétit toutefois demeurait nul ou à peu près.

Comment une rechute s'est-elle produite dans la nuit du 8 au 9 et les jours suivants? Je n'en étais guère étonné, parce que je considérais comme vraisemblable l'existence d'un cancer. Mais sachant maintenant qu'il n'y avait pas de cancer ni dans l'estomac ni dans les parties voisines, je ne trouve plus que la rechute soit aussi facilement explicable. Peut-être faut-il en accuser une trop grande hâte dans l'augmentation de la quantité des aliments? En tout cas, on n'a pas, comme je l'aurais désiré, continué pendant assez longtemps le régime lacté exclusif ou presque exclusif. Que ce soit là, ou non, la cause de la rechute, une exacerbation nouvelle du catarrhe gastrique s'est manifestée; les souffrances de la région épigastrique ont reparu, moins vives cependant que la première fois; la tumeur était de nouveau un peu douloureuse; mais, chose plus grave, l'intolérance de l'estomac s'est manifestée derechef, aussi prononcée qu'au début de la maladie, et tout essai d'alimentation est devenu impossible. A l'examen de l'estomac nous n'avons trouvé, qui pût être mis au compte de cette reprise aiguë de catarrhe, que des exulcérations au niveau de la petite courbure de l'estomac, au voisinage d'une ulcération un peu plus profonde et manifestement plus ancienne.

L'organisme si affaibli du malade ne pouvait résister longtemps à cette interruption complète de toute alimentation. La mort avait lieu quinze ou seize jours après les premiers symptômes de la rechute.

Si la rechute n'avait pas eu lieu le 9 août, la guérison était-elle possible? C'est là une question à laquelle on ne saurait répondre nettement, dans l'ignorance où nous sommes des causes des lésions ulcéreuses de l'œsophage et de l'estomac. Il convient d'abord de rappeler que ces lésions étaient peut-être dues à un processus morbide à marche progressive (altérations artérielles), et que, s'il en était ainsi, la rechute devait avoir fatalement lieu à un moment ou à un autre. S'il ne s'agissait que d'atteinte de catarrhe aigu de l'œsophage et de l'estomac, une guérison relative pouvait avoir lieu; mais, dans les conditions où se trouvaient désormais ces parties des voies digestives et dans l'état que présentaient les artères, le cœur et les reins, il ne pouvait y avoir qu'une survie courte et misérable. Les fonctions digestives se seraient opérées d'une façon pénible et probablement incomplète; les forces ne se seraient relevées que bien difficilement et bien lentement, et, même alors qu'il n'y aurait pas eu de rechute, la vie n'aurait pas pu durer longtemps, menacée qu'elle aurait été sans cesse par les accidents que peuvent déterminer l'athéromasie artérielle ou la dégénérescence graisseuse du cœur.

En résumé, la maladie de M. le comte de Chambord a été caractérisée : au point de vue anatomique, par des ulcéra-

tions de la membrane muqueuse de l'estomac et surtout de la membrane muqueuse de l'œsophage; au point de vue clinique, par un ensemble de symptômes qui devait inévitablement faire admettre, tout au moins comme très vraisemblable, l'existence d'un cancer de l'estomac.

Il s'agit donc là, en définitive, d'un fait extrêmement rare, et, si je ne me trompe, très intéressant. C'est pour cela que j'ai cru pouvoir en publier la relation.

Contributions pharmaceutiques.

OXYDE ET SOUS-NITRATE DE BISMUTH

Quand la commission du Codex en fut à l'article Sous-nitrate de bismuth, une discussion s'éleva sur la quantité d'acide azotique que ce sel devait contenir. Conserverait-on l'ancien procédé, qui donne un produit contenant environ 7 pour 100 d'acide et qui, jusqu'à présent, a parfaitement suffi à la thérapeutique ; ou s'arrêterait-on au nouveau procédé qui donne un sous-nitrate à 15 pour 100 d'acide?

Une partie de la Commission était d'avis que cet acide avait bien son importance, et qu'au moment de la formation du sulfure de bismuth par les gaz de la digestion, l'acide azotique mis en liberté agissait sur la muqueuse intestinale à la manière de la limonade nitrique, et devenait ainsi un facteur dont il ne fallait pas se priver.

L'autre partie ne voyait dans le sous-nitrate de bismuth qu'un absorbant susceptible d'être facilement remplacé par l'oxyde de bismuth.

L'expérience seule pouvait décider laquelle de ces deux opinions devait prévaloir.

MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul furent chargés par la section de thérapeutique d'élucider cette question.

Deux mois après, ces expérimentateurs répondirent que leurs observations les avaient conduits à regarder l'oxyde et le sous-nitrate de bismuth comme deux produits doués de propriétés analogues. Il leur avait été impossible de distinguer entre eux la moindre différence d'action.

Ainsi, le plus ou moins d'acide combiné dans le sous-nitrate de bismuth n'avait donc aucun effet appréciable sur les intestins.

Devant ce résultat, la Commission ne vit pas la nécessité de réclamer l'usage d'un sous-nitrate de bismuth à 15 pour 100 d'acide et transporta dans le nouveau Codex le procédé publié dans l'ancien.

Cette importante décision sera bien accueillie des pharmaciens et des fabricants, qui n'auront plus à s'occuper que de la pureté du bismuth métallique. M. Jaillet vient de publier dans le *Bulletin de thérapeutique* un travail sur le *salicylate de bismuth*. Il démontre l'existence de deux salicylates de bismuth analogues aux deux nitrates : l'un acide et l'autre basique.

Ainsi que le sous-nitrate, le sous-salicylate sera le seul employé en médecine. Quand, dans l'intestin, il se transformera en sulfure noir de bismuth, il donnera naissance à de l'acide salicylique, dont l'action antiseptique aura son utilité.

Avec cette heureuse composition, nous ne serions pas surpris de voir le sous-salicylate de bismuth jouir d'une certaine vogue.

Outre les propriétés connues des sels de bismuth, je les soupçonne d'en posséder une autre qui mériterait bien d'être mise en lumière avec preuves à l'appui. C'est une action sur la sécrétion biliaire. J'ai vu des hommes et des animaux dont les déjections étaient devenues absolument blanches sous l'influence prolongée des sels de bismuth, et malgré la longueur et la difficulté de ce genre d'expériences, j'espère revenir un jour sur ce sujet.

Pierre Vigier.

CORRESPONDANCE

Blessures par crochets à ouvrage ou autres instruments piquants.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Paris, le 11 septembre 1883.

A l'occasion de la communication de M. P. Vigier, permettez-moi de rappeler, pour l'extraction des corps étrangers piquants, introduits dans nos tissus, soit sous la peau, soit dans le canal de l'urèthre, un procédé bien simple que j'ai toujours employé avec succès. Ce procédé, publié il y a déjà longtemps dans plusieurs journaux, notamment dans la *Gazette médicale* (1841, p. 283), consiste tout simplement à faire saillir les corps étrangers (aiguilles, épingles ou crochets) à travers les tissus, en les poussant de dedans en dehors, pour le canal de l'urèthre, ou à travers la peau; à briser le crochet ou l'hameçon une fois qu'il a traversé, et à le retirer par la voie où il est entré. De cette façon toutes les parties sont ménagées; on évite toutes les manœuvres douloureuses et souvent inutiles qu'on fait ordinairement; on évite la déchirure des tissus. Il suffit d'une pince quelconque pour briser l'extrémité du crochet, ou d'une tenaille pour le couper lorsqu'il est sorti à travers la peau, du côté opposé à son entrée. Cette manœuvre est facile, surtout pour le crochet à ouvrage, qui se termine par une pointe aiguë. On peut faire saillir cette pointe sous la peau, soit en lui imprimant un mouvement de bascule et le poussant au dehors, soit en le faisant sortir dans le point le plus rapproché de son entrée.

Ce procédé est si simple, que le premier venu peut le mettre en usage.

Votre bien dévoué,

Dr Boinel.

La place nous fait défaut aujourd'hui pour commencer le compte rendu du Congrès international des médecins de colonisation, qui vient d'avoir lieu à Amsterdam. Ce sera pour le numéro prochain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Note sur la frigidité antiseptique des plaies, par M. *Gosselin*. — Dans le travail qu'il a communiqué à l'Académie le 27 août, l'auteur a fait connaître un mode d'action particulier des substances employées dans les pansements antiseptiques, savoir l'arrêt de la circulation dans un certain nombre de capillaires; il en a conclu que ces substances, en même temps qu'elles s'opposaient à la putréfaction du sang, modifiaient, par la coagulation des matières albumineuses à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur des capillaires, l'état anatomique des solutions de continuité.

Il étudie aujourd'hui, quant à la marche des plaies, les conséquences physiologiques de ces modifications. Il constate

la grande lenteur de réparation donnée par les antiseptiques aux plaies ouvertes; pour exprimer ce fait, il propose le mot *frigidité*, et dit que ces médicaments produisent à froid les phénomènes de la cicatrisation, tandis qu'avant leur emploi tout se faisait à chaud.

Comment expliquer cette frigidité si remarquable? Pour ceux qui, avec Lister et ses partisans, n'ont vu dans les antiseptiques qu'un moyen de supprimer la putréfaction, la réponse, sans être très péremptoire, a été à peu près celle-ci : la putréfaction et l'irritation amenées par le contact de ses produits sur la plaie sont les causes de l'inflammation vive. En supprimant la première, on atténue la seconde.

Cette théorie ne suffit pas à M. Gosselin. « Lorsque, dit-il, je vois l'aptitude à la suppuration modifiée, ralentie surtout après le contact de certains médicaments, je ne puis me défendre de croire, surtout quand je vois, au préalable, des modifications anatomiques intervenir, que ce contact a amené dans la vitalité des tissus certains changements qui expliquent par eux-mêmes les phénomènes produits. Quoique je ne puisse dire rigoureusement par quel mécanisme la coagulation des matières albumineuses et l'oblitération immédiate de quelques capillaires diminuent l'intensité du processus inflammatoire, je ne puis m'empêcher cependant de voir une relation entre ces deux choses, et d'expliquer la frigidité par les changements moléculaires et physiologiques dus à l'antiseptique. » Et l'auteur ajoute un peu plus loin :

Depuis 1789, ayant acquis la notion que les antiseptiques agissaient autrement que par leur puissance germicide, et qu'ils modifiaient avantageusement le sang: ayant remarqué ensuite les bons effets de l'acide phénique et de l'alcool injectés dans les cavités naturelles et accidentelles où leur utilité ne pouvait pas s'expliquer par l'action germicide; soupçonnant enfin, sans en avoir encore eu la démonstration par les expériences sur les animaux, que ces agents pouvaient modifier le sang dans les vaisseaux eux-mêmes aussi bien qu'à l'extérieur, je pris l'habitude de faire, soit avec une éponge, soit avec une seringue, un large arrosement de la plaie, jusqu'à la production de la couleur si bien indiquée par M. Lucas-Championnière, couleur que j'attribue à la coagulation des matières albumineuses à la surface de la plaie.

Mes résultats ont été dès lors beaucoup meilleurs. J'ai eu de temps en temps des réunions immédiates complètes en huit ou dix jours, d'autres fois des cicatrisations du genre de celles que j'ai appelées intermédiaires, en quinze à vingt jours, après écoulement de sérosité sanguinolente sans pus, d'autres fois des cicatrisations mixtes, après des alternatives d'écoulement séro-sanguin et de suppuration très limitée et de courte durée.

Je suis donc arrivé peu à peu à cette conviction que ce qui est essentiel et n'a pas été bien compris par tout le monde, dans le pansement des grandes plaies d'amputation ou d'ablation de tumeur, ce qui est essentiel, dis-je, c'est de laver abondamment la plaie avec l'acide phénique au vingtième ou l'alcool à 86 degrés, avant de la fermer, et je suis en mesure de dire aujourd'hui que ce lavage est utile, parce qu'il oblitère instantanément un certain nombre de capillaires, et qu'il donne cette frigidité qui, tout en lui laissant l'aptitude à l'exsudation des matériaux nécessaires pour l'agglutination prompte, sinon immédiate, des surfaces opposées de la plaie, supprime ou tout au moins retarde et diminue l'aptitude à l'inflammation suppurative.

CHOLÉRA. — M. *A. Serày* adresse un mémoire portant pour titre : *Physiologie pathologique et traitement du choléra.* (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

JAMBE DE BOIS DANS L'ANTIQUITÉ. — M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un mémoire de M. *Emile Rivière*, intitulé : *Prothèse chirurgicale chez les anciens; une jambe de bois à l'époque gallo-romaine.* (Extrait des travaux présentés au Congrès tenu à la Rochelle, en 1882, par l'Association française pour l'avancement des sciences.)

ASSAINISSEMENT DE PARIS. — M. *C. Royer* adresse une Note relative à l'utilité que présenterait, pour l'assainissement de la ville de Paris, l'établissement de cheminées d'appel pour les émanations des égouts, des fosses d'aisance et des ventilateurs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

PARASITISME DE LA TUBERCULOSE. — M. le docteur *A. Béchamp* (de Lille), correspondant national, déclare, à propos de la communication faite par M. Bouchardat dans la dernière séance sur la genèse du parasite de la tuberculose, « qu'il n'y a pas de parasite qui se produise dans les organes ou qui y pénètre du dehors pour engendrer la phthisie, la fièvre typhoïde ou le choléra; il y a divers ordres de microzymas, dans les divers centres d'organisation, qui, par évolution morbide, produisent telle ou telle maladie; mais avant l'évolution comme après, la théorie et la raison s'opposent à ce qu'on les nomme des parasites ». M. Béchamp rappelle à ce propos ses recherches depuis 1868 sur les microzymas du tubercule pulmonaire.

INTOXICATION PAR LES VAPEURS DE CHARBON. — Il est certains accidents observés dans les cas d'asphyxie par les vapeurs de charbon qui ne rentrent pas dans le cadre symptomatique habituel. De ce nombre sont les observations rapportées par M. le docteur *Leudet* (de Rouen), associé national. La communication de M. Leudet devant être prochainement publiée dans la *Gazette*, nous nous bornerons à rappeler qu'il s'agit d'actes inconscients accomplis par des personnes placées sous l'influence de cette asphyxie, ainsi que d'accidents nerveux d'ordre périphérique dus aux phénomènes anoxyémiques qu'elle produit.

NÉPHRECTOMIE. — M. le docteur *Ollier* (de Lyon), associé national, reproduit la communication qu'il a faite récemment au Congrès de Rouen sur la néphrectomie (voy. le *Compte rendu* de ce Congrès). — Des courtes observations échangées à la suite entre MM. *Larrey*, *Blot* et *Ollier*, il résulte que la néphrectomie est une opération qu'il faut ne faire qu'en dernier ressort, et seulement lorsqu'on s'est assuré de l'état parfaitement sain du rein, sur lequel le bistouri ne doit pas être porté.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL CHEZ LES PRIMIPARES, par le docteur DIÉTERLEN, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1882. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Par *accouchement naturel*, l'auteur entend un accouchement chez une femme saine, bien constituée, portant un fœtus vivant, en bonne présentation du sommet. C'est donc au cas, sinon le plus fréquent, puisqu'il faut en outre la condition de primiparité, tout au moins le plus normal, que s'attachent la description et l'étude entreprises par M. Diéterlen. Dans un premier chapitre, il traite de l'anatomie des organes sexuels chez la primipare au moment de la parturition, et des modifications subies par l'utérus, ses annexes, les parties génitales externes et aussi les articulations du bassin elles-mêmes. Passant ensuite aux phénomènes de l'accouchement, il distingue trois périodes : la période prodromique, pendant laquelle les organes subissent un certain degré de ramollissement préparatoire et le col utérin s'efface peu à peu; la période de dilatation, caractérisée par les douleurs et les contractions utérines amenant la dilatation progressive du col, dont l'orifice laisse alors bomber les membranes distendues de la poche des eaux; c'est à ce moment que sont parfois expulsées des glaires sanguinolentes. Enfin la troisième période, ou période d'expul-

sion, comprend la descente et le dégagement du fœtus en présentation du sommet.

Quelle est la durée moyenne, quel est le pronostic de l'accouchement chez la primipare, suivant l'âge, la race, la constitution? Telles sont les questions auxquelles l'auteur formule une réponse basée sur de nombreux documents et d'importantes statistiques. Puis dans un dernier chapitre, d'un caractère très pratique et d'un grand intérêt, il étudie les soins et l'assistance que devra fournir l'accoucheur à la femme primipare pendant toute la durée de l'accouchement : on trouvera d'utiles renseignements sur la manière de protéger le périnée contre les ruptures, et des règles précises sur l'emploi de la méthode antiseptique pendant le travail et les suites de couches.

Leçons cliniques sur l'épilepsie, par le docteur Magnan, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, recueillies par le docteur M Briand. — Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette brochure de 84 pages renferme six leçons cliniques du plus haut intérêt et qui s'adressent à la fois au praticien et au médecin légiste. En effet, après avoir traité dans les deux premières les préliminaires de l'attaque épileptique, l'aura, puis l'attaque elle-même avec les diverses formes qu'elle revêt dans le grand ou le petit mal, ainsi que dans l'épilepsie larvée, M. Magnan, avec la compétence qu'il possède en pareille matière, recherche les rapports de l'épilepsie avec les diverses variétés de la folie; il étudie le délire des épileptiques et cherche à déterminer leur degré de responsabilité dans les actes criminels qu'ils commettent. Il rapporte un certain nombre d'intéressantes observations pouvant servir à établir les types principaux d'épileptiques obéissant à une impulsion inconsciente; puis il examine l'état mental des épileptiques dans l'intervalle de leurs attaques, et démontre que si l'épilepsie ne conduit pas à la paralysie générale, elle peut du moins s'associer, chez le même individu, avec un délire ou une vésanie indépendants de la névrose elle-même. Enfin M. Magnan trace les règles générales du traitement et indique les principales substances employées pour combattre le *morbus sacer;* la médication bromurée est celle à laquelle l'auteur attribue le plus de valeur réelle, lorsqu'elle est instituée suivant des règles fixes, qu'il trace avec précision.

VARIÉTÉS

Épidémies : Récompenses honorifiques. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs et pharmaciens qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies, pendant l'année 1881 :

Médailles d'or : M. le docteur Paris (de Versailles).

Rappels de médailles d'or : MM. les docteurs Lecadre (du Havre) et Pilat (de Lille).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bédoin, médecin-major de 2e classe; Coustan, médecin-major de 2e classe; Ende, médecin-major de 2e classe; Feuvrier, médecin-major de 1re classe; Grollemund (de Saint-Dié); Guibert (de Saint-Brieuc); Honzel (de Montreuil-sur-Mer); Lallemand (de Dieppe); Liégeois (de Bainville-aux-Saules); Villard (de Guéret).

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Daniel (de Brest); Manouvriez (de Valenciennes); Mauricet (de Vannes); Mignot (de Chantelle); Pennetier (de Rouen); Perroud (de Lyon); Regnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 2e classe; Rousseau (de Liré); Brodier (de Bazancourt); Fiehot (de Nevers); Fouillhoux; Gils, médecin-major de 2e classe; Granier, médecin aide-major; Lebastard, médecin aide-major de 2e classe; Mottard (de Saint-Jean-de-Maurienne); Pommay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Hâad; et M. Gebhart, pharmacien à Epinal.

Lycée de Bordeaux. — M. le docteur Arnozan est nommé médecin adjoint du lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Mauès, démissionnaire.

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. le docteur Soulier, maire du Puy depuis 1882, membre du conseil municipal, médecin titulaire de la prison.

Revaccination obligatoire. — Sur la demande de la *Société médicale des hôpitaux* de Paris, M. Jules Ferry vient de décider que la revaccination serait obligatoire dans les lycées et les colléges.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — A la suite des concours de l'année scolaire 1882-1883, les récompenses suivantes ont été décernées aux étudiants en médecine de la Faculté de Bordeaux : Première année. Prix : M. Vincent; mention très honorable : M. Viéron; mention honorable : M. Teissier. — Deuxième année. Prix : M. Charles Hédon. — Troisième année. Prix : M. Canac; mention honorable : M. Rabaine. — Prix du Conseil général : M. Prioleau.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Cucuel, président honoraire de l'Association des médecins du Doubs, décédé le 25 août à l'âge de soixante-sept ans, à Montbéliard; et celle de M. le docteur Perriquet, ex-chirurgien en chef de la Compagnie d'Anzin, décédé le 31 août, dans sa soixante-dix-septième année, à Valenciennes.

Mortalité a Paris (36e semaine, du vendredi 31 août au jeudi 6 septembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 929, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 94; au sein et mixte, 48; inconnu, 12. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75; de l'appareil circulatoire, 44; de l'appareil respiratoire, 52; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 20. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 36e semaine. — Le nombre des décès notifiés au service de statistique ne s'est élevé cette semaine qu'au nombre très faible de 929. La mortalité de la 36e semaine peut être considérée comme exceptionnellement faible. Toutes les maladies épidémiques ont participé plus ou moins à cette amélioration de la santé publique. La fièvre typhoïde (40 décès au lieu de 54 et de 49, chiffres des semaines précédentes). La variole n'a donné que 2 décès; la scarlatine (1), également très peu meurtrière; la rougeole (17) et la coqueluche (15). La bronchite (13 décès) et la pneumonie (37 décès) sont rares comme elles le sont d'habitude à la fin de l'été. La seule maladie saisonnière dont la fréquence ait été élevée pendant cette semaine est l'athrepsie des jeunes enfants. Elle a causé 154 décès (au lieu de 135, 143, 158, chiffres des précédentes semaines).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des modifications modernes de la lithotritie, par M. le docteur Kirmisson. 1 vol. in-8 avec 11 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

La variole à l'Ile de la Réunion, origine, évolution, prophylaxie, par M. le docteur Azéma. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la glossite exfoliatrice marginée. In-8 avec figures et 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Guide indispensable aux diabétiques, le diabétique albumineux, la rate du diabétique, leucocythémie, par M. le docteur Blanchet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 20 septembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MORT DU FŒTUS PAR LA DIPHTHÉRIE DE SA MÈRE. — MICROBES ET QUARANTAINES. — L'AUSCULTATION DE L'ŒSOPHAGE. — DE QUELQUES TROUBLES TROPHIQUES VASO-MOTEURS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Mort du fœtus par la diphthérie de la mère.

L'observation lue et commentée à la dernière séance de l'Académie de médecine par M. le docteur Ollivier serait de nature, suivant lui, à faire entrer la diphthérie dans le nombre des maladies susceptibles, chez la femme enceinte, d'amener la mort du fœtus. A nos yeux elle ne prouve, ainsi isolée, qu'une chose : savoir qu'une femme enceinte a avorté au cours d'une diphthérie grave, qui a entraîné sa mort. Et nous allons jusqu'à craindre que plusieurs faits du même genre ne suffisent pas davantage à établir la thèse de notre très distingué confrère. Il y aurait équivoque à rattacher la mort d'un embryon au caractère nosologique de la maladie de la mère uniquement parce que la première a été une conséquence plus ou moins éloignée de la seconde; car il n'est pas de maladie grave qui, au dernier terme de son évolution, quand elle est prête à emporter la femme grosse elle-même, ne soit capable de tuer auparavant son enfant.

Que faudrait-il pour créer, à cet égard, une sorte de privilège à la diphthérie? Justement le contraire de ce qui a lieu; il faudrait que le fœtus succombât, avec une fréquence particulière, au cours de diphthéries bénignes; de telle sorte qu'on fût autorisé à voir une relation directe entre *la nature* (non l'intensité) du mal et la mort de l'œuf; à affirmer, en d'autres termes, que la diphthérie, maladie spécifique, est une cause spécifique aussi d'avortement. Que certaines affections générales, la fièvre typhoïde, la variole, les fièvres éruptives, et, si on le veut, la diphthérie, acquièrent chez les femmes enceintes, comme l'a rappelé M. Ollivier, une gravité exceptionnelle, qui mette en danger la vie de l'enfant, c'est une tout autre question. Dans ces cas, on peut rechercher par quels procédés particuliers de physiologie pathologique chacune de ces maladies accomplit son œuvre dans l'utérus, et c'est là un sujet d'études aussi légitime qu'intéressant; mais il ne le serait pas moins dans un cas de choléra, de fièvre jaune, de fièvre pernicieuse, de phthisie, de cancer, de périostite suppurée. Dans l'observation de M. Ollivier, la mort du fœtus ne pouvait être attribuée, a-t-il dit, à une surélévation de température; soit; mais, tout au contraire, le pouls était devenu petit, filiforme, la peau s'était refroidie, etc.; bref, la vie avait défailli chez la mère. Or c'était aussi grave qu'une hyperthermie, et, la mère eût-elle été atteinte de pneumonie ou de néphrite, que les choses se seraient passées de la même manière. C'est au sang maternel, à son altération, que M. Ollivier impute la mort du fœtus; à la bonne heure, et là il était dans les vrais termes du problème; mais l'état du sang qu'il a décrit n'est pas absolument propre à la diphthérie, et malheureusement nous n'en sommes pas encore arrivés à voir une bactéridie diphthéritique traverser les membranes de l'œuf pour y empoisonner l'embryon. En attendant, si M. Ollivier poursuit ses observations, c'est à découvrir dans le sang des diphthériques des altérations spéciales susceptibles de produire l'avortement en dehors de ces altérations communes avec lesquelles la vie du fœtus serait incompatible dans n'importe quelle maladie, c'est à cela, disons-nous, qu'il devra s'attacher.

— M. Béchamp a commencé, ou recommencé, contre les quarantaines et les microbes une attaque en règle, qu'il continuera dans la prochaine séance.

— La séance s'est terminée par la lecture d'une note de M. Barèty sur l'auscultation de l'œsophage.

De quelques troubles trophiques et vaso-moteurs dans l'ataxie locomotrice.

I

C'est au professeur Charcot que revient l'honneur d'avoir le premier signalé et magistralement étudié certains troubles trophiques liés à l'ataxie locomotrice. Beaucoup d'auteurs l'ont suivi dans cette voie, et aujourd'hui les arthropathies et les ostéopathies d'origine tabétique sont trop connues dans leurs caractères cliniques et anatomiques pour qu'il soit utile d'en rappeler ici l'histoire. Pour ne parler que des travaux les plus récents, ceux de Regnard ou de Blanchard, par exemple, il paraît bien établi qu'il s'agit dans ces cas d'une altération trophique, caractérisée anatomiquement par de l'ostéoporose, chimiquement par la dégénérescence graisseuse et la disparition presque complète des substances minérales de la trame osseuse.

De même, nul n'ignore les relations du *mal perforant* avec diverses affections spinales, et en particulier l'ataxie locomotrice. Les observations qui sont venues corroborer la doctrine de M. le professeur Duplay ne se comptent plus, à l'étranger aussi bien qu'en France. Plusieurs thèses de notre École, celles notamment de Butruille (1878) et de Fayard (1882), en font foi.

Si l'ulcération plantaire peut apparaître à toutes les périodes du tabes, elle précède parfois les manifestations décisives de la maladie, et en constitue alors, pour ainsi dire, un phénomène prémonitoire. Rebelle, dans quelques cas, à toute intervention thérapeutique, elle s'améliore le plus souvent ou même guérit sous l'influence d'un traitement approprié; mais il n'est pas rare de la voir récidiver ou présenter des alternatives en bien et en mal, parallèles, en quelque sorte, aux oscillations de la maladie première.

Si l'origine dystrophique de cette lésion pouvait faire doute, la coexistence maintes fois constatée d'autres troubles du même ordre, d'arthropathies, par exemple, emporterait la conviction.

Les arthropathies, les fractures spontanées des os, le mal perforant, tels étaient les seuls troubles trophiques qu'on eût jusqu'à présent étudiés; car on a fort peu de renseignements sur les éruptions cutanées, imputables d'ailleurs aussi bien à des perturbations d'ordre vaso-moteur qu'à des modifications pathologiques dans les processus nutritifs. Quant à l'atrophie musculaire, phénomène des plus fréquents, elle relève sans doute, le plus souvent, d'une dégénérescence des cellules des cornes antérieures de la moelle, et ne peut être considérée que comme une complication du tabes.

Dans ces derniers temps, l'étude clinique de cette maladie a été féconde en données nouvelles, à cet égard comme à tant d'autres.

L'attention des cliniciens vient, en effet, d'être appelée sur deux phénomènes nouveaux qui méritent de prendre place dans la symptomatologie de l'ataxie : la *chute spontanée des dents*, les *altérations* et la *chute spontanée des ongles*. Qu'il ne s'agisse pas là de faits exceptionnels, de pures coïncidences, la multiplicité des thèses consacrées à ces questions en 1882 et en 1883 suffit à le démontrer. Nous citerons entre autres celles de Pouget (1882), de Hay-Margiraudière, de Bonieux, de Militchevitch (1883), qu'ont inspirées divers médecins des hôpitaux parisiens, et qui toutes renferment des observations inédites.

II

Déjà, en 1879, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Vallin avait montré que, chez certains ataxiques, il se produit une *chute spontanée des dents*, sans carie préalable, sans névralgie dentaire. Vallin l'attribuait à une altération trophique des os maxillaires, déterminant l'élimination du rebord alvéolaire, et consécutivement l'énucléation des dents, altération comparable à celle que l'on observe du côté des os longs et qui amène les fractures dites spontanées.

Cette note avait passé à peu près inaperçue, et il fallut les deux observations fort démonstratives de Demange (*Revue de médecine*, 1882) pour édifier à cet égard les cliniciens. Dans ces deux cas, la chute des dents coïncida avec l'anesthésie de la face ou des douleurs névralgiques dans le domaine du trijumeau; il était donc permis de la rapporter à un trouble trophique dû à l'irritation des noyaux bulbaires ou des troncs de ce nerf. Cette hypothèse a trouvé sa sanction dans les autopsies de Demange; on constata, en effet, une dégénérescence très prononcée des trijumeaux à leur sortie de la protubérance, coïncidant avec l'atrophie de leurs noyaux d'origine. Les observations recueillies par Hay-Margirandière et Bonieux cadrent d'une manière absolue avec celles que nous venons de rappeler, et tout porte à croire que les faits de ce genre sont loin d'être exceptionnels.

Bien que beaucoup d'auteurs eussent, après Weir Mitchell, signalé la fréquence des *altérations unguéales* au cours des affections spinales, on ne les avait pas observées, à notre connaissance du moins, dans le tabes — sans doute parce qu'on ne les avait pas cherchées. Mais du jour où M. Joffroy eut publié la première observation de chute spontanée des ongles chez un tabétique (*Arch. de physiol. norm. et path.*, 1882), les faits analogues se multiplièrent. Mentionnons entre autres ceux de Pitres (*Progr. médic.*, 1882), de Roques (*Soc. méd. des hôpit.*, mai 1882), et les six cas recueillis par Bonieux dans le service de Raymond.

Voici comment se passent d'ordinaire les choses. Le malade — il s'agit toujours d'ataxiques avérés et avancés — commence par accuser des troubles de la sensibilité dans la région des orteils; tantôt c'est de l'anesthésie, tantôt une sensation d'onglée, tantôt une hyperesthésie plus ou moins vive, souvent paroxystique. Puis spontanément, en dehors de toute cause appréciable, de tout traumatisme, l'ongle d'un gros orteil se détache et tombe. Au bout de quelque temps il repousse, souvent plus rugueux, présentant des striations ou des aspérités, pour retomber ultérieurement d'une manière aussi spontanée que la première fois.

Comment expliquer ce processus? Dans un grand nombre de cas il se produit, avant que l'ongle ne se détache, une ecchymose sous-unguéale. Cet épanchement sanguin pourrait être rapproché, disons-le en passant, de ces ecchymoses consécutives aux crises fulgurantes signalées par M. Straus, et sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement. Quoi qu'il en soit, on pourrait dès lors attribuer la chute de l'ongle à la désorganisation des couches celluleuses de la matrice unguéale produite par l'irruption du sang.

Mais une semblable explication n'est évidemment pas applicable aux cas où — les faits de Pitres sont de ce nombre — il ne s'est produit au préalable aucune ecchymose sous-unguéale. Force nous est bien alors d'invoquer une influence trophique, se manifestant par une suspension momentanée du travail de développement de l'ongle.

Cette interprétation est d'autant plus séduisante, que les altérations unguéales (striation, incurvation, déformation des ongles), au cours du tabes, sont loin d'être rares, comme le prouve le travail de Militchevitch. Cependant, d'après cet auteur, elles ne sont jamais aussi manifestes aux pieds qu'aux mains; si seuls les orteils perdent leurs ongles, cela tient sans doute à la pression qui s'exerce sur la voûte plantaire dans la marche ou dans la station debout.

Ces phénomènes n'ont évidemment, au point de vue nosographique, qu'une importance secondaire; toutefois, en raison de leur précocité, ces altérations peuvent acquérir une certaine valeur diagnostique. Les ongles, comme le fait remarquer Militchevitch, « sont pour ainsi dire un instrument de précision qui indiquerait des troubles de nutrition de la peau avant que l'aspect de celle-ci ait rien révélé ».

D'ailleurs les troubles trophiques de la peau, dans le tabes, sont, à part le mal perforant, bien peu connus jusqu'à ce jour. Cependant Ballet et Duthil viennent de décrire sous le nom d'*état ichthyosique* une singulière dystrophie à évolution lente, vraisemblablement progressive, dont ils ont rapporté trois observations (*Progrès médical*, mai 1883). Cette altération, disent-ils, se traduit par une sorte d'épaississement de la peau avec coloration plus ou moins foncée, laxité des téguments, desquamation de l'épiderme, dont les débris s'accumulent quelquefois pour former de véritables écailles à la surface du tégument. Les extrémités, particulièrement les extrémités supérieures, semblent être les parties les plus fréquemment atteintes. Au dos de la main, la peau revêt parfois un aspect qui rappelle celui de la peau du pellagreux.

Pour ces auteurs mêmes, la chute des ongles et leurs altérations ne seraient peut-être qu'un cas particulier de cette dystrophie, qui intéresserait tantôt la matrice de l'ongle seule, tantôt les téguments, tantôt les deux simultanément.

Nous manquons encore de données sur les lésions anatomiques qui correspondent à ces troubles trophiques; mais les recherches de Westphal (*Arch. für Psych.*, 1878), de Pierret (*in* Thèse de Robin, 1880), enfin de Déjérine (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1883, n° 5) permettent d'affirmer que chez les ataxiques on peut rencontrer des névrites périphériques. A en croire même ce dernier auteur, ces altérations se produiraient indépendamment de toute participation des centres trophiques de ces nerfs. Il semble donc que la peau, cette vaste surface nerveuse, peut dans le tabes se prendre en dehors de la moelle; si le fait venait à se confirmer, il fournirait un argument précieux en faveur d'une doctrine qu'on pourrait aujourd'hui encore considérer comme paradoxale, celle qui voit dans l'ataxie locomotrice non une affection de la moelle, mais une maladie de tout l'appareil sensitif, pouvant intéresser au même titre les nerfs périphériques et le système cérébro-spinal.

III

Il y aurait, dans l'état actuel de la science, témérité grande à préciser le rôle que l'innervation vaso-motrice joue dans la genèse de ces troubles trophiques; mais il n'en est pas moins certain qu'elle peut donner sa note pathologique dans le tabes; d'où des manifestations morbides multiples, des troubles sécrétoires notamment, que tous nos maîtres en neuropathologie ont signalés, mais sans leur consacrer de longs développements.

Une étude d'ensemble n'est guère possible aujourd'hui en raison surtout des hésitations de la physiologie, en ce qui concerne les nerfs vaso-moteurs et leur rôle dans les processus nutritifs; mais il n'en est pas moins intéressant de réunir les faits épars dans la littérature scientifique. C'est à une tentative de ce genre que nous devons l'instructive thèse de Putnam, écrite sous l'inspiration du professeur Pierret (Paris, 1882). Laissant de côté les crises viscérales, les éruptions cutanées, où le système vaso-moteur peut être mis en cause, Putnam a recueilli un certain nombre d'observations qui témoignent de la fréquence des troubles sécrétoires dans le tabes : sialorrhée, vomissements, flux diarrhéiques, sudations anormales, etc.

Tous ces phénomènes morbides ont un trait commun : le caractère paroxystique ; tous, ils se produisent en dehors de toute altération anatomique appréciable des organes intéressés. C'est ainsi que certains ataxiques rendent des flots de salive sans qu'on puisse constater aucune lésion de la muqueuse buccale, que chez d'autres surviennent brusquement des vomissements glaireux ou muqueux abondants, qui se prolongent pendant plusieurs jours.

Moins contestable encore est la diarrhée tabétique ; elle apparaît d'une façon soudaine, sans aucun prodrome, sans douleur abdominale ou épigastrique; parfois profuse, surtout à la période ultime du tabes, elle dure de quelques heures à quelques jours et cesse tout à coup pour se reproduire ultérieurement avec la même apparence de spontanéité. Il semble même que ces flux diarrhéiques peuvent précéder de fort longtemps les autres manifestations tabétiques, à la manière des crises viscérales ou des phénomènes oculo-papillaires. Il en fut ainsi dans une observation curieuse à plusieurs titres, que M. le professeur Vulpian a publiée dans la *Revue de médecine* (1882).

Les troubles des sécrétions cutanées sont, à ce qu'il semble, de toutes les manifestations de cet ordre, les plus fréquentes. C'est tantôt de l'hypéridrose générale ou locale uni ou bilatérale, tantôt au contraire la suppression de la sueur, sur tout le corps ou seulement au niveau de certaines régions, comme les membres inférieurs. Parfois ces troubles sécrétoires alternent entre eux : des poussées sudorales font place par exemple à des crises diarrhéiques ou à de la sialorrhée.

A cet ordre de faits se rattache la communication de M. Ollivier au récent congrès de Rouen. Il s'agissait, dans les deux cas qu'il a rapportés, d'une hypéridrose de la peau des mains et de la plante des pieds avec refroidissement très marqué de ces régions, accompagnée de séborrhée du cuir chevelu. A ces observations M. Henrot en est venu joindre une troisième, d'autant plus intéressante qu'un mal perforant double, symétrique, s'est ultérieurement produit dans les régions atteintes d'hypéridrose.

Enfin, dans le même cadre de symptômes tabétiques d'origine vaso-motrice se placent naturellement les ecchymoses cutanées observées par M. Straus à la suite de crises fulgurantes (*Revue de Neurol.*, 1880-1881). M. Straus rapproche à juste titre ces ecchymoses des autres hémorrhagies qu'on a signalées dans le tabes, telles qu'hématémèses ou métrorrhagies. Quant à leur pathogénie, on peut, avec cet auteur, les attribuer soit à des congestions d'ordre réflexe, soit à l'irritation directe centrifuge des filets vaso-moteurs que contiennent les racines spinales postérieures.

Nous n'insisterons pas sur ces questions de pathogénie, pas plus que sur l'interprétation que donne Pierret des troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs en général dans le tabes; trop incertaines sont les indications de la physiologie

en ce qui concerne l'innervation vaso-motrice, trop discordants les renseignements que nous possédons sur les lésions du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice, pour qu'une semblable discussion, surtout dans les limites que comporte cet article, puisse offrir quelque utilité. Ici d'ailleurs sans doute, comme cela arrive si souvent en ce qui concerne le système nerveux, c'est aux révélations de la clinique qu'il faudra demander la solution de maints problèmes physiologiques inexpliqués; aussi toutes les observations de ce genre doivent-elles être soigneusement enregistrées.

L. DREYFUS-BRISAC.

Contributions pharmaceutiques.

DOSES MAXIMA

La plupart des pharmacopées étrangères contiennent un tableau où sont inscrites les doses des médicaments toxiques que l'on ne peut dépasser sans inconvénient. Le Codex français devait-il aussi être pourvu de cette nomenclature? Cette question, traitée l'année dernière par la Société de pharmacie de Paris, a été résolue dans un sens favorable à l'insertion. Quant à nous, nous étions d'un avis absolument contraire. Nous avons soutenu notre opinion devant la commission ministérielle, et nous avons eu la satisfaction de voir la majorité de cette savante assemblée se ranger de notre côté.

N'est-ce pas, en effet, une arme dangereuse entre les mains des magistrats, une arme dangereuse pour nous, qu'un chiffre inscrit dans le formulaire *légal*, et qu'on ne pourra dépasser qu'à ses risques et périls ?

Ces doses, d'ailleurs, peuvent varier avec les découvertes physiologiques, avec la tolérance des sujets. A quel poids s'arrêterait-on pour la morphine? Il est impossible de donner une base immuable à l'administration de ce médicament. Il n'est pas nécessaire de multiplier les exemples pour faire comprendre qu'autant un tableau des doses maxima est une chose indispensable dans un formulaire ordinaire (le succès de celui de M. Jeannel en est une preuve), autant c'est une chose déplacée et dans certains cas dangereuse dans un formulaire officiel. Les médecins et les pharmaciens applaudiront certainement à cette décision de la Commission.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

DE LA PARÉSIE ANALGÉSIQUE A PANARIS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES OU PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, par le docteur MORVAN (de Lannilis).

(Fin. — Voyez les numéros 35 et 36.)

Marche. — La marche de la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures est essentiellement progressive. Comme nous l'avons dit, il est dans sa nature de procéder par étapes. Elle débute toujours par l'un des membres thoraciques, un seul, et s'y confine pendant des années. Son cours y est marqué par trois périodes : celle des douleurs névralgiques, celle de la parésie analgésique, et enfin celle des panaris successifs.

L'analyse minutieuse des symptômes à laquelle nous venons de nous livrer nous dispense de nous appesantir sur chacune de ces périodes.

Généralement elle s'arrête aux deux segments inférieurs du membre, mais dans certains cas elle s'étend jusqu'aux muscles du bras et même de l'épaule.

D'habitude, la maladie ne se borne pas à un membre. Après avoir épuisé, pour ainsi dire, son action sur l'extrémité primitivement atteinte, après l'avoir mutilée par des poussées successives de panaris, la parésie analgésique envahit à son tour l'extrémité du côté opposé, où les mêmes scènes se renouvellent.

On peut dire, en thèse générale, qu'elle ne sort pas de ces limites. Cependant, chez l'un de nos malades (obs. VII), elle a fourni une troisième étape. Après avoir sévi, à long intervalle, sur chacun des membres thoraciques, elle a fini par renverser une barrière qui paraissait infranchissable et a fait invasion dans l'un des membres pelviens. L'autre membre pelvien est respecté jusqu'à présent. Le sera-t-il longtemps encore? Déjà il est le siège de crampes qui ne sont rien moins que de bon augure. Nous craignons pour lui la quatrième étape; alors le cycle sera complet.

Il est de remarque que la paralysie analgésique a toujours une marche en avant. Jamais, par exemple, les poussées de panaris, quand l'affection a passé d'une extrémité à l'autre, ne reparaissent dans le membre primitivement atteint.

Causes. — La cause reste inconnue pour nous. A part le sexe et l'âge, nous ne savons rien.

Dans les 9 sujets qui nous ont passé sous les yeux, 7 appartiennent au sexe masculin et 2 au sexe féminin. C'est l'opposé de ce que nous avons rencontré dans une autre affection également rare. Nous voulons parler du myxœdème. Parmi les 15 cas que contenait notre mémoire sur le myxœdème, il y avait 14 femmes et 1 seul homme. C'est aussi l'opposé de ce qui a été signalé par Maurice Raynaud pour la gangrène symétrique des extrémités, qui sévit plus particulièrement, sinon exclusivement, sur le sexe féminin.

Quant à l'âge, il semble que la jeunesse soit une prédisposition. Le début se place, pour 5 de nos observations, entre vingt et trente ans. Une fois le début a lieu à quarante-cinq ans et une autre fois à cinquante-deux ans.

L'état du cerveau joue-t-il un rôle quelconque dans l'étiologie? Est-ce une cause prédisposante? Le nombre de nos observations est trop restreint pour que nous puissions avoir une opinion à ce sujet. Notons cependant que l'intelligence est des plus bornées chez deux de nos malades, et que la sœur de l'un d'eux a dû être séquestrée pour cause de folie.

Quant à la menstruation, elle n'a évidemment rien à faire dans une affection qui est l'apanage à peu près exclusif du sexe masculin. Disons néanmoins, en passant, que des deux femmes atteintes de parésie analgésique, l'une avait dépassé depuis longtemps l'âge de la ménopause, et que l'autre, jeune encore, bien réglée, s'est mariée à vingt et un ans, un an après le début du mal, et qu'elle est devenue mère de cinq enfants, tous bien portants.

Donc la cause nous échappe. Il n'en est pas moins vrai que deux de nos malades étaient très affirmatifs, et attribuaient leur maladie à une cause traumatique. Kerlosquet (obs. I) fait un effort pour se retenir dans une chute, et il sent aussitôt la première atteinte du mal. Chez Héliès (obs. V), il y a également une chute peu de temps avant le début. Il est projeté violemment sur le sol, et il se relève avec une main fort endommagée. C'est peu de jours après que le mal s'est déclaré à cette main. Quant à l'autre main, elle était saine encore lorsque le petit doigt fut heurté par une branche d'arbre; un panaris survenu quinze jours ensuite à ce même petit doigt fut la première manifestation de la parésie analgésique à cette extrémité.

Faut-il songer dans ces deux cas, et surtout dans celui de Kerlosquet, où la parésie suit la chute de si près, faut-il son-

ger à l'élongation, à la contusion du plexus brachial? Ou doit-on admettre que la parésie analgésique existait en puissance, et qu'il a suffi d'un traumatisme pour éveiller un état qui ne donnait pas encore signe de vie?

Durée, pronostic. — La maladie est essentiellement chronique, elle dure des années. Chez Pont, par exemple, depuis l'âge de vingt-huit ans jusqu'à celui de quarante-trois ans, époque de notre observation; chez Oguer, depuis l'âge de vingt-sept ans jusqu'à celui de quarante-sept ans; chez Marie-Anne Tilénon, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de quarante-quatre ans.

La maladie n'est pas grave au point de vue de la léthalité, puisqu'elle peut avoir une aussi longue durée, et que la mort n'est venue frapper aucun des malades; mais elle l'est au point de vue de la curabilité. Nous n'avons jamais observé de guérison. La parésie avec analgésie s'est maintenue constamment, et même est allée en s'aggravant dans la plupart des cas. Seulement les crises névralgiques, les poussées de panaris ont cessé depuis longtemps chez quelques malades, par exemple, Abiven et Kerlosquet. En pareil cas, la maladie s'est arrêtée à l'un des membres supérieurs et ne fait plus de progrès.

L'atteinte portée à la santé générale, à la constitution, peut être profonde. C'est le cas pour certains malades qui ont franchi la première étape, et, à plus forte raison, la seconde étape, tels que Oguer et Pont. Celui-ci n'est plus qu'un vieillard décrépit. Mais les malades chez qui l'affection s'est arrêtée et semble devoir s'arrêter à la première étape, sont pleins de santé: Abivon et Kerlosquet sont encore des hommes vigoureux.

Nature, siège. — La parésie analgésique à panaris intéresse tous les nerfs d'une extrémité, les vaso-moteurs aussi bien que ceux de la vie de relation. Limitée d'abord à l'une des extrémités supérieures, elle finit cependant par franchir la barrière qui lui est opposée, et après bien des années passe d'un côté à l'autre. Si le mal s'était borné à l'un des membres, on aurait pu songer à des troubles de l'innervation locale; mais devant une affection qui tend, par étapes successives, à embrasser les deux extrémités symétriques, il faut remonter plus haut et en placer le siège dans les centres nerveux. Or, dans aucun cas, les fonctions du cerveau n'ont été troublées. Cet organe est hors de cause. Il ne reste plus dès lors, pour fournir l'explication des phénomènes, que la moelle épinière, et de la moelle épinière que la portion qui correspond à l'origine des nerfs brachiaux. Est-ce une névrose? Y a-t-il là une altération matérielle? En l'absence de tout examen nécropsique, nous nous garderons bien de nous prononcer. Tout ce que nous voulons dire, c'est que le siège de la maladie est compris dans la région de l'axe bulbo-spinal qui préside à l'innervation des extrémités thoraciques.

Un fait exceptionnel pourtant, celui de Pont (obs. VII), nous montre que ce n'est pas là une limite inflexible, et que l'altération de la moelle peut avoir une marche descendante. Dans ce cas, l'une des extrémités pelviennes a été atteinte, et les crampes survenues à l'autre extrémité sont un indice de mauvais augure qui fait craindre pour ce membre dans un avenir plus ou moins éloigné.

Diagnostic. — Rien n'est simple comme le diagnostic. L'affection a une physionomie vraiment à part, et avec les caractères que nous lui avons assignés, on n'hésitera pas à reconnaître une parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures.

Cette affection ne pourrait être confondue qu'avec l'une des maladies suivantes : une névralgie ancienne, la gangrène symétrique des extrémités de Maurice Raynaud, l'érythromélalgie de Weir Mitchell ou la sclérodactylie du docteur Ball.

Dans les vieilles névralgies, la persistance de la douleur, en immobilisant le membre, peut conduire à l'atrophie des masses musculaires, à la paralysie; mais jamais ces névralgies n'aboutiront à l'analgésie et à la production du panaris.

Dans la maladie si bien décrite par Maurice Raynaud, il s'agit de personnes appartenant généralement au sexe féminin, de lésions occupant de préférence les extrémités inférieures : tout le contraire enfin de ce que nous avons observé. Dans la gangrène symétrique, il est vrai, comme dans la parésie analgésique, il y a quelquefois nécrose d'une portion de phalange et paralysie des doigts. Mais, dans la gangrène symétrique, la nécrose n'est que la conséquence d'un sphacèle intéressant le bout du doigt tout entier, tandis que dans la parésie analgésique, c'est un panaris profond qui s'est terminé par la nécrose de la phalange. Quant à la paralysie, dans la gangrène symétrique, elle est bornée aux doigts et ne dépasse jamais la durée de l'asphyxie locale. Dans la parésie analgésique, au contraire, les phénomènes de paralysie musculaire, d'anesthésie et d'analgésie se montrent d'une manière permanente, non seulement à l'époque des crises, mais encore dans l'intervalle.

L'érythromélalgie consiste dans une paralysie du vaso-moteur. Elle survient chez les sujets nerveux à la suite de refroidissements, de fatigues excessives. Elle offre deux périodes : la première est caractérisée par des accès douloureux à l'une des extrémités ou à toutes les deux; la douleur se calme par le décubitus horizontal ou par l'eau froide. La seconde période est caractérisée par des phénomènes de congestion qui viennent s'ajouter à la douleur; les artères battent avec force, les veines se gonflent, et il y a une élévation de température de 2 à 3 degrés. La sensibilité est intacte; il existe parfois de l'hyperesthésie, jamais de l'analgésie.

A part le symptôme douleur et le siège de la maladie, tout ici diffère de la parésie analgésique. Il n'est question dans l'érythromélalgie ni de nécrose des phalanges, ni de parésie, encore moins d'analgésie. Si la sensibilité est troublée, ce n'est jamais en moins, c'est toujours en plus. Et puis enfin, dans l'érythromélalgie, il y a élévation de température, il y a abaissement dans la parésie analgésique.

Arrivons maintenant à la sclérodactylie de Ball. Celle-ci est un cas particulier dans l'affection plus générale décrite sous le nom de sclérodermie. Dans la sclérodactylie, il y a une sensation de froid, d'onglée, avec une teinte tantôt jaunâtre, tantôt violacée, ce que l'on voit enfin dans l'asphyxie locale de Maurice Raynaud; puis la peau se dessèche, elle est comme collée sur l'os; les doigts s'atrophient, et quand on les palpe on les trouve durs comme du bois. Il peut survenir des ulcérations. Quand un accès douloureux se produit à l'un des doigts, cet organe rougit, se tuméfie et s'ulcère sur quelques points. On croirait alors avoir affaire à un panaris; mais au bout de quelques jours les phénomènes aigus se calment, et la maladie reprend sa marche, qui est chronique, essentiellement chronique, puisque dans le fait de Ball il est question d'une durée de sept ans.

Dans la sclérodactylie de Ball, il n'existe ni paralysie ni analgésie. La sclérodactylie n'a de commun avec la parésie analgésique que les accès douloureux aboutissant à des semblants de panaris. Dans la sclérodactylie, les panaris avortent toujours; dans la paralysie analgésique, ils se terminent toujours par la nécrose des phalanges.

A côté du pseudo-panaris de Ball vient naturellement se placer le fait publié par le docteur Quinquaud sous le nom de panaris nerveux (*France médicale*, 6 septembre 1881). Le cas est fort curieux et n'est pas sans présenter quelques analogies avec les faits soumis à notre observation.

Il s'agissait d'une femme qui fut prise deux fois de fièvre palustre à intervalle de quelques années. Ce fut à la suite de la seconde attaque que se montra l'affection observée par le docteur Quinquaud. Le mal commença par les deux mains, qui étaient d'abord le siège de douleurs lancinantes; à droite, ces douleurs remontaient à l'avant-bras sur le trajet du nerf médian. Quelques mois ensuite, les douleurs devinrent plus vives dans le pouce droit, qui se tuméfia, s'indura principa-

lement à l'extrémité, et bref offrait les apparences d'un panaris. Mais il n'y avait pas trace de suppuration; seulement l'épiderme se fendilla et présenta des crevasses en un point. Quinze jours après, nouvelle poussée d'une durée de huit à dix jours et de même apparence, puis une troisième, puis une quatrième poussée, se terminant toujours par la résolution.

C'était, ajoute le docteur Quinquaud, un faux panaris à *répétition*.

L'index du même côté fut à son tour le siège de six poussées de panaris sec avec fendillement.

Du côté gauche, le gonflement douloureux était à peine marqué; néanmoins, il y eut chute rapide de l'ongle par petits fragments, comme une sorte de desquamation onguéale.

Le docteur Quinquaud a donné la caractéristique de ces poussées de panaris abortifs, en leur donnant le nom de *panaris nerveux*.

Cette singulière affection à panaris multiples, comme la nôtre, s'en distingue justement par le genre de terminaison de ces panaris. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a des crises névralgiques à la première période du mal, et plus tard, à l'apparition du panaris, chaleur et tuméfaction du doigt. Mais, chez le malade du docteur Quinquaud, les poussées se multiplient sur le même doigt sans aboutir jamais à la suppuration, encore moins à la nécrose; chez nos malades, au contraire, le panaris, généralement indolent, ne se montre qu'une fois sur le même doigt, et aboutit presque toujours à la nécrose d'une ou de plusieurs phalanges. Nous allions dire toujours, — si nous ne nous étions rappelé le cas d'Abiven, à l'auriculaire duquel un panaris avorte.

Chez le malade du docteur Quinquaud, d'ailleurs, ni parésie ni analgésie, et puis la maladie finit par la guérison. C'est plus qu'il ne faut pour séparer nettement son cas des nôtres.

Nous ne voulons pas terminer sans indiquer deux observations également fort curieuses qui, du reste, n'ont d'autres rapports avec les nôtres que les crises névralgiques se succédant à diverses époques de la vie, et se terminant, dans un cas, par la gangrène du bout d'un orteil avec nécrose d'une portion de la phalange onguéale; dans l'autre, par le sphacèle des orteils aux deux pieds. Le mal ici, comme dans nos observations, procède par étapes. Mais en aucun cas il n'est question ni de paralysie ni d'analgésie; en aucun cas, non plus, il n'est question de panaris. Ce sont de véritables gangrènes intéressant toute l'épaisseur de l'orteil, et entraînant la nécrose des phalanges avec la mortification des tissus mous.

Observation (résumée) de Gubler, publiée dans la thèse de Maurice Raynaud sur la gangrène symétrique des extrémités. — La malade commença à ressentir, vers l'âge de quarante ans, des douleurs dans les membres, lesquelles ne tardèrent pas à devenir assez intenses pour interrompre son repos. Elles occupaient les quatre membres, mais à un degré plus élevé dans les inférieurs que dans les supérieurs, et dans le côté droit que dans le côté gauche. Plus violentes la nuit que le jour, elles l'étaient assez pour lui arracher des plaintes continues et parfois des cris déchirants.

Gubler, examen fait des principaux viscères, ne put y découvrir aucune lésion. Les fonctions s'exécutaient régulièrement dans les intervalles des paroxysmes névralgiques.

Plusieurs mois s'écoulèrent en tentatives infructueuses pour guérir la malade, quand un jour on aperçut une teinte lilas sur le deuxième orteil du pied droit, auquel aboutissaient d'ordinaire les élancements les plus déchirants. Cet orteil, en même temps qu'il était lilas, était aussi d'une température très basse. La circulation capillaire y était si lente, qu'une tache blanche produite par la pression du doigt mettait une demi-minute environ à disparaître.

On s'arrêta à l'idée d'une gangrène spontanée, bien que les principales artères du membre, pédieuse, tibiale postérieure, poplitée et fémorale, au-dessus de l'anneau présentassent en apparence des conditions normales. Le sphacèle se caractérisa de plus en plus, une eschare grisâtre sèche ne tarda pas à se former à l'extrémité de l'orteil, occupant une bonne partie de la phalange onguéale. Une inflammation éliminatrice se développa autour des tissus mortifiés, qui se détachèrent à la longue et laissèrent une perte de substance, au fond de laquelle on découvrit la phalangette partiellement nécrosée.

Les douleurs n'avaient cependant rien perdu de leur violence, les forces s'épuisaient, et la malade succomba dans le marasme quelques semaines après.

Observation (résumée) du docteur Maurice Raynaud, la sixième de son mémoire : *Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités* (*Archives générales de médecine*, numéro de février 1874). — Américain de quarante-quatre ans, affecté d'une maladie dont il subit les atteintes pour la troisième fois.

A l'âge de trente-trois ans, première atteinte qui débuta sans cause connue et dura près d'un an. Elle fut caractérisée par une lividité avec gangrène partielle des orteils; elle se termina par la chute de la dernière phalange du petit orteil et par la perte des ongles des quatre autres.

A l'âge de quarante ans, nouvelle attaque, qui dura quatorze mois. Cette fois ce fut le pied gauche qui fut envahi. Chute de la moitié du gros orteil.

A l'âge de quarante-deux ans, une troisième attaque, qui durait vingt mois encore après le début du mal. Cette attaque a présenté deux périodes : une première période de seize mois, pendant laquelle le pied droit fut seul envahi, et perdit les troisième et quatrième orteils et presque tout ce qui restait du cinquième; une seconde période, qui date de quatre mois, et à laquelle assiste Maurice Raynaud. En même temps que la cicatrisation se fait rapidement au pied droit, le premier atteint, le pied gauche, se prend à son tour, et l'on voit d'abord la base du gros orteil (qui avait été respectée par la seconde attaque), puis successivement les quatre autres orteils, bleuir, noircir et présenter toutes les phases de la gangrène momifique.

Pendant le travail de mortification, douleurs atroces, que calment à peine des doses énormes d'opium. Inappétence, amaigrissement marqué dans les derniers mois.

Quelques indices du travail qui se passe aux extrémités inférieures se sont, depuis un an, manifestés à la main gauche. A diverses reprises, refroidissement notable à l'index et au médius; formation, chute d'une petite eschare à l'extrémité de l'index. Jamais rien de semblable à la main droite.

Rien au cœur, battements perceptibles aux artères radiales et cubitales, aux fémorales, aux poplitées, aux tibiales postérieures; mais il est impossible de sentir les battements de la pédieuse. Cette dernière exploration est, du reste, rendue difficile par la tension des téguments du dos du pied ; à gauche, elle est presque impossible à cause de la douleur qu'occasionne le moindre attouchement.

Nous ne dirons rien du traitement. Nous nous sommes bornés, pour notre part, au traitement de quelques accidents, à l'extraction des phalanges nécrosées. Une fois, la gerçure du doigt ayant perforé la gaine du tendon et ayant déterminé une inflammation de la synoviale, qui s'était propagée jusqu'au poignet, nous avons eu recours au repos, aidé par des onctions mercurielles belladonées et des applications de cataplasmes. L'accident, qui nous paraissait sérieux, a été conjuré facilement.

Parlerons-nous de la strychnine, dont l'usage a été continué chez Abiven pendant des années? Cette médication a-t-elle été utile? Nous l'ignorons. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que son état n'a pas empiré, qu'il est resté stationnaire, et qu'Abiven est l'un des trois malades dont le mal s'est localisé à l'une des extrémités. A la vérité, Kerlosquet et Marie-Anne Tilénon, qui n'ont rien fait, ont joui du même privilège.

Dans l'asphyxie locale, Maurice Raynaud a eu recours quatre fois au traitement par les courants continus. La guérison a eu lieu trois fois en quelques jours; mais le quatrième cas, celui justement dont nous avons résumé l'observation, a été réfractaire. Il n'y a même pas eu de soulagement.

C'est une médication à essayer dans la paralysie analgésique.

Physiologie expérimentale.

Note sur quelques expériences relatives a l'action antiseptique des sels de cuivre, par M. Bochefontaine.

Si le cuivre et ses composés possèdent réellement l'action préventive qui leur a été attribuée, ils ne peuvent exercer cette action que sur le contage typhique ou cholérique. Dans le cas où l'on admettrait que l'élément contagieux est constitué par les vibrioniens, comme il est facile de s'assurer expérimentalement du pouvoir microbicide des composés cupriques, on peut se faire une idée du pouvoir prophylactique du cuivre contre le choléra.

Dans ce but, j'ai préparé des solutions aqueuses de sulfate de cuivre dans la proportion de 1 pour 100, de 5 pour 1000, de 1 pour 1000 et de 1 pour 10000.

Une première série d'expériences consiste dans le mélange de liquides de macérations végétales et animales avec chacune des solutions susdites. Les solutions à 1 pour 100 n'ont pas empêché le développement d'un certain nombre de spores de mucédinées, mais elles ont arrêté celui des vibrioniens. Quant à ces derniers, leur prolifération est à peine entravée par les solutions de sulfate de cuivre à 1 pour 1000.

Une deuxième série comprend des expériences où des morceaux de viande de bœuf fraîche sont plongés dans les solutions titrées. Le développement des vibrioniens, empêché par les solutions au 100e, ne l'est pas par les solutions au 1000e.

Une troisième série se compose d'expériences où l'on a produit la bactériémie chez les cobayes par le procédé de Davaine. Une moitié de ces animaux ainsi rendus bactériémiques a été traitée en même temps par des injections hypodermiques de sulfate de cuivre à doses convenables déterminées à l'avance. Tous les cobayes sont morts avec des microbes dans le sang, aussi bien ceux qui avaient reçu du cuivre que ceux qui n'en avaient pas reçu.

La mort est arrivée au bout de vingt-deux à quarante-six heures.

Chez une femelle pleine, on a trouvé des granulations bactériennes nombreuses dans le liquide amniotique.

Quatre chiens mis en expérience dans les mêmes conditions que les cobayes n'ont rien présenté de notable. Il en a été de même pour dix grenouilles; ce dernier fait est intéressant, car chaque grenouille avait reçu sous la peau la même quantité de sang septique que le cobaye.

On est forcé de conclure, en présence de pareils résultats, que, si le sulfate de cuivre est capable d'agir sur l'élément contagieux du choléra, son action ne s'exerce pas sur les vibrioniens ou des germes microbiques.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des médecins de colonisation (Amsterdam, 1883).

Séance générale du vendredi 7 septembre, a deux heures.

Les quarantaines.

Toutes les puissances coloniales avaient compris l'importance de cette question proposée par le premier Congrès international des médecins de colonisation, question que faisait toute d'actualité l'épidémie de choléra récente et non complètement éteinte en Egypte.

Aussi toutes ces puissances avaient tenu à se faire représenter. L'Angleterre avait envoyé cinq membres : deux de ses professeurs de la célèbre Ecole de Netley : le professeur d'hygiène, M. de Chaumont, et le professeur de pathologie, M. Lewis, dont les travaux sur la *Filaria sanguinis hominis* sont bien connus; sir Joseph Ewart, D. Surgeon general; le docteur Dyce Duckworth (de Londres); et enfin le plus important de tous, dont la compétence en matière d'épidémie cholérique s'appuie sur vingt-quatre ans de séjour dans les Indes, sir Joseph Fayrer, M. D. Surgeon general, médecin du ministère d'Etat pour les Indes, etc., etc.

La Hollande avait pour représentant M. le docteur F.-J. van Leent, médecin en chef de première classe de la marine néerlandaise; la France, M. le docteur Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine française, membre de l'Académie, etc.; le Portugal, le docteur J.-J. da Silva Amado, professeur d'hygiène à l'Ecole médicale de Lisbonne; l'Espagne, le docteur Vicente Cabello, médecin attaché au bureau central de la marine à Madrid.

Je ne cite que les membres qui ont pris la parole dans cette importante conférence, qui a tenu réunis, pendant près de quatre heures, tous les membres du Congrès.

En premier lieu, il faut distinguer deux ordres de questions : la première est relative à la nécessité ou à l'inutilité des quarantaines; là divergence complète, deux camps; les antiquarantenaires et les quarantenaires : le premier camp, composé des médecins anglais, qui ont tous parlé dans le même sens, avec un ensemble et une discipline qu'on a presque envie de qualifier de militaire; le deuxième camp, celui des quarantenaires, compte toutes les autres nations coloniales : Hollande, France, Espagne, Portugal.

La deuxième question est toute différente : les quarantaines sont-elles bien ou mal exécutées, bien ou mal comprises? Ici accord complet, les quarantaines sont mal faites.

M. le professeur *da Silva Amado* avoue même que l'exécution des prescriptions quarantenaires est si défectueuse, qu'en l'état actuel il n'est ni quarantenaire ni antiquarantenaire. Vœu général : réforme des lois quarantenaires.

Un membre étranger au corps médical, M. *Boissevain*, est venu prêter son appui *pratique* à cette dernière thèse; M. Boissevain, directeur de la compagnie de navigation à vapeur *Nederland*, avec une verve et une facilité d'élocution toute française, a comparé les quarantaines actuelles à un parapluie tellement troué, qu'il devient un embarras et ne préserve pas de la pluie; il a appelé les quarantaines une tyrannie tempérée par le *bashich*, expression dont tout le monde aujourd'hui connaît le sens.

« Jamais, nous a-t-il dit, un inspecteur quarantenaire et un capitaine n'ont pu se regarder sans rire. »

Voyons maintenant comment l'Angleterre a traité la question : M. de Chaumont devait présenter le sujet didactiquement; il l'a fait, selon nous, avec une logique peu serrée, et, si le temps l'avait permis, il eût été facile de détruire un à un tous ses arguments, dont un certain nombre d'ailleurs ont été victorieusement battus en brèche par les divers orateurs, qui ont pris la parole après lui.

M. *de Chaumont* rappelle rapidement l'origine des quarantaines, pratiquées, pour la première fois, contre la peste, par les Vénitiens en 1485. Au début, elles étaient de quarante jours, puis on a diminué peu à peu leur durée, les restreignant quelquefois à une seule journée. On les a pratiquées pour se préserver de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, parfois aussi on les a étendues à la fièvre typhoïde, à la variole; mais, comme dans les climats tempérés il y a toujours de la variole, du typhus, on les a abandonnées contre ces maladies : l'isolement, la ventilation, la vaccination sont infiniment préférables et préférés. Restent la peste, la fièvre jaune, le choléra.

De la peste il y a peu à s'occuper, c'est une maladie disparue d'Angleterre depuis 1665 et de l'Europe entière depuis 1800. M. de Chaumont n'hésite pas à attribuer la disparition de ce fléau aux progrès de l'hygiène.

Il insistera peu sur la fièvre jaune; il faut, selon cet auteur, au moins 20 degrés Celsius à cette maladie pour se propa-

ger (n'ont pas été prises en considération l'épidémie de Saint-Nazaire, celle de Brest). Là encore, les quarantaines sont inutiles, et l'hygiène est de beaucoup préférable.

L'éminent professeur de Netley a cité l'exemple de Memphis, ville considérable sur le Mississipi, où la fièvre jaune était endémique et faisait de tels ravages, qu'elle arrêtait le commerce sur le grand fleuve. Des négociants américains l'avaient achetée tout entière pour la détruire. Une commission scientifique fut nommée, trouva des fosses aussi nombreuses qu'anciennes, les détruisit, ainsi que les puisards, draina le sol, et, en huit mois, transforma complètement la ville.

Le docteur *da Silva Amado*, qui a visité Memphis, conteste ce résultat, comme étant trop récent pour être cité; on sait combien peuvent rester longtemps silencieux les germes de la fièvre jaune.

Pour M. *de Chaumont*, Buenos-Ayres a été infectée par la fièvre jaune à cause de ses fosses nombreuses et anciennes.

Donc là encore quarantaines inutiles et hygiène préférable.

Reste l'importante question du choléra, la plus brûlante, la plus intéressante de toutes.

« L'histoire des quarantaines est l'histoire des insuccès; non seulement elles n'ont pas été protectrices, mais elles ont été nuisibles. » En 1832 elles n'ont rien empêché, ni en 1848, où le choléra a été moins sévère dans les villes mieux drainées. Même insuccès en 1854 et 1866.

On nous permettra de remarquer qu'elles paraissent efficaces en 1883. Pour le choléra, quatre écoles d'étiologistes :

1° Ceux qui en font une maladie météorologique, cosmique, sans germe spécial, mais favorisée par l'hygiène mauvaise.

Pour ces étiologistes, inutilité des quarantaines; de même pour la deuxième école d'étiologistes, qui croient à un germe spécial se transportant par l'air, les vents.

3° Les Petenkoferistes admettent un germe spécial, transporté par les hommes, les habits; mais ce germe, pour se multiplier, être nuisible, a besoin de séjourner dans un sol perméable, humide, à température élevée, et, en outre, a besoin de trouver une certaine susceptibilité individuelle. Les changements de la nappe souterraine influent surtout sur le développement de la maladie; ici le cholérique n'est pas dangereux par lui-même, mais par les germes apportés dans les vêtements, germes que l'homme sain transportera aussi bien que l'homme malade. Ainsi, en Egypte, le choléra aurait été apporté par les troupes venues de l'Inde (malgré les précautions minutieuses prises par les Anglais, et jurant avec leurs théories); puis ces germes auraient trouvé à Damiette un sol favorable à leur développement. Pour cet auteur, les vaisseaux n'apporteraient le choléra qu'à la faveur d'un trajet très court.

Conclusions : là encore les quarantaines sont inutiles, car le *germe est introduit avant que le choléra n'éclate*, et attend pour se manifester certaines circonstances favorables. Si donc on voulait, dans cette hypothèse, être rigoureux, on devrait tenir l'Inde en quarantaine perpétuelle.

4° Restent enfin les médecins ou hygiénistes, qui admettent un poison spécial, microbe ou bactérie; mais, pour les partisans de cette théorie, le sol n'a pas une influence prédominante, et c'est le malade qui est un centre de germes par ses évacuations : le choléra, pour ceux-là, se transmettrait donc comme la fièvre scarlatine, par exemple, et le germe peut être ingéré par l'air, l'eau; mais des conditions insalubres sont nécessaires, et avec un sol sec, des maisons saines, de l'eau absolument pure, on met à mort le germe.

« Eh bien, cette école, dit M. de Chaumont, la seule qui justifie les quarantaines, existe surtout en Angleterre, et c'est là qu'on a cependant renoncé, qu'on a eu le courage de renoncer aux quarantaines. »

Pourtant cet argument n'a pas semblé à M. de Chaumont plus qu'à nous bien solide, il en ajoute d'autres :

1° La cupidité des hommes rend vaines les quarantaines en les empêchant d'être rigoureuses, condition absolue de leur efficacité, car il ne s'agit pas ici d'un poison chimique, dont la quantité influe sur la production d'une maladie; mais il s'agit d'un microbe, et, comme l'a dit Petenkofer, si les marchandises prohibées pouvaient se multiplier comme les microbes, les nations renonceraient aux douanes, qui sont les quarantaines du commerce.

Autre raison : les quarantaines concentrent les malades.

Enfin, donnée pratique, ces quarantaines coûtent fort cher; mais ce n'est pourtant point « par égoïsme et intérêt commercial » que l'Angleterre refuse les quarantaines, c'est « pour donner un essor considérable à l'hygiène ».

Conclusions : *ineptie* des quarantaines. M. de Chaumont rend compte du fait suivant, qui avait semblé une contradiction dans la conduite des Anglais : ceux-ci, disait-on, ne veulent pas de quarantaines pour eux, et en imposent de très sévères aux navires qui passent à Malte. Ce reproche n'est nullement fondé, et repose sur l'ignorance où l'on est du mode de gouvernement anglais, qui laisse Malte se gouverner comme il lui plaît et faire ou ne pas faire de quarantaines.

Ce que l'on maintient des quarantaines en Angleterre est pour faire plaisir aux autres nations!

L'hygiène doit remplacer les quarantaines, et « la postérité sourira de notre ignorance et de notre ineptie pour les quarantaines ». On voit que si les arguments sont peu serrés, la conclusion est du moins énergique, très énergique, et que devant de semblables terminaisons on pourrait employer toutes armes pour répondre.

A ce rapport, M. *Van Leent* a répondu par un long travail qui restera certainement en hygiène, et devra être consulté par tous ceux qui s'occuperont des quarantaines.

M. Van Leent dit que la première, la France, a émis l'idée d'une hygiène internationale.

Il a prouvé que la température élevée ne garantit pas de la peste; puis, abordant l'étude du choléra, il a montré que la zone endémique était mal définie, et qu'il y avait de multiples foyers secondaires. Il rappelle l'aphorisme de Fauvel : « Jamais, en Europe, il n'y a eu de choléra sur un point sans qu'un navire contaminé n'y soit venu. »

D'après Hirsh et d'après sa propre expérience, il défend Java de l'accusation portée contre cette île d'être un foyer du choléra.

Pour la fièvre jaune, il montre New-York et Boston se préservant du mal par des quarantaines. Il énumère les divers foyers de la fièvre jaune (Brésil, Sierra-Leone), et craint que le Pérou et le Chili ne deviennent eux-mêmes de nouveaux foyers de maladie.

« Le commerce, dit le savant rapporteur, sera toujours contre les quarantaines; mais tous les Etats, même la libre Amérique, les ont adoptées, et c'est dans ce pays qu'elles sont le plus sévères.

Jamais les quarantaines n'ont coûté ce que coûte une épidémie (1 million dépensé pour l'épidémie de fièvre jaune d'Amérique en 1878).

La nécessité de l'hygiène est reconnue par tous; mais avant que l'hygiène soit excellente, et il faudra du temps, conservons les quarantaines. Dans le doute même, l'hygiène doit toujours accumuler ses précautions; c'est pourquoi le Congrès international d'hygiène de 1881, en Amérique, où vingt-trois gouvernements étaient représentés, a déclaré hautement l'utilité des quarantaines.

M. Van Leent insiste sur les minutieuses précautions que l'on doit apporter dans la pratique des quarantaines.

M. *Boissevain* succède, et fait remarquer que M. Van Leent décrit les quarantaines comme elles devraient être, et M. de Chaumont comme elles sont, c'est-à-dire des choses gênant beaucoup le commerce sans grand résultat pour la santé. « Tant que les autorités quarantenaires ne croiront

pas au médecin du bord, ajoute l'orateur, les quarantaines seront des inutilités vexatoires. » Donc, si les médecins, les hygiénistes veulent conserver les quarantaines, il faut avant tout les réformer.

Le professeur *da Silva Amado* vient demander à M. de Chaumont s'il est bien sûr que ne reviendra jamais la peste, cette maladie qui a tué, dit-on, plusieurs millions d'hommes : que diraient, le jour où ce fléau viendrait à reparaître en Europe, ceux qui aujourd'hui en parlent si légèrement?

Quant à la question de la température nécessaire au développement de la fièvre jaune, elle est jugée, et si le Canada n'a pas cette maladie, c'est qu'il observe les quarantaines. La Nouvelle-Orléans, pendant la guerre d'Amérique, a dû à son blocus d'éviter l'invasion de la fièvre jaune.

Le professeur de Lisbonne résume très clairement la question, et pour nous l'argument est écrasant : « Croyez-vous, dit-il, ou ne croyez-vous pas aux maladies infectieuses et contagieuses? Quoi! vous, Anglais, vous avez une excellente loi de 1871 qui prescrit de désinfecter les maisons de certains malades, et même le fiacre qui a servi à les transporter, et c'est vous qui ne voulez point désinfecter le navire, vaste maison aux mille anfractuosités, maison fermée, a dit M. Le Roy de Méricourt, qu'on débouche comme une bouteille en arrivant au port. »

M. le docteur da Silva Amado, s'il n'est pas antiquarantenaire, n'est pas aujourd'hui quarantenaire, parce que les quarantaines sont trop mal faites, parce que la désinfection actuellement n'est qu'un mot, rien de plus.

Contrastant avec le langage un peu violent de M. de Chaumont, M. *Le Roy de Méricourt* est venu, avec cette politesse exquise et cette finesse qui, dit-on, caractérisaient nos aïeux du siècle dernier; il a porté, selon nous, un des plus rudes coups de la journée aux antiquarantenaires. Il a débuté par un pompeux éloge de l'hygiéniste anglais (W. R. E.) Smart, inspecteur général du service de santé de la marine anglaise, qui a prouvé, dans un mémoire lu à la Société épidémiologique de Londres (1) (mars 1873) ayant pour titre : *Le choléra dans les localités insulaires*, que les idées de M. de Chaumont sur l'insuccès des quarantaines étaient fausses. En effet, en 1875, par des faits, arguments autrement irréfutables que les théories, il a prouvé l'efficacité des quarantaines au moyen des îles, qui se prêtent admirablement à l'analyse de l'efficacité des mesures d'isolement.

D'ailleurs, M. Le Roy de Méricourt a vu, lui-même, la Réunion éviter le choléra par des quarantaines, alors que Maurice, imprévoyante, était ravagée par le fléau; la grande Comore, en s'isolant, a eu le même privilège que la Réunion, alors que ses voisines, les petites Comores, partageaient le sort de Maurice.

Pour la fièvre jaune, cette épidémie de l'avenir, M. Le Roy de Méricourt n'insiste pas; il ne cite que l'épidémie de Saint-Nazaire, assez éloquente par elle-même. Il est d'ailleurs du même avis que les précédents orateurs sur la réforme des quarantaines.

M. le docteur *Vicente Cabello*, représentant de l'Espagne, débute en affirmant qu'il a des idées absolument contraires à celles de M. de Chaumont. Il est incontestable qu'il y a des maladies transportables, donc il faut des quarantaines.

Buenos-Ayres et Montevideo ont eu toutes deux la fièvre jaune, et pourtant Montevideo est bâti sur un sol rocheux et jouit d'une bonne hygiène; celle-ci diminua la gravité du mal, mais ne l'évita pas complètement.

Tous ces arguments n'ont pu convaincre l'Angleterre, et le docteur *Lewis*, qui a vécu quatorze ans aux Indes, nie tout poison spécifique, comme l'a fait d'ailleurs la commission anglaise nommée pour l'étude du choléra. M. Lewis n'a jamais eu à citer un cas de contagion; il a vu, à Calcutta, passer des milliers de prisonniers se rendant à une prison établie sur une île voisine, où jamais n'a éclaté le choléra. Enfin, en accusant les Anglais de vouloir économiser leur argent, on a oublié que les soldats des Indes coûtent cher à l'Angleterre. En 1882, le choléra a dû reste débuté dans des ports où n'avaient jamais débarqué des Anglais.

Sir *J. Ewart* ajoute une note identique. En 1854 régnait le choléra dans le régiment où était sir J. Ewart, il n'a pas vu un cas de contagion; de même, à l'hôpital de Calcutta, où il y a pourtant toujours des cas de choléra, il n'a jamais vu de cas chez les étudiants. Donc, pas de quarantaine, puisque la maladie n'est pas contagieuse.

Enfin, dans une séance suivante, sir *J. Fayrer* est venu aussi apporter l'immense autorité de sa longue expérience des Indes; pendant vingt-quatre ans de séjour dans ce berceau du choléra, il n'a jamais pu deviner, trouver, malgré ses recherches, la cause du choléra. Sir Fayrer ne croit pas à la contagion, pour lui il n'y a pas de germe spécial; il demande, en conséquence, l'abolition des quarantaines, les remplaçant par une hygiène sévère; il admet l'influence de la pureté de l'eau, mais croit qu'une imprudence, un fruit mangé non mûr ou une cause banale de diarrhée, comme le refroidissement, la magnésie, puisse faire éclater le choléra chez ceux qui habitent le pays.

Nous, profanes, qui ne connaissons les épidémies de choléra que par les rapports des savants qui ont pu constater *de visu*, nous avouons que devant l'imposante autorité du sympathique médecin en chef de l'armée des Indes, sir Joseph Fayrer, nous hésiterions, s'il n'y avait dans l'autre plateau de la balance les preuves aussi énergiques que concluantes de M. Le Roy de Méricourt et de tous les autres médecins des autres nations coloniales.

Sir J. Fayrer s'est abstenu de parler de la fièvre jaune.

Il nous semble qu'on aurait pu, en insistant un peu, auprès des représentants anglais, au sujet de la contagion de la fièvre jaune, leur demander si, du moins pour cette maladie, ils consentiraient à observer les quarantaines, car pour le choléra cette question est évidemment résolue d'une façon logique par l'Angleterre : n'admettant pas la contagion, elle ne peut admettre les mesures anticontagionnistes.

Seul, le professeur de Chaumont a parlé des quarantaines au sujet de la fièvre jaune.

L'Allemagne a gardé le silence.

En somme, on voit que, comme à l'Académie, les conclusions de tous les peuples coloniaux sont non seulement pour le maintien des quarantaines, mais encore pour une application plus rigoureuse. Hollandais, Français, Espagnols, Portugais, tous réclament une revision des lois quarantenaires, et l'Angleterre reste, seule, avec ses théories anticontagionnistes.

Dr Catrin.

(*A suivre.*)

(1) Voyez *The Lancet*, nos de mars, avril, mai 1873 et *Arch. de méd. nav.*, t. XX, p. 241.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Le choléra au point de vue chimique. Note de M. *Ramon de Luna*. — Les résultats des études chimiques et physiologiques sur le choléra morbus asiatique, recueillis en 1865 par l'auteur à Madrid et aux îles Philippines, surtout à Manille, l'année dernière, « par des personnes respectables, » l'ont conduit aux convictions suivantes :

1° La *cause* du choléra se trouve toujours dans l'air, d'où

il se propage avec les personnes et les objets. 2° Son action s'exerce *exclusivement* par les voies respiratoires. 3° C'est surtout pendant l'état passif des individus, en particulier pendant le sommeil, que son incubation a lieu de préférence. 4° L'action du microbe ou ferment agit particulièrement sur les globules du sang et empêche l'hématose, déterminant une espèce d'asphyxie graduée jusqu'à la mort. 5° Le seul moyen, vérifié par l'auteur et par des médecins espagnols, en Espagne et à Manille, de sauver les individus atteints du choléra, dans la période algide, c'est de leur faire inspirer avec prudence de la vapeur hypoazotique mêlée à l'air. 6° En fin, comme moyen préservatif contre ce terrible fléau, l'auteur emploie des fumigations hypoazotiques, dans les chambres, vaisseaux, etc., deux fois par jour, avant le coucher et au réveil. Pendant la terrible invasion du choléra à Manille, l'année dernière, trois cents ouvriers de l'hôtel de la Monnaie ont été soumis à l'action des vapeurs hypoazotiques et préservés absolument. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

LE CUIVRE ET LE CHOLÉRA, — M. *W.-R. Brame* adresse, de Westminster, une Note relative à un exemple d'immunité contre le choléra, qu'il considère comme attribuable à l'action du cuivre. L'auteur rappelle que la ville de Fahlun, en Suède, au voisinage de laquelle se trouvent des mines de cuivre exploitées, a toujours été préservée du choléra. Les opérations métallurgiques répandent dans l'air des vapeurs qui rendent impossible toute végétation sur les collines environnantes. M. Brame pense que ces vapeurs doivent avoir aussi pour effet de détruire les germes qui servent à la transmission du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. *Ball*, en l'absence de M. Vulpian, dépose une note de M. *Bochefontaine* sur l'action des sels de cuivre (voy. p. 627).

DE L'INFLUENCE DE LA DIPHTHÉRIE SUR LA GROSSESSE. — M. *Ollivier* commence par poser en fait que l'influence possible de la diphthérie sur la grossesse est passée sous silence par les auteurs classiques ; seul Duchenne (de Boulogne), dans son *Traité de l'électrisation localisée*, a signalé incidemment et sans y attacher d'importance un cas d'avortement survenu dans le cours d'une paralysie diphthéritique consécutive à une angine de même nature, et alors que toute fausse membrane avait disparu. M. Ollivier a eu cette année l'occasion d'observer dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'avortement chez une femme enceinte de quatre mois environ et atteinte d'une angine diphthéritique. Cette femme, âgée de vingt-trois ans, se sentait souffrante depuis quatre jours, lorsqu'elle se fit admettre à l'hôpital Saint-Louis, salle Biett, n° 34, dans le service de M. Ollivier : des fausses membranes d'un blanc-jaunâtre, épaisses et adhérentes, recouvraient à ce moment la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs du voile du palais. Rien sur les amygdales, ni sur la luette; salivation abondante, engorgement sous-maxillaire localisé au côté gauche. Jetage par les narines; pas d'albuminurie. La douleur occasionnée par la déglutition entravait l'alimentation.

Le lendemain, les fosses nasales étaient envahies et obstruées par les fausses membranes. La respiration était un peu gênée; à l'auscultation on percevait des râles humides disséminés; sueurs profuses; refus absolu de toute nourriture. Traitement : ipéca stibié, irrigations pharyngées toutes les deux heures avec une solution de salicylate de soude au 3/1000e, application de jus de citron, potion avec extrait de quinquina, 5 grammes; plus tard, pulvérisations phéniquées.

Malgré ce traitement la situation de cette femme s'aggrava. Le troisième jour après l'entrée de la malade à l'hôpital, survint une perte; à son dire, cette femme était à l'époque de ses règles, qui seraient venues régulièrement le mois précédent. Le jour de son admission on avait constaté l'existence d'une tumeur arrondie, remontant de un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis. La malade, questionnée au point de vue d'une grossesse, avait répondu par des dénégations absolues.

Au sixième jour, la malade rendit un tube complet d'une longueur de 5 centimètres environ, et permettant l'introduction de l'index. Respiration plus aisée; un peu de paralysie du voile du palais.

Au huitième jour, état général très grave; aphonie, toux aboyante, oppression extrême. L'administration d'une nouvelle dose d'ipéca stibié ne détermine aucun vomissement, mais seulement plusieurs selles diarrhéiques. L'imminence de l'asphyxie nécessite la trachéotomie, qui est pratiquée à quatre heures et demie du soir. Le lendemain matin, à cinq heures, la malade succombait dans le collapsus.

A l'autopsie on trouva l'utérus volumineux (hauteur, 12 centimètres; largeur à la base, 10), dur, avec des parois épaissies; sa surface interne présentait des débris de placenta encore adhérents.

M. Ollivier voit dans cette observation la preuve formelle de l'influence nocive de la diphthérie sur la grossesse. Et comme chez la malade en cause la température interne ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°,4, on ne peut admettre que l'avortement dans ce cas ait été le fait de l'hyperthermie. M. Ollivier est disposé au contraire à attribuer l'interruption de la grossesse à l'influence d'un sang maternel insuffisamment oxygéné et saturé d'acide carbonique, ou adultéré par le germe infectieux de la diphthérie; c'est à cette dernière influence que l'auteur croit devoir attacher le plus de poids.

En terminant, M. Ollivier a attiré l'attention de l'Académie sur les mesures d'isolement qu'impose la possibilité d'un avortement sous l'influence de l'infection diphthéritique, chez les femmes enceintes se trouvant dans une même salle que des malades atteintes de la diphthérie. (Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Roger, Bergeron et Tarnier.)

LE CHOLÉRA ET LES MICROZYMAS. — M. *Béchamp* rappelle que l'Académie de médecine, dans une de ses dernières séances, s'est occupée de la question du choléra et des quarantaines, et que sur l'utilité de ces dernières a surgi entre M. Fauvel et M. J. Guérin un dissentiment qui est de nature à dérouter le public non médical. Il a fait remarquer encore qu'aucun des deux adversaires qui se trouvaient en présence n'a prononcé le mot microbe. Il semble que M. Fauvel se soit, de parti pris, tenu à l'écart d'une théorie qui jouit aujourd'hui de tant de vogue, dans la crainte que cette théorie prenant le dessus ne portât un coup fatal à la thèse soutenue en faveur de l'utilité des quarantaines. Il est évident, en effet, a dit M. Béchamp, que la croyance à un microbe en suspension dans l'atmosphère serait propre à laisser entrevoir les quarantaines comme inutiles, voire comme dangereuses, comme réalisant de véritables nids à microbes contagieux. Or pour traiter à fond cette question importante des quarantaines, M. Béchamp estime qu'il est nécessaire de peser tous les termes du problème, et en particulier de discuter la valeur de la doctrine qui subordonne le développement des maladies contagieuses à la présence dans l'atmosphère de germes préexistants.

Cette doctrine est déjà ancienne; elle a été formulée dès le dix-septième siècle par un savant jésuite du nom de Kircher, auteur d'un travail remarquable sur la peste asiatique. Aujourd'hui le système des germes préexistants, tel qu'il est accepté par M. Pasteur, repose sur deux idées fondamentales : la première, c'est qu'il préexiste dans l'atmosphère

des germes morbifiques; la seconde, c'est que les organes et les tissus de l'homme ne renferment à l'état physiologique rien qui soit assimilable à ces germes. On ajoute que ces ennemis du dehors, les microbes, ne peuvent nous nuire qu'à la condition de nous pénétrer, et qu'à l'état normal ils ne sauraient forcer la barrière qui sépare l'intimité de notre organisme du dehors. Cette dernière hypothèse est indémontrable. Mais, si l'on songe que l'homme adulte fait plus d'un millier de mouvements inspiratoires dans l'espace d'une journée, que l'air inspiré contient des myriades de germes sous forme de granulations moléculaires ou microzymas, que ces derniers adhèrent avec une grande facilité à une plaque recouverte d'un enduit visqueux, il paraît impossible que ces microzymas n'adhèrent pas en grand nombre à la face interne des alvéoles pulmonaires, pour de là pénétrer dans l'organisme.

Il est évident d'ailleurs, continue M. Béchamp, que, si l'on démontre *ab ovo* qu'il existe dans l'organisme des germes de bactéries, susceptibles de devenir pathogènes, l'ensemble du système formulé plus haut tombe. Or la préexistence de ces germes de bactéries, M. Béchamp croit l'avoir démontrée dans des communications antérieures faites à l'Académie, et qui reposaient sur quarante années de recherches persévérantes. Ces germes de bactéries ne sont autres que les microzymas, qui représentent dans l'organisme animal l'élément vivant *per se*.

(M. Béchamp continuera sa communication dans la prochaine séance.)

Auscultation de l'œsophage. — Au nom de M. le docteur *Barély* (de Nice) M. Noël Gueneau de Mussy donne lecture d'un mémoire sur l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition et les modifications de ces bruits dans certains états pathologiques. Ce travail est renvoyé à l'étude d'une commission composée de MM. Noël Gueneau de Mussy, Peter et Jaccoud.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

REVUE DES JOURNAUX

De l'anesthésie au moyen de rapides respirations, par M. Berridge.

L'auteur cite trois cas dans lesquels ce moyen a été employé avec succès. Dans le premier, on voulait réduire une luxation scapulo-humérale; dans le second, une hernie inguinale; et dans le troisième, une luxation de l'humérus. Chez ces individus, la résolution musculaire a été complète; mais, d'après M. Berridge, il n'est pas toujours facile d'obtenir des malades cette succession rapide de respirations qui produit l'anesthésie. Il est donc vraisemblable que ce procédé ne remplacera pas l'anesthésie par les procédés classiques. (*The London med. Record*, 15 février 1883.)

De l'action de la quinine sur l'oreille, par le docteur Orne Green.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° la quinine peut donner lieu à des accidents graves des voies auditives, et, d'après l'observation clinique et expérimentale, ces accidents consistent le plus souvent dans la congestion du labyrinthe ou du tympan, parfois même dans leur inflammation; 2° il ne faut donc pas perdre de vue ces effets, dans l'emploi thérapeutique de la quinine, surtout chez des malades antérieurement atteints d'inflammations de l'oreille et c'est assurément là une contre-indication à l'usage de hautes doses de quinine; 3° dans les cas où ces dernières sont indispensables, il faut de temps en temps en suspendre l'administration, afin de prévenir ces inconvénients. (*Boston med. and surg. Journal*, p. 221, 8 mars 1883.)

Le microbe de la coqueluche, par M. Burger (de Bonn).

Ces bactéries auraient la forme d'une ellipse allongée, et formeraient par places des groupes apparents quand on examine les crachats des malades atteints de coqueluche. Les plus petites mesurent en longueur le double de leur largeur, et avec un fort grossissement on constate qu'elles présentent par places des étranglements. Souvent elles sont agrégées sous forme de chapelet ou réunies en groupes irréguliers. Ces microbes sont donc différents des autres micro-organismes des crachats, du *Leptothrix buccalis*, par exemple. On ne les rencontrerait pas dans d'autres maladies que dans la coqueluche, et leur abondance serait en rapport avec l'intensité de la maladie. De là, d'après l'auteur, la vraisemblance de leur rôle pathogénique dans la coqueluche. (*Berlin klin. Woch.*, 1er janvier 1883, et *The London med. Record*, 15 mars 1883, p. 91.)

Du traitement chirurgical de la névralgie intestinale, par M. Gritti.

Cette névralgie est essentielle ou symptomatique. La première (*irritabilis testis*, d'Astley Cooper) est caractérisée par une douleur intense et paroxystique, et par la rétraction du testicule. Elle se produit par accès, s'irradie sur le plexus lombaire ou ses branches. La forme symptomatique peut être due à un état pléthorique du testicule chez les jeunes gens, et alors la douleur est limitée à cet organe et susceptible d'être confondue avec le mal de Pott, la lithiase rénale, une hernie inguinale, avec le varicocèle ou l'hydrocèle. Contre ces accidents, le docteur Gritti propose l'enroulement des veines du cordon, selon la méthode employée par Vidal dans le traitement du varicocèle. Dans deux cas, il a obtenu des résultats satisfaisants par cette opération. (*Gazz. medic. Ital. Lombardo*, 15 janvier 1883.)

De l'histogenèse du carcinome, par M. Hempel Reed.

Ces recherches ont été faites au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Pensylvanie, et démontreraient l'origine exclusivement épithéliale du tissu cancéreux. En effet, les cancers primitifs se rencontrent seulement là où il existe un épithélium préexistant, et jamais on ne peut leur attribuer une autre origine. Le processus de cicatrisation explique l'absence du tissu embryonnaire et des globules blancs dans les aréoles du tissu conjonctif, l'indépendance des cylindres cancéreux épithéliaux, et l'exagération de la prolifération de l'épithélium. Dans les ulcères cancéreux, l'épithélium du centre de l'ulcère est le prolongement de celui des bords. C'est là une preuve de l'origine épithéliale du tissu cancéreux. D'ailleurs, dans aucune période de la vie extra-utérine, la transformation du tissu connectif en tissu épithélial ne peut être démontrée ni physiologiquement, ni au point de vue de l'anatomie pathologique. (*Philadelphia med. Times*, et *The London medical Record*, 15 mars 1883, p. 92.)

Travaux à consulter.

De l'emploi du muguet dans le traitement des maladies du cœur, par M. Pel. — Résultats entièrement négatifs, d'ailleurs parfaitement identiques avec ceux obtenus par Stiller (*Wien. med. Woch.*, 1882) et qui contrastent étrangement avec ceux de la clinique de l'Hôtel-Dieu. (*Centralblatt fur die gesammte Therapie*, t. II, 1883.)

DU XANTHELASMA UNIVERSALE, par M. KONACH. — Relation d'un cas intéressant. L'examen d'un petit lambeau cutané fournit les résultats suivants : *a*) Hypertrophie et prolifération cellulaire des couches superficielles et du corps papillaire avec dilatation des papilles. *b*) Accumulation de masses graisseuses irrégulières, immédiatement au-dessous du réseau de Malpighy. *c*) Masses granuleuses, arrondies ou allongées dans les papilles ou la couche cutanée inférieure. Ces masses granuleuses qui ne se composent ni de graisse, ni de pigment, *sont peut-être des colonies parasitaires*. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. 32.)

UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, par M. LANGER. — Cette observation mérite d'être étudiée avec le plus grand soin. Elle est remarquable surtout par l'étendue de l'atrophie qui frappait non seulement les muscles du rachis et du dos, mais des parois abdominales. Il en était résulté, pour le malade, une déformation de la colonne vertébrale (lordose lombaire), telle que l'on n'en a jamais observé, si l'on en juge d'après un dessin joint au mémoire. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. XXXII.)

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE, par M. RIESS. — Relation d'un cas observé à l'hôpital général de Berlin, à la suite de l'ingestion de 30 grammes du sel. Confirmation des faits observés précédemment. En outre, description d'une lésion curieuse du sang. « Décoloration d'une grande partie des globules rouges. Quelques granulations d'hémoglobine flottent dans le sérum ; d'autres sont encore dispersées dans les hématies décolorés. L'examen spectroscopique ne révèle rien de spécial ; la voie d'absorption dans le rouge, caractéristique de la méthémoglobine, ne put être observée. » (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 52.)

SUR L'ALBINISME EXPÉRIMENTAL, par M. BIDDER. — En injectant sous la peau des lapins des solutions (à 33 pour 100) de chlorure de sodium, mais surtout de chlorure de potassium, on détermine la formation de petits îlots complètement décolorés, les poils restant parfaitement sains. Cet effet serait le résultat de la mise en liberté du chlore et de la destruction du pigment dans la couche de Malpighi. (*Cent. für med. Wiss.*, 1882, n°s 50-52.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, par le professeur Michel PÉTER. — Paris, 1883. J.-B. Baillière.

« Ce livre, dit l'auteur, est écrit d'après nature. J'ai dit le malade tel que je l'ai vu. J'ai emprunté, toutes les fois que je l'ai pu, à l'anatomie et à la physiologie l'explication des faits morbides ; mais je me suis refusé à demander cette explication à une expérimentation encore incertaine ou à de lointaines analogies. »

Cette sorte de déclaration de principe est pleinement justifiée par la lecture de cet ouvrage, très personnel, tout inspiré des études cliniques de l'auteur et de ses réflexions sur les faits observés. D'après M. Péter, la physique du cœur, malgré quelques lacunes, peut être considérée comme bien connue. Il n'en est pas de même de la *dynamique* cardiaque, c'est-à-dire de l'étude du cœur considéré à la fois comme centre de perception et de réflexion. C'est à ce point de vue que l'auteur s'est placé de préférence.

Avant d'aborder son sujet proprement dit, M. Péter a cru devoir, comme tous ses prédécesseurs, donner une description précise du cœur normal, anatomie et physiologie. C'est un point essentiel dans un livre d'enseignement, et bien qu'on soit naturellement exposé à répéter ses devanciers, on ne saurait éviter de donner les détails nécessaires, sous peine de renvoyer le lecteur aux livres d'anatomie écrits à un tout autre point de vue. La préoccupation de M. Péter a été surtout de faciliter l'étude topographique et clinique de l'organe, sans entrer dans des détails minutieux de rapports dont il ne reconnaît pas la valeur pratique. Son point de repère, pour l'exploration du cœur, est le mamelon gauche. Ce choix peut être discuté ; la situation du mamelon variant beaucoup chez l'homme, devient chez la femme absolument fantaisiste. Le cinquième espace intercostal n'est pas non plus un point de repère invariable. Nous pensons que ce point, fixe, invariable, n'existe pas ; la situation du cœur, son volume s'établissent surtout par la constatation du choc de la pointe, quand on peut la sentir par la percussion et par une auscultation bien localisée, et que l'emploi des stéthoscopes flexibles à bouton auriculaire facilite singulièrement. M. Péter, comme plusieurs autres maîtres, ne paraît pas familier avec l'emploi de ces stéthoscopes, dont il ne parle même pas, et dont notre confrère le docteur C. Paul a su tirer grand parti. Ces instruments sont passibles de quelques reproches. Leur principal inconvénient est de nécessiter une sorte d'éducation de l'oreille, à laquelle se résignent difficilement les médecins habitués à leurs instruments ; mais quand l'habitude en est prise, on reconnaît à ces stéthoscopes des avantages tout particuliers et véritablement précieux. Il en est un que M. Péter serait tout le premier à apprécier, c'est celui de localiser les bruits morbides, à tel point qu'un bruit assez fort disparaît à quelques centimètres de son foyer, et qu'on peut ainsi et très facilement distinguer des lésions multiples. Ils ont un autre avantage, qui est de se prêter particulièrement à l'enseignement. Dans toutes les cliniques où le chef de service en démontre l'emploi, j'ai toujours vu les élèves, au bout de quelques jours, se procurer ces stéthoscopes, les essayer comparativement avec les autres, et, en définitive, les adopter presque exclusivement. Je répète qu'ils ont quelques inconvénients. Ils donnent aux bruits une tonalité un peu différente de celle à laquelle on est habitué ; mais les avantages prédominent. Ils valent en tous cas la peine d'être indiqués et discutés quand on fait un enseignement clinique des maladies du cœur.

Tout en critiquant le choix du mamelon comme point de repère habituel, nous admettons volontiers qu'il soit suffisant chez l'homme et dans les cas habituels de la pratique courante. C'est au même titre que nous apprécierons la division des bruits de souffle en sus et sous-mamelonnaires, qui répond suffisamment aux besoins de la clinique, et qui est commode et nette.

A côté de ces procédés classiques d'investigation, M. Péter en place deux autres qui lui sont personnels : l'exploration de la sensibilité locale et celle de la température locale. On sait que depuis longtemps M. Péter a signalé dans les maladies du cœur l'existence de points douloureux indiquant la souffrance de l'organe. Le procédé consiste à explorer avec le doigt les points correspondants aux principaux nerfs du cœur. Je crois que cette exploration a besoin d'être faite par une main exercée. Chez beaucoup d'individus, ces pressions faites avec l'extrémité du doigt, dans les espaces intercostaux, le long du cœur, etc., provoquent une sensibilité vive. Les femmes, en général, les supportent mal, et, si le doigt n'est pas léger, on trouve facilement tous les points douloureux que l'on cherche. Je parle des sujets non atteints de maladie cardiaque ; mais je suis persuadé que chez les cardiaques cette exploration bien faite donne les résultats indiqués.

Ces réserves ne sont pas applicables à la recherche des températures locales. C'est là un véritable progrès réalisé dans l'étude des maladies du cœur. Les tableaux que donne M. Péter à l'article *Péricardite* sont d'un grand intérêt, et montrent avec évidence le rapport qu'il y a entre la température locale et le foyer morbide, et son importance au point de vue du diagnostic dans certains cas difficiles. Il est bien entendu que la température doit être comparativement explorée du côté sain.

Dans l'examen nécessairement sommaire que nous faisons ici de l'ouvrage important de M. Péter, nous avons déjà signalé la tendance générale de l'auteur à s'attacher à ce qu'il appelle l'étude dynamique du cœur, en laissant un peu de côté le point de vue *hydraulicien*, qu'il considère comme

une œuvre accomplie par les travaux nombreux publiés depuis quarante ans. La riche innervation du cœur le prédispose tout particulièrement à des névroses, dont l'étude offre un vaste champ de recherches, et qui constitue pour M. Péter toute une branche de pathologie cardiaque. Aussi le voyons-nous, dans les différents chapitres consacrés aux maladies du cœur, réserver une place toute spéciale au rôle de la névrose ou même à celui de la névrite, dont il aurait souvent constaté l'existence et vérifié la nature dans les autopsies. Ces névroses existeraient dans beaucoup de cas, indépendamment de toutes maladies matérielles; mais, ailleurs, elles viennent compliquer celles-ci et ajouter un élément des plus graves à la scène morbide. Elles seraient donc protopathiques ou deutéropathiques. Cette étude de ce qu'on a appelé improprement les maladies larvées (traduisez : *sans souffles*), et dont M. le professeur Sée a eu chez nous l'initiative, paraît être également un point de prédilection pour M. Péter; mais là où d'autres s'attachent surtout à la recherche de lésions peu appréciables pendant la vie, à celles du myocarde en particulier, il poursuit particulièrement l'étude de la névrose dans le syndrome morbide. Ce n'est pas à dire qu'il méconnaisse le rôle de la myocardite, de la péricardite, des altérations graves de l'aorte, auxquelles, tout au contraire, il consacre des chapitres fort étendus; mais il démontre avec insistance le rôle que le trouble fonctionnel ou même l'altération matérielle des cordons nerveux jouent dans la maladie, et explique par là l'évolution fatale de ces affections cardiaques, que tous les médecins d'un certain âge ont rencontrées, et où les troubles circulatoires et respiratoires les plus graves se présentaient, sans que l'examen du cœur permît de constater aucun bruit vasculaire. On comprend que l'auteur se trouve particulièrement à l'aise quand il aborde l'étude de certaines névroses, comme l'angine de poitrine ou le goitre exophthalmique; la facilité avec laquelle il démontre l'influence toujours secondaire de la lésion quand elle existe; l'importance toute spéciale que prennent les troubles nerveux dominant la scène et reléguant au second plan les altérations organiques qu'on peut constater, mais qui font souvent défaut.

Nous n'entrerons pas dans la critique détaillée des différents chapitres consacrés à l'étude des maladies du cœur individuellement étudiées. Mais nous voulons donner le sentiment qui pour nous se dégage de la lecture de cet ouvrage, où l'initiative de l'auteur s'affirme à chaque page. M. Péter est évidemment peu disposé à accepter les traditions, souvent même trop disposé à les repousser, avide de solutions nouvelles d'ailleurs très ingénieusement présentées. L'attrait de ce livre tient surtout à ce qu'on se trouve en présence d'un auteur qui fuit la banalité, passe rapidement sur les faits qu'il suppose généralement connus, développant les points nouveaux, particulièrement ceux vers lesquels se sont portées depuis longtemps ses recherches cliniques. Les critiques ne lui feront pas défaut, et s'offrent, dans bien des cas, tout naturellement à l'esprit. Mais l'impression générale est bonne. Le livre est rempli d'idées neuves : c'est une qualité rare et qui assure son succès.

B.

Diagnostic et traitement des affections oculaires, par les docteurs X. Galézowski et V. Daguenet. — Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils.

L'ouvrage dont MM. Galézowski et Daguenet viennent de faire paraître la première partie n'est pas, comme son titre semblerait l'indiquer, exclusivement consacré au diagnostic et au traitement des affections des yeux. Une telle délimitation dans l'étude des maladies nous paraît, au reste, absolument impossible, et nous ne pouvons que féliciter les auteurs de n'avoir pas suivi leur programme. Eux-mêmes l'ont aussi compris, et sans les exagérer, ils ont donné à l'examen des symptômes et des causes morbides tous les développements nécessaires. En somme, ils ont écrit un traité pratique d'ophthalmologie.

L'ouvrage doit comprendre trois fascicules : celui qui vient d'être publié traite des maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris. Peut-être eût-il été plus rationnel de commencer par la description des affections des annexes de l'organe visuel; mais, en somme, la question offre peu d'importance. Les auteurs divisent les *conjonctivites* en cinq classes, dont quelques-unes présentent plusieurs variétés. Rien à signaler dans la description des conjonctivites catarrhale, granuleuse, diphthéritique, phlycténulaire; ces affections sont aujourd'hui bien connues, et leur thérapeutique est, en quelque sorte, classiquement établie. Nous ne voulons pas dire par là que, notamment en ce qui concerne la nature des granulations vraies, il y ait accord complet entre tous les ophthalmologistes; mais ces discussions anatomopathologiques ne sont pas de mise dans un traité exclusivement pratique. Nous regrettons cependant que, dans leurs nombreuses variétés de la conjonctivite purulente, MM. Galézowski et Daguenet n'aient pas donné place à la forme rhumatismale, si bien étudiée par notre excellent maître M. Perrin. Dans la cure du *ptérygion*, le procédé dit d'*enroulement*, chaudement recommandé, ne nous paraît pas supérieur à l'excision simple, suivie au besoin de quelques attouchements avec le crayon de nitrate d'argent.

Les formes de *kératite* admises par les auteurs sont au nombre de *six* : phlycténulaire, herpétique, interstitielle, granuleuse, suppurative et neuro-paralytique. Avec raison, croyons-nous, ils n'ont pas fait une classe spéciale des kératites ulcéreuses; les ulcères, superficiels, profonds, ou serpigineux de la cornée n'étant, en somme, qu'un des termes des inflammations diverses de cette membrane. Mais, d'un autre côté, l'existence d'une kératite herpétique spéciale ne nous paraît pas suffisamment démontrée. Même en ce moment, où l'on fait jouer aux états diathésiques un rôle parfois exagéré, il s'en faut de beaucoup que l'herpétisme soit admis d'une façon générale. L'étude des staphylômes opaque et pellucide, des opacités et des tumeurs de la cornée termine ce chapitre, le plus intéressant du volume.

Les affections de la sclérotique sont rares et peu variées. Tout au contraire, les affections de l'iris, et en particulier l'iritis, sont des plus fréquentes. Nous ne saurions admettre les multiples formes d'iritis que reconnaissent et décrivent MM. Galézowski et Daguenet. Créer dix espèces d'inflammation irienne : séreuse, plastique, suppurative, syphilitique, rhumatismale, goutteuse, blennorrhagique, scrofuleuse, tuberculeuse, dysménorrhéique, glycosurique, traumatique, sans compter les iritis chroniques et secondaires, c'est compliquer inutilement les descriptions et rendre le diagnostic impossible. Il suffit de parcourir ce chapitre pour se rendre compte des difficultés que l'on soulève ainsi, comme à plaisir. Au moins ces distinctions subtiles sont-elles utiles pour le traitement? Aucunement. A part certaines variétés qui indiquent une médication spéciale, toutes les iritis aiguës nécessitent les mêmes moyens thérapeutiques : antiphlogistiques et mydriatiques. L'emploi de ces derniers est au reste étudié avec le plus grand soin.

Pour terminer ce qui a trait aux affections de la membrane irienne, les auteurs s'occupent successivement de la mydriase, du myosis et des tumeurs de l'iris. Comme dans les chapitres précédents, le diagnostic différentiel et le traitement sont l'objet des plus longs développements.

Ecrit avec clarté, cet ouvrage, qui résume l'expérience de deux praticiens depuis longtemps connus par de nombreux travaux, trouvera sa place à côté des traités plus complets d'ophthalmologie que chaque année voit paraître en France comme à l'étranger.

J. C.

Index bibliographique.

DE L'ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE AUX EXCITATIONS CUTANÉES, par le docteur KÉMHADJIAN MIHRAN. — Thèse de Paris, 1882. A. Parent.

Une des causes multiples, qui, en dehors du mal de Bright, peuvent déterminer l'apparition de l'albumine dans l'urine, réside dans les excitations portant sur le tégument externe. L'auteur, à l'instigation de M. le professeur Bouchard, a entrepris, pour démontrer ce fait et étudier les conditions diverses de sa production, une série d'expériences sur les animaux et a recueilli un certain nombre d'observations cliniques. Des documents qu'il a pu réunir ressortent les conclusions suivantes : l'excitation cutanée, quelle que soit la nature des agents, produit l'albuminurie ; l'albuminurie, qui apparaît presque immédiatement après l'excitation, varie en quantité suivant le degré d'excitation, le pouvoir de l'agent excitant, la durée de son action et l'étendue de la surface excitée. Cette albuminurie, ordinairement temporaire, a une durée en raison directe des conditions précédentes; sous l'influence d'une irritation périphérique extrême elle est susceptible de persistance, avec altération de structure du rein. Elle est dans tous les cas sous la dépendance du trouble de l'innervation vaso-motrice.

LÉSIONS DES ARTÈRES DE LA JAMBE, par le docteur CHARLES NIGEN. Thèse de Bordeaux, 1882. Em. Crugy.

Cette brochure est surtout, ainsi que l'auteur lui-même le reconnaît dans son introduction, un recueil de faits et d'observations nombreuses, puisées aux sources mêmes, dans les auteurs français et étrangers. C'est un répertoire bibliographique précieux que consulteront avec fruit les chirurgiens au sujet des anévrysmes, des blessures, des lésions diverses ou des ligatures des artères de la jambe.

DES VARICES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, par le docteur H. CAZIN, médecin de l'hôpital maritime de Berck-sur-mer. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cet intéressant travail couronné par l'Académie de médecine (Concours pour le prix Capuron, 1879) comprend deux parties principales; dans la première, M. Cazin passe en revue les modifications organiques et constitutionnelles apportées dans l'économie par l'état de gestation, ou liées à l'accouchement et à la puerpéralité; dans la seconde il étudie spécialement les varices pendant les mêmes périodes. La description des varices des membres inférieurs, qui sont les plus fréquentes et les mieux connues, permet à l'auteur d'envisager la pathogénie et l'anatomie pathologique des varices en général : celle-ci comprend l'état des parois veineuses, du sang et des parties voisines dans la dilatation simple et dans la dilatation variqueuse. D'ailleurs les varices des membres inférieurs, qui siègent de préférence sur la saphène interne, peuvent être simples, ou s'accompagner d'un certain nombre de complications telles que rupture et hémorrhagie, œdème, eczéma, érysipèle, ulcère variqueux, coagulation du sang avec menace d'embolie pulmonaire rapidement mortelle. Quant à la pathogénie de la phlébectasie, M. Cazin, à l'exemple du professeur Depaul, ne croit pas pouvoir trancher la question et attribuer aux seules causes physiques et mécaniques, ou à une modification spéciale du sang, ou encore à des troubles trophiques d'origine nerveuse ou vasculaire, le pouvoir de créer l'affection. C'est dans le même ordre d'idées que l'auteur étudie successivement les varices des parties génitales, vulve, vagin, col de l'utérus, ligaments larges; les varices de l'urèthre, de la vessie, du rectum et de l'anus, ainsi que la dilatation variqueuse, plus rare à coup sûr, des veines du tronc. Enfin M. Cazin termine par quelques considérations sur l'influence nocive que peuvent avoir les varices, et surtout leurs complications, sur le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement.

L'OUVRIER MÉGISSIER (*Hygiène professionnelle*), par le docteur CHOQUET. Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'industrie de la mégisserie, qu'il s'agisse de la *mégisserie du mouton* ou de celle *de la petite peau*, comprend un grand nombre d'opérations successives (*dessaignage*, *enchaussenage*, *débourrage*, *palissonnage*, etc.) pour lesquelles on emploie des appareils variés, ou des bains composés de diverses substances en solution dans l'eau. Par suite, l'ouvrier, mégissier ou palissonneur, peut être atteint d'un certain nombre de lésions professionnelles produites par les instruments dont il se sert, par le froid humide auquel il est constamment exposé, ou enfin par l'action corrosive des solutions dans lesquelles sont plongés les cuirs. En outre, le maniement des *cuirs verts*, et parfois l'opération du *reverdissage*, peuvent amener l'inoculation de pustules malignes si la peau provenait d'un animal atteint du charbon. C'est contre de semblables accidents qu'il faut s'efforcer de préserver les ouvriers, en établissant les ateliers suivant les règles de l'hygiène, et en indiquant à chacun, selon l'opération à laquelle il est employé, les précautions qui lui permettront d'éviter les accidents auxquels il se trouve exposé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU DIAGNOSTIC DES FORMES FRUSTES DE LA MALADIE DE BASEDOW, par le docteur PIERRE MARIE, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Si les cas types de la maladie de Basedow, avec goitre et exophthalmie, ne sont pas très rares, les formes frustes sont encore plus fréquentes, et leur diagnostic présente souvent de réelles difficultés. Il existe cependant un certain nombre d'autres symptômes qui permettent de reconnaître l'affection, ou qui doivent, tout au moins, faire songer à son existence. C'est ce que M. Marie a fort bien établi dans son intéressant travail. Le plus important et le plus constant de ces phénomènes pathologiques accessoires est le tremblement; celui-ci présente d'ailleurs dans son rythme, dans son amplitude et dans son mode de production, des caractères assez spéciaux permettant de le différencier des tremblements musculaires qui ressortissent à d'autres affections générales ou locales. L'auteur consacre à la démonstration de ce fait une consciencieuse étude clinique et de nombreux tracés graphiques. A ce tremblement se joint souvent une tachycardie permanente, sans élévation notable de la température; on observe, en outre, dans un certain nombre de cas, de la diarrhée paroxystique, des sueurs généralisées ou localisées, de l'insomnie ou de la toux quinteuse sans expectoration ni signes physiques. La coexistence de l'un ou de plusieurs de ces symptômes, avec le tremblement musculaire spécial, suffira, même en l'absence du goitre et de l'exophthalmie, à caractériser la maladie de Basedow, et permettra d'établir un diagnostic certain.

L'EAU OXYGÉNÉE; SON EMPLOI EN CHIRURGIE, par le docteur L. LARRIVÉ. — Paris, 1883. Alex. Coccoz.

L'eau oxygénée, découverte par Thénard en 1818, et préparée au moyen du bioxyde de baryum et de l'eau acidifiée par l'acide chlorhydrique, possède, ainsi que l'a reconnu le docteur Baldy, des propriétés antifermentescibles très accentuées. Son pouvoir destructif sur les microbes a été mis hors de doute par les expériences de MM. P. Bert et Regnard. Il était donc rationnel de l'utiliser en chirurgie pour le pansement des plaies et le lavage des cavités, naturelles ou accidentelles, où les organismes inférieurs ont une grande tendance à se développer. Des recherches récentes entreprises à cet égard, il résulte que l'eau oxygénée neutre ou très faiblement acide, tuant les ferments figurés au même titre que l'acide phénique, peut être employée pour les pansements partout où l'on se sert actuellement des solutions phéniquées. Jusqu'ici, d'ailleurs, aucun accident résultant de l'emploi en chirurgie de l'eau oxygénée n'a été signalé; on sait qu'il n'en est pas de même pour l'acide phénique. En outre, ce dernier possède une odeur désagréable et pénétrante, tandis que l'eau oxygénée est inodore. A la surface des plaies, elle agit non seulement en empêchant le développement des microbes ou en détruisant ceux qui s'étaient déjà produits, mais aussi par une excitation directe due au dégagement de l'oxygène.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par le docteur HENRI BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette brochure renferme une série de dix observations recueillies dans les services de MM. Grasset et Hamelin, à la clinique des vieillards. Elles présentent un grand intérêt au point de vue de l'étude des localisations cérébrales, que parfois elles viennent

contredire, ou que, tout au moins, elles tendraient à modifier. Tel est, par exemple, un cas de lésion du tiers postérieur de la capsule interne sans hémianesthésie; un autre encore, dans lequel des lésions bilatérales du noyau lenticulaire, et aussi de la capsule externe et du pli courbé du côté droit, chez un pneumonique, n'ont entraîné ni phénomènes paralytiques, ni déviation conjuguée de la tête et des yeux, ni amblyopie de l'œil gauche. Dans une autre observation, on voit un foyer limité au tiers inférieur de la zone motrice corticale entraîner une hémiplégie complète. Une planche lithographiée représentant les schémas correspondant aux lésions relatées dans les diverses observations facilite l'intelligence des descriptions minutieuses qu'elles renferment.

ETUDE SUR LA STATISTIQUE DE LA MORGUE (1851-1879), par le docteur FOLEY. — Thèse de Paris, 1880. A. Parent.

L'auteur étudie d'abord la statistique de la Morgue, par périodes décennales, au point de vue du nombre de cadavres reçus, qu'il subdivise ensuite en deux parts, l'une comprenant les fœtus et nouveau-nés, l'autre les adultes. Pour ces derniers, il les classe suivant le genre de mort : suicide, accidents, mort subite, homicides, et compare les chiffres qui se rapportent aux deux sexes séparément. Dans un intéressant résumé qui termine ce travail, on trouve que le nombre total des réceptions à la Morgue n'a cessé de diminuer de 1851 à 1879, relativement au chiffre de la population parisienne; le nombre des suicides a présenté des oscillations qui ne permettent guère d'établir une loi générale; cependant c'est après les graves événements de 1851 et de 1870-1871 que l'on a constaté les deux maxima dans la courbe qui représente la fréquence de ce genre de mort. Toujours plus fréquent dans le sexe masculin, c'est de vingt à trente ans que le suicide est le plus commun chez la femme, et de trente à quarante chez l'homme; il est rare dans les deux âges extrêmes de la vie; la submersion est le mode le plus employé par les deux sexes, puis viennent ensuite l'asphyxie par le charbon pour la femme, et la suspension pour l'homme. Quant aux morts accidentelles, elles résultent, par ordre de fréquence, de la submersion, de l'écrasement par la voiture, et des chutes d'un lieu élevé.

ÉTUDE SUR LE POIDS DE L'ENCÉPHALE DANS LES MALADIES MENTALES, par le docteur BRA, ancien interne des asiles de la Seine. — Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Après un certain nombre de considérations physiologiques relativement au poids de l'encéphale chez l'homme et chez la femme, suivant l'âge, la nature, la race, d'après les chiffres établis par les divers observateurs, M. Bra compare le poids des mêmes parties des centres nerveux chez les mélancoliques, les maniaques et les déments de tout ordre, au poids moyen physiologique. Peut-être pourrait-on faire bien des objections au sujet d'une relation certaine et régulière entre le poids du cerveau et son fonctionnement intellectuel plus ou moins parfait; mais, quoi qu'il en soit, les chiffres relatés par l'auteur comme représentant le poids de l'encéphale ou de quelques-unes de ses parties constituantes, chez les sujets atteints de maladies mentales, sont des documents qui pourront être intéressants à consulter. Telles sont les proportions suivantes : les poids de l'encéphale et du cerveau en particulier, dans les périodes initiales de la folie, sont supérieurs aux poids moyens physiologiques; les grandes formes de l'aliénation mentale se rangent d'ailleurs dans l'ordre suivant, par progression décroissante du poids de l'encéphale : 1° états mélancoliques; 2° états maniaques; 3° états de démence. Dans un certain nombre d'états de démence, surtout dans la démence seule, le poids du cerveau est inférieur à la moyenne normale, de même que chez les épileptiques non aliénés; au contraire, dans les démences consécutives, et en particulier dans la démence épileptique, les moyennes dépassent le chiffre physiologique. Dans les formes initiales de l'aliénation mentale, les différences de poids entre les deux hémisphères cérébraux ne sont pas plus grandes qu'à l'état sain; mais, dans la démence en général, dans l'épilepsie, surtout accompagnée de troubles psychiques ou de démence, ces différences atteignent des proportions considérables. Il existe des différences notables entre les lobes du cervelet dans toutes les formes d'aliénation mentale.

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES, SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES (18e année, 1882), par le docteur P. GARNIER. — Paris, 1883. Germer Baillière et Cie.

Ce petit *Dictionnaire annuel*, connu depuis longtemps, est un résumé des principaux travaux, des découvertes les plus importantes qui ont été publiées pendant l'année précédente; on y trouve également un article nécrologique rappelant les noms et les titres scientifiques des membres du corps médical qui ont succombé au cours de l'année écoulée. Une introduction, écrite par le docteur Garnier, analyse d'une façon intéressante les tendances de la médecine actuelle, principalement au sujet de la grande question des micro-organismes, et indique clairement chez l'auteur une préférence marquée pour l'observation clinique et les recherches thérapeutiques, ainsi qu'un certain dédain sceptique pour ces expériences de laboratoire, cette chasse au microbe qu'il qualifie du nom de *microbiomanie*.

DU DIAGNOSTIC DE L'ECTOPIE RÉNALE, par M. le docteur Frédéric BURET. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le rein mobile est une affection qui n'est pas très rare, surtout si l'on tient compte des cas assez nombreux où elle peut passer inaperçue; d'ailleurs, lorsqu'elle est diagnostiquée, ce n'est généralement qu'après une période plus ou moins longue, pendant laquelle des erreurs multiples ont été commises au sujet de la véritable nature des troubles éprouvés par le malade. Si la conséquence d'une interprétation fausse des phénomènes morbides n'était pas, le plus souvent, la mise en œuvre d'un traitement inopportun ou même dangereux, on pourrait ne pas s'en préoccuper autrement, mais il est bon de prémunir les médecins contre une intervention dont les résultats ont été parfois préjudiciables aux malades confiés à leurs soins. Pour éviter l'erreur de diagnostic à laquelle donne lieu si fréquemment l'ectopie rénale, il faut, avant tout, avoir présente à l'esprit la possibilité de cette affection; il suffira souvent de songer au déplacement possible du rein pour ne pas s'égarer dans des hypothèses inexactes. Il est nécessaire, en outre, de connaître les signes propres auxquels donne lieu le rein mobile, et de savoir procéder à la recherche de l'organe; or les symptômes sont assez variables, et quelques-uns d'entre eux, considérés comme très importants, ont une existence pour le moins problématique : tels sont le tympanisme lombaire dans la région correspondant au rein déplacé, et la dépression au même niveau. Le meilleur signe sera donc la constatation de la tumeur formée par le viscère dans l'abdomen, tumeur dont la forme et les caractères physiques rappellent ceux du rein normal. On procédera d'ailleurs à la recherche de l'organe flottant, en plaçant une main sous la région lombaire et en déprimant avec l'autre la paroi abdominale : on saisira ainsi, entre les deux mains, la tumeur qu'il s'agit de reconnaître et d'explorer. L'auteur consacre un dernier chapitre au diagnostic différentiel du rein mobile et des autres affections abdominales pouvant prêter à une confusion plus ou moins facile, et donne de minutieux détails bien justifiés par les fréquentes erreurs qui ont été commises.

ESSAI SUR LES HÉMATOCÈLES UTÉRINES INTRAPÉRITONÉALES, par M. le docteur M. JOUSSET, ancien interne des hôpitaux.— Thèse de Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils.

L'hématocèle péri-utérine n'est pas une entité morbide et ne doit pas être décrite comme une maladie spéciale, mais bien comme une affection secondaire, symptomatique d'états morbides absolument divers. Elle est constituée par des symptômes d'hémorrhagie intra-abdominale, par des signes de tumeur pelvienne, ordinairement rétro-utérine, mais pouvant siéger, par exception, en avant de l'utérus. Le syndrôme clinique qui lui appartient a été bien décrit et complètement étudié par la plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies des organes génitaux de la femme; mais ses causes, son étiologie ont été moins nettement établies, et le but du travail de M. Jousset est de fixer d'une façon précise ce point de l'histoire des hématocèles utérines. Il admet à coup sûr l'hématocèle *par rupture*, à début brusque et bruyant, survenant soit pendant l'état de vacuité de la matrice, soit après quelques symptômes de grossesse, mais il la regarde comme relativement rare et souvent mortelle dès son début. De même l'hématocèle

par reflux, qui se produit au cours d'une métrorrhagie, ou à la suite de symptômes plus ou moins longs de dysménorrhée par rétention menstruelle, ne lui paraît répondre qu'à un nombre de faits restreint. Dans la majorité des cas, il admet l'hématocèle *consécutive à la pelvi-péritonite subaiguë*, précédée constamment de symptômes relevant de la phlegmasie péritonéale, et engendrée par la rupture des vaisseaux des néo-membranes organisées à la surface de la séreuse pelvienne. Il en rapporte plusieurs exemples probants, et termine par une discussion consciencieuse du traitement auquel il convient de recourir : il formule, avec raison, ce précepte, qu'il ne faut ponctionner les hématocèles que lorsqu'il existe de sérieuses menaces de rupture du kyste sanguin dans la cavité abdominale.

VARIÉTÉS

MISSION DU CHOLÉRA : M. THUILLIER. — On télégraphie d'Alexandrie une affligeante nouvelle. Un des membres envoyés en Egypte pour y étudier le choléra au point de vue de la doctrine de M. Pasteur, un des élèves les plus chers et les plus distingués de l'illustre savant, a subi l'atteinte du fléau et y a succombé le 18 septembre. Nous n'avons pas besoin de dire quels douloureux sentiments cette mort va faire naître dans le cœur de tous les médecins, de tous les amis de la science et de tous les admirateurs du courage, et quelle sollicitude nouvelle va entourer les autres membres de la mission restés à leur poste pour y poursuivre leur œuvre de dévouement.

Heureusement, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, l'épidémie touche à sa fin : à ce point que, le jour même où nous a été enlevé le jeune physiologiste, la quarantaine imposée à Port-Saïd et aux provenances d'Alexandrie était supprimée.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Gaillardot-bey, ancien médecin sanitaire de France en Egypte, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Kasr-el-Aïn, décédé à Bhamdoun (Mont-Liban), le 17 août 1883, à l'âge de soixante-dix ans; — celle de M. le docteur Socquet, ancien médecin des hôpitaux de Lyon, ancien professeur à l'Ecole de médecine. — On annonce la mort de M. Barrère, élève externe à l'hôpital de la Pitié. — Sont décédés également MM. les docteurs Cucuel (de Montbéliard); Perriquet (de Valenciennes); Cépière (de Cahors).

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Laennec, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de Nantes, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie, vacante par la démission de M. Jousset de Bellesme. — M. Lapeyre, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Laennec. — M. le docteur Stéphane Leduc, licencié ès sciences physiques, est nommé professeur de physique.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — M. le docteur Doleris commencera à la Clinique d'accouchement, le 1er octobre prochain, un cours complet d'obstétrique, théorique et pratique. On s'inscrit 89, rue d'Assas.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — *Concours*. — La commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 3 septembre 1883, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement. Le concours pour l'internat est fixé au jeudi 4 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au vendredi 5 octobre, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'Hospice général). — Le concours pour la suppléance est fixé aux 18 et 19 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

HÔPITAUX DE NANTES. — L'ouverture du concours pour la nomination à une place de médecin suppléant, qui devait avoir lieu le lundi 15 octobre prochain, est reculée au lundi 12 novembre 1883.

MORTALITÉ A PARIS (37e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 septembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 910, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 25. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 28. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 85; au sein et mixte, 50; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 43; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 1.

Conclusions de la 37e semaine. — La mortalité parisienne est de plus en plus faible. 910 décès seulement ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Ce chiffre est encore inférieur à celui que nous constations la semaine dernière (929), et qui était le plus faible qu'on eût observé depuis le commencement de l'année. Si l'on compare le nombre des décès par maladies épidémiques aux chiffres de la semaine précédente, on constate une légère amélioration pour la fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 40), pour la coqueluche (11 décès au lieu de 15), pour la méningite (37 décès au lieu de 43), et pour la pneumonie (28 décès au lieu de 37). Au contraire, la variole, qui n'avait causé que 2 décès la semaine précédente, en a déterminé 5 pendant la semaine actuelle. Les autres maladies épidémiques ou saisonnières sont restées à peu près stationnaires ; telles sont la rougeole (16 décès), la scarlatine (point de décès), la diphthérie (25 décès), l'érysipèle (1 décès), l'infection puerpérale (2 décès), enfin la bronchite aiguë (16 décès). L'athrepsie des enfants du premier âge est la seule maladie saisonnière qui soit en ce moment fréquente à Paris.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi, par M. Mauriac. Pathologie générale des maladies vénériennes. Contagion dans la ville de Paris. Étiologie de la syphilis. Chancre et syphilis primitive. Syphilis virulente et syphilis constitutionnelle. Syphilides. Affections syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané. Traitement de la syphilis, etc. 1 vol. in-8 de 1072 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 18 fr.

Des méthodes antiseptiques en obstétrique (agrégation), par M. Paul Bar. In-8. Paris, A. Coccoz. 5 fr.

Mélanges de clinique chirurgicale, par M. Th. Weiss. In-8. A. Coccoz. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe, par M. Michel Schreider. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets, par M. le docteur Duhourcau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire, par M. le docteur Huc. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Étude clinique sur la maturation artificielle de la cataracte, par M. le docteur de Lapersonne. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Observations à l'appui de la thèse déjà soutenue sur l'ictère grave, par M. le docteur Dupau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Traité complet d'ophtalmologie, par MM. les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. *Anatomie microscopique*, par MM. les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome III, 1re partie, etc. *Réfraction et accomodation*, par M. E. Landolt, avec 120 figures intercalées dans le texte. — Avis. Ce volume sera publié en 3 fascicules. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Prix du tome III complet.. 17 fr.
— L'ouvrage complet, 3 forts volumes in-8. 51 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 20 septembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TOUJOURS LE CUIVRE ET LE CHOLÉRA. — L'ADMINISTRATION SANITAIRE CIVILE COMPARÉE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Toujours le cuivre et le choléra.

On s'étonnera peut-être de la résistance que nous mettons à appliquer au traitement ou seulement à la prophylaxie des maladies contagieuses les résultats, soit des enquêtes sur les immunités professionnelles, soit des travaux de laboratoire sur les valeurs relatives des antiseptiques. Nous en avons déjà donné pour motif, en ce qui concerne l'action du cuivre sur le choléra, un fait plus significatif que tous les autres, puisqu'il en est le criterium décisif, puisqu'il est l'analogue de ce qu'en mathématiques on appelle la *preuve :* nous voulons parler de l'insuccès répété de la médication cuprique dans le choléra; et, si nous voulions nous placer sur le terrain de la prophylaxie, nous aurions, à défaut d'enquête personnelle, la douleur d'invoquer la mort de ce vaillant jeune homme qui était parti pour l'Egypte tout imprégné, dit-on, de ce palliatif, à l'égard duquel des expériences parfaitement conduites d'ailleurs, et très démonstratives en leur genre lui avaient donné confiance. Mais dans une question où la démonstration de fait est exigible de ceux qui affirment, tant qu'elle n'est pas donnée le raisonnement conserve tous ses droits. Toutes les recherches de M. Pasteur lui-même sur les microbes, si elles ne pouvaient manquer de faire admirer son génie expérimental, n'auraient eu que peu d'influence sur la médecine, peu de crédit peut-être auprès des médecins, s'il n'était parvenu à les porter avec succès sur le théâtre de la pathologie. Or, qu'on veuille bien réfléchir à la signification des notes présentées dans les deux dernières séances de l'Académie de médecine, touchant la valeur antiseptique ou, comme on dit, microbicide, du sulfate de cuivre. M. Bochefontaine (*Gaz. hebd.*, n° 38, p. 527) établit que, pour empêcher leur développement dans des macérations végétales ou animales, la proportion de sulfate de cuivre est telle, qu'elle est absolument inaccessible à la thérapeutique; et, de fait, des cobayes ayant reçu la bactériémie par le procédé de Davaine, ceux qui sont soumis à des injections hypodermiques de sulfate de cuivre succombent aussi rapidement et présentent des bactéries dans le sang en aussi grande quantité que ceux qui ont été abandonnés à eux-mêmes. Que répond M. Miquel dans la note lue mardi dernier par M. Bouley? Que « le sulfate de cuivre occupe

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le corps de santé de l'armée anglaise en Égypte. — Une station sanitaire établie à Chypre pour les soldats. Les maladies régnantes de l'île. — Les officiers de santé et le gouverneur de la Guyane anglaise. — Une pendaison en deux temps. — Une signature qui coûte 125 francs. — Empoisonnement par l'opium du fait d'un herboriste. — Facultés de médecine d'Allemagne.

Le corps de santé militaire est depuis quelques années en Angleterre sous le coup d'une transformation radicale. Autant qu'on peut en juger par les articles des journaux professionnels sur ce point, le changement n'aurait rien de spécialement favorable aux officiers de santé; au contraire, ils sont exclus avec un soin jaloux de l'exécution de toutes les mesures qui sont spécialement de leur ressort; il est probable que le but des changements qui ont été faits, c'est de subordonner l'action du commandant en chef. L'expérience acquise en Egypte n'est guère en faveur de ce système; il y a eu des lacunes dans l'organisation, des malentendus déplorables à tous points de vue. C'est précisément une série de fautes et d'inconvénients analogues signalés dans l'expédition d'Egypte au commencement du siècle qui avait provoqué la création des ambulances régimentaires. A la base primitive d'opérations il y avait un hôpital pourvu de tous les services nécessaires à l'alimentation et aux soins des malades. La base d'opérations fut portée plus tard à Ismaïlia, et naturellement l'hôpital suivit, mais une partie du personnel resta à Alexandrie. Les règlements nouveaux prévoient l'existence d'hôpitaux fixes, à régime déterminé, établi sur place avec le personnel nécessaire pour y pourvoir, et d'ambulances de compagnies temporaires et dont l'organisation est naturellement moins compliquée. Dès l'origine, cette mesure eut des effets excellents et la mortalité diminua parmi les malades et les blessés dans des proportions à

un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine animale; qu'il est deux ou trois fois plus antiseptique que les sels de plomb, d'uranium, de thallium, de nickel, » etc. Les affirmations de M. Miquel en cette matière ne prêtent pas au doute; elles s'accordent d'ailleurs avec celles de plusieurs autres expérimentateurs. L'un d'eux, O'Nial (de Dublin), place le même sel au quatrième rang parmi les seize substances dont il a comparé les pouvoirs désinfectants. En réalité, qu'est-ce que cela prouve? Simplement que des bactéridies ou des germes ne naîtront pas ou mourront au contact d'une certaine dose de sulfate de cuivre; mais non que le microbe d'une maladie donnée n'entrera pas dans l'organisme d'un cuivreux, et, une fois entré, n'y vivra pas. C'est l'expérience seule qui peut en décider.

Personne n'ignore ce qui résulte des travaux mêmes de laboratoire, c'est-à-dire : 1° que la vitalité d'un même microbe varie extrêmement suivant le milieu de culture, et qu'un microbe tué dans une infusion quelconque par une certaine dose d'antiseptique peut résister à la même dose dans le liquide sanguin; 2° que la vitalité des microbes varie avec les espèces, et qu'une substance qui tue aisément tel ou tel microbe pourrait avoir peu d'action sur le microbe (présumé) du choléra.

Du reste, un passage doit être retenu dans la note de M. Miquel. Le sulfate de cuivre est plus antiseptique que les sels de plomb, de nickel, de cobalt, de manganèse, etc., « il doit *céder le pas* aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent et du mercure. » Eh bien, que signifie donc cet engouement pour le cuivre? Pourquoi rendre le choléra tributaire de ce métal et non du mercure, ou de l'or, ou de l'argent, ou du platine? D'où vient cette immunité si privilégiée des ouvriers en cuivre? Est-ce qu'on ne travaille pas le mercure ou les métaux précieux? Est-ce qu'il n'y a pas des bijoutiers, des doreurs, des fabricants de timbales et de couverts d'argent, des miroitiers, des fabricants de baromètres et de thermomètres? C'est une remarque à faire que les enquêtes jusqu'ici produites englobent toutes les professions dans lesquelles le cuivre figure parmi les métaux employés. Que ne recherche-t-on la part de chacun d'eux dans les industries où il prédomine; du manganèse, par exemple, ou du zinc, qui touchent au cuivre dans la classification de M. O'Nial? Nous disions récemment que nous étions neutres à l'égard de ces enquêtes; nous pouvons le dire encore. Nous ne les tenons pas pour inexactes, n'en ayant pas la preuve; mais nous ne cessons pas de regarder comme téméraire, d'en faire la base d'une méthode préventive et curative du choléra.

— La séance a été presque entièrement remplie par une réponse de M. le professeur Marey aux objections que lui avait adressées, dans une séance précédente, M. Giraud-Teulon, relativement à ses théories sur la locomotion (*Gaz. hebd.*, n° 36, p. 599). Il nous serait impossible, en ce moment, d'apprécier une discussion où sont mis en cause des principes ardus de mécanique animale. Disons seulement que l'Académie a écouté avec le plus vif intérêt cette communication faite en excellents termes, et rendue plus attrayante tant par des démonstrations au tableau que par la présentation de ces photographies instantanées dont l'auteur a fait un si heureux usage au profit de la physiologie des mouvements (voy. p. 650). Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

A. D.

L'administration sanitaire civile comparée (1).

Depuis quelques années on se préoccupe, en France, avec une plus grande sollicitude des conditions défectueuses dans lesquelles s'y exerce aujourd'hui l'Administration sanitaire civile. Il faut attribuer ce réveil de l'opinion à la comparaison que les Congrès internationaux et bisannuels d'hygiène ont permis de faire entre cette Administration et celle des pays étrangers, chez lesquels elle est plus développée et a un fonctionnement plus assuré. Il en faut surtout faire honneur à tous ceux qui, à Paris et en province, ont établi les recherches de ce genre sur des bases nettement scientifiques et aussi aux Sociétés d'hygiène et de médecine publiques qui, à l'exemple de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, ont donné à ces études et à ces revendications un caractère de bon aloi, étranger à toutes les spéculations dont l'hygiène a été et est encore trop souvent le prétexte.

Je n'ai pas l'intention de reprendre complètement ici, comme je viens de le faire encore récemment, l'étude du

(1) En rendant compte du récent congrès de l'Association française à Rouen, nous avons réservé la présente note, lue le 17 août devant la *sous-section d'hygiène et de médecine publique* du Congrès et dont les conclusions ont été approuvées par les membres de la section et par le Congrès lui-même en séance générale. (*La Rédaction.*)

---

peine croyables. Dans le système qu'on est en train de mettre en vigueur, il n'y a plus d'ambulances régimentaires; les régiments indiens seuls auxquels les mesures nouvelles ont été appliquées en avaient encore, et le service a été beaucoup mieux fait chez eux que partout ailleurs. Il y a eu par-ci par-là des négligences incroyables. A Alexandrie, le commandant s'étant dispensé de prévenir le chef du service de santé du mouvement qu'il allait faire, celui-ci fut pris au dépourvu et pendant longtemps l'hôpital d'Ismaïlia fut assimilé aux ambulances : il n'eut que de mauvais pain à peine cuit. Au Caire, les malades n'avaient ni couchettes ni moustiquaires. Les médecins transmirent leurs réclamations aux chefs de service compétents; les réquisitions nécessaires furent faites lentement et très mal.

— Il faut croire du reste que, pour une raison ou pour une autre, l'état sanitaire du corps d'occupation d'Egypte a laissé depuis l'origine assez sérieusement à désirer. Aujourd'hui que la guerre est finie depuis longtemps, les défauts d'organisation sont moins sensibles, on songe à créer en dehors de l'Egypte une station sanitaire pour les soldats; on a choisi le mont Troados dans l'île de Chypre : il n'est qu'à trente heures de mer d'Alexandrie et présentera beaucoup d'avantages pour les invalides; il paraît du reste que la vieille réputation d'insalubrité du pays n'était nullement méritée ou du moins qu'elle ne l'est plus aujourd'hui. En fait la première année de l'occupation anglaise fut peu favorable. Les troupes étaient mal installées; les adversaires politiques du cabinet tirèrent parti de cet état de choses et envoyèrent à Londres des récits volontairement chargés. Le rapport du commissaire sanitaire du gouvernement de Chypre pour 1881 vient de paraître; il réduit à leur juste valeur les objections pessimistes antérieurement formulées. Les affections dominantes dans l'île sont la fièvre palustre, les ophthalmies, le rhumatisme sous toutes ses formes, la syphilis et les maladies des organes respiratoires. Partout

problème de l'organisation de l'Administration sanitaire en France; mais il m'a semblé qu'il n'était peut-être pas inutile, au moment où l'Association française pour l'avancement des sciences fait aux hygiénistes l'honneur de donner un cadre spécial à leurs communications, de montrer en quelques lignes les différences essentielles qu'il importe de connaître entre l'Administration sanitaire civile dans les divers pays et la nôtre.

Qu'il me soit permis do rappeler tout d'abord que, dans un certain nombre de rapports et de mémoires publiés dans plusieurs journaux politiques, de médecine et d'hygiène et communiqués en partie à la Société de médecine publique de Paris (1) et à l'Académie de médecine (2), j'ai, depuis quatre ans, essayé de préciser, un peu plus que mes nombreux devanciers dans cette même étude, l'incohérence de nos services de médecine publique, leur défaut d'autonomie, ainsi que l'absence presque absolue de compétence de la part de leur pouvoir exécutif. Et cependant ni les institutions, ni les hommes, ni les enseignements ne manquent pour remédier promptement à un tel état de choses.

Chemin faisant, j'ai dû comparer notre Administration sanitaire, c'est-à-dire l'ensemble des services administratifs organisés en vue de maintenir et de préserver la santé publique, avec celle des pays étrangers. Il m'a fallu en conclure que la plupart de ceux-ci avaient fait, au point de vue pratique, des progrès considérables à cet égard, principalement depuis plusieurs années, et que, comme conséquence directe, la vie moyenne y a augmenté dans des proportions assez grandes, grâce surtout à la diminution de la mortalité par les affections contagieuses, celles que l'hygiène publique rend tout particulièrement « évitables ».

J'ai pu toutefois montrer que notre législation pouvait permettre d'obtenir, sans modifications essentielles, les mêmes résultats, pour peu qu'on donnât à l'Administration appropriée l'autonomie, la compétence et la responsabilité dont elle est, dans notre pays, à peu près complètement dépourvue. Car ici, comme en tant d'autres sujets, l'initiative est venue de la France; mais l'application de nos idées est depuis longtemps chose faite à l'étranger, quand nous songeons à les réaliser. Or, pour peu qu'on examine l'Administration sanitaire civile dans la plupart des pays, on ne tarde pas à remarquer que, depuis le commencement de ce siècle, et surtout dans les vingt-cinq dernières années, les diverses nations civilisées, quelle que soit la forme de leurs gouvernements, se sont toutes efforcées de se prémunir contre les épidémies et contre toutes les causes d'insalubrité à l'aide d'une Administration spéciale et d'une législation adaptée à ce but.

(1) Voy. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. II à V, *passim*
(2) Voy. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883.

Deux faits dominent cette étude rétrospective : c'est d'abord qu'une nation ne saurait se mettre à l'abri contre la genèse et la propagation des affections contagieuses, ni se défendre contre les dangers inhérents aux mauvaises conditions de salubrité des milieux où elle doit vivre, qu'en confiant le soin à un pouvoir *autonome, compétent et responsable*, pour rappeler encore une fois la formule qui en indique si nettement les qualités nécessaires. On ne lutte contre de tels ennemis qu'en assurant l'intégrité continue et les progrès constants de ses armes et, pour les combattre, il faut une attention soutenue et des connaissances scientifiques et administratives qui ne s'acquièrent qu'au prix d'études particulières. D'autre part, la législation applicable à l'hygiène publique, pour qu'elle puisse se mettre en harmonie avec les progrès si considérables depuis quelques années de la médecine préventive, peut avoir une forme identique quant aux principes, quel que soit le peuple auquel elle s'adresse.

En ce qui concerne l'Administration sanitaire civile comparée, si nous en recherchons seulement les grandes lignes, nous voyons qu'elle comprend partout : 1° des commissions spéciales, possédant des connaissances techniques variées et indiquant les solutions nécessaires; 2° un pouvoir compétent, chargé de les appliquer et ne pouvant s'y soustraire. C'est là, du moins, ce qui se dégage de cette étude dans les divers pays.

Ainsi, à quelque degré de la hiérarchie administrative que nous nous placions et quelle que soit, je le répète, la forme de gouvernement, tous les efforts tentés par les hygiénistes et les pouvoirs publics se dirigent dans ce sens.

En résumé, auprès du pouvoir central, un Conseil supérieur consultatif, et quelquefois même dirigeant, existe aujourd'hui dans tous les pays. Partout il possède un droit régulier d'initiative, inscrit dans la loi et non confié à la discrétion d'une administration plus ou moins hétérogène. — (Il n'en est pas de même en France.)

L'administration sanitaire forme aujourd'hui une Direction autonome dans la plupart des pays. — (Il n'en est pas de même en France.)

Cette direction autonome qui, en Angleterre, constitue

---

où le sous-sol est marécageux, on est sûr de trouver des affections paludiques, surtout lorsque la décomposition des matières végétales est favorisée par une température moyenne élevée. Le rapport propose des améliorations dont le résultat serait de rendre excellente la salubrité des villes. Ces améliorations seront-elles réalisées? Peut-être même dans les colonies le bon vouloir de l'administration laisse parfois à désirer. A la Guyane, par exemple, il existe depuis bien longtemps des tiraillements entre le gouvernement et les services médicaux de la colonie. Plusieurs officiers de santé ont écrit à ce sujet des lettres que le *Bristish medical Journal* a publiées. Nulle part l'autorité n'aime la lumière trop vive; il faut voir comme la feuille et ses correspondants ont été traités par le gouverneur et le secrétaire général de la colonie. Les articles publiés sont traités de calomnies, leurs auteurs sont des médecins sans dignité ni considération, qui ne rêvent qu'à semer le mécontentement et le désordre. Le journal incriminé fait une justification très inutile. Les officiers de santé, malgré les services qu'ils rendent, sont peu appréciés; on les traite avec un sans-gêne arrogant que supporteraient difficilement les médecins de la métropole; on emploie des procédés d'homme d'affaires madré et peu scrupuleux pour diminuer leur traitement. Et quand la santé est usée par un séjour prolongé dans un climat terrible, dans les hôpitaux, on les renvoie dans la métropole avec une retraite annuelle de 1500 francs.

N'est-ce pas là une situation enviable à tous points de vue? Comme on comprend bien l'indignation d'un haut fonctionnaire de Sa Majesté britannique lorsque des gens pourvus de tant d'avantages osent élever la voix et se plaindre et qu'un journal professionnel est assez bon pour accueillir leurs doléances!

Il arrive de temps en temps de terribles choses dans les exécutions juridiques. Malgré leur respect pour leurs traditions historiques, il est probable que les Anglais s'apercevront un jour que le gibet national est un instrument qui a

même un pouvoir à part, est partout centralisée au Ministère de l'intérieur comme étant le plus directement chargé de la police générale et administrative à laquelle se rattache assurément l'hygiène publique, sauf en Prusse et dans le Mecklembourg-Schwérin (seuls pour l'Allemagne) et en Danemark; encore dans ces pays forme-t-elle une Direction spéciale, très autonome, des ministères dont elle fait partie. — (Il n'en est pas de même en France.)

Les pouvoirs locaux, dont les prérogatives et la compétence essentielles en matière d'organisation et de législation sanitaires sont partout confirmées par des lois spéciales ou par les lois générales d'administration, ont, auprès d'eux, dans la plupart des pays (Angleterre, Allemagne, Belgique, Autriche, Hongrie, Danemark, Espagne, Italie, Portugal, Roumanie, Russie, Serbie, Suède-Norwège, Suisse, États-Unis), des fonctionnaires sanitaires spéciaux. — (Il n'en est pas de même en France.)

Les grandes villes, et surtout les capitales, dont la population, plus considérable et plus exposée que toute autre aux diverses influences contraires à la santé publique, exige des services sanitaires complets, ont, pour la plupart, depuis quelques années, des *bureaux ou services d'hygiène*, organisés de telle sorte qu'il n'est pas un cas d'affection contagieuse pour lequel la prophylaxie ne soit assurée dans les vingt-quatre heures qui suivent sa constatation, et que les causes d'insalubrité n'y soient promptement combattues. — (Il en est de même en France au Havre; en partie à Reims, Nancy et Marseille; il n'en est pas de même à Paris.)

Les pouvoirs administratifs, intermédiaires entre les gouvernements centraux et les pouvoirs locaux, c'est-à-dire ceux des provinces, cercles, districts, départements, comtés ou cantons, suivant les nations, possèdent auprès d'eux, pour la très grande majorité, des conseils doués du droit d'initiative et des fonctionnaires sanitaires spéciaux. — (Ces conseils existent en France; ils fonctionnent à peine, sauf trois. Trois fonctionnaires sanitaires spéciaux existent dans nos départements, car on ne peut compter parmi eux les très nombreuses personnes choisies parmi les membres du corps médical, les architectes, les chimistes et les ingénieurs, etc., auxquelles l'administration fait appel, plus ou moins régulièrement, et sans rémunération ni autorité suffisantes, dans des cas spéciaux et très limités.)

L'administration sanitaire est généralement confiée, dans la plupart des pays, à des fonctionnaires choisis à la suite d'examens spéciaux (Angleterre, Allemagne, Autriche, Hongrie, Danemark, Espagne, Hollande, Italie, Portugal, Roumanie, Serbie, États-Unis), ou ayant une compétence reconnue par des travaux antérieurs (Belgique). Leurs connaissances doivent être à la fois scientifiques et administratives. — (Il n'en est pas de même en France.)

L'enseignement approprié à l'administration sanitaire existe chez plusieurs nations, même dans des Instituts spéciaux. — (Il n'en est pas de même en France.)

Le corps médical joue un rôle des plus importants, prépondérant le plus souvent, tant dans les conseils que pour l'administration sanitaire civile elle-même, dans tous les pays. — (Il n'en est pas de même en France.)

Toutefois la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques est organisée, dans tous les pays du monde, aussi bien au point de vue législatif qu'au point de vue administratif, avec la compétence, l'autonomie et la responsabilité nécessaires, surtout depuis les Conférences internationales de Paris, de Constantinople et de Vienne, où la France a exercé une influence décisive à cet égard. Et même notre loi du 3 mars 1822, qui forme comme notre sauvegarde dans les circonstances actuelles, a servi de modèle ou du moins de guide à diverses nations.

De même, la police sanitaire des animaux est armée aujourd'hui, dans tous les pays sans exception, d'une législation complète et d'une organisation administrative spéciale.

Il reste donc, surtout en France, où ces services, du moins, fonctionnent aussi bien que partout ailleurs, à faire bénéficier des mêmes avantages la prophylaxie des maladies contagieuses humaines à l'intérieur du pays.

Plusieurs nations, depuis quelques années, ont réuni en un Code sanitaire particulier, comprenant une sanction pénale suffisante, toutes les prescriptions de la législation applicables à cet objet. — (Il n'en est pas de même en France.)

Enfin, partout où l'information officielle de tous les cas d'affections contagieuses, la désinfection, l'isolement et, en cas de variole, la vaccination (mesures à peu près inconnues en France, sauf la dernière, et nullement généralisées) ont été surveillés, contrôlés et exécutés grâce à une administration sanitaire présentant les qualités depuis longtemps indiquées et rappelées plus haut, partout, disons-nous, où ces mesures ont été prises, la mortalité par les affections contagieuses n'a pas tardé à suivre une décroissance de plus en plus marquée et le taux de la vie moyenne s'y est élevé.

La recherche des moyens et des progrès qui ont amené ces résultats s'impose donc à tous ceux qui se préoccupent

---

fait son temps, qu'il serait bon de le mettre à la retraite; espérons qu'ils ne songeront pas à lui donner un remplaçant et que la dernière pendaison qui aura lieu dans le Royaume-Uni sera la dernière exécution capitale. Un fait épouvantable s'est produit lors de l'exécution de James Boston, dans la prison de Durham. Après que la trappe avait été abaissée, que le condamné avait été lancé dans l'espace, la corde eut pendant quelques instants des oscillations si énergiques, qu'il était manifeste pour tout le monde. Il fallut que le bourreau, après avoir appelé un gardien à son aide, hissât de nouveau le malheureux sur la plate-forme. Il n'avait même pas perdu connaissance : « Mon Dieu, ayez pitié de ma pauvre âme, » disait-il pendant qu'on procédait une seconde fois à sa toilette et qu'on plaçait la corde de manière qu'elle pût remplir proprement son office.

« C'est une chose essentiellement choquante pour tous les cœurs sensibles, dit la *Medical Press and circular*, que le pauvre diable ait éprouvé deux fois les angoisses de la mort, en même temps qu'une douleur physique épouvantable. Sans doute, c'était un misérable, mais les particularités de l'exécution ne neutralisent-elles point l'effet de la sentence? Au lieu de songer au crime et à son châtiment, on ne voit plus qu'un malheureux torturé et toute l'horreur est pour la loi grâce à laquelle de pareilles choses arrivent. » Il est fâcheux que le rédacteur s'arrête au beau milieu du chemin, et qu'au lieu de réclamer la suppression de la peine de mort, seule solution radicale et logique du problème, il demande simplement l'adoption de mesures propres à l'appliquer avec promptitude et délicatesse.

— Une question de jurisprudence professionnelle qui préoccupe beaucoup nos confrères d'outre-Manche, c'est celle des certificats de décès, délivrés par les assistants non qualifiés de médecins. Malgré la multiplicité des titres, il existe en Angleterre beaucoup de praticiens irréguliers; aucune loi ne permet même de les atteindre, car le délit

de la prospérité et de la vitalité de la France, tout spécialement aux administrateurs et aux membres du corps médical appelés à y exercer le principal rôle; aussi croyons-nous devoir reproduire de nouveau le vœu adopté déjà trois fois par l'Académie de médecine, deux fois par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, par la Société de statistique, le Congrès des sociétés protectrices de l'enfance, le Congrès international de Turin, etc., à savoir :

Qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'Administration sanitaire civile soit confiée en France à une Direction administrative autonome, compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes.

A.-J. Martin.

Contributions pharmaceutiques.

DÉODORISATION DE L'IODOFORME.

Nous relevons dans le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, qui les emprunte évidemment à quelque autre recueil, trois formules de M. le docteur Langlebert où la coumarine est associée à l'iodoforme dans le but de faire disparaître la mauvaise odeur de ce médicament.

Première formule.

Iodoforme pulvérisé.......	5 centigrammes
Coumarine...............	1 —
Excipient................	q. s.

Pour une pilule toluisée (aucune éructation ni mauvaise haleine à redouter).

Deuxième formule.

Iodoforme pulvérisé.......	1 gramme
Coumarine..............	20 centigrammes

Mêlez intimement, pour faire une poudre sans odeur caractéristique.

Troisième formule.

Iodoforme..............	1 gramme
Alcool..	q. s.
Coumarine..............	25 centigrammes

Pour faire une solution.

Il y aurait véritablement intérêt à faire disparaître l'odeur de l'iodoforme, qui est assez désagréable pour mettre un obstacle sérieux à l'emploi du médicament, surtout dans la pratique civile. Nous avons donc voulu vérifier les assertions de M. Langlebert et nous avons exécuté ses formules; or nous avons le regret de dire que, dans la poudre comme dans la solution, l'odeur si suave de la coumarine nous a paru dominée absolument par celle de l'iodoforme. Et, si l'on songe que la coumarine coûte 750 à 800 francs le kilogramme, on fera bien, suivant nous, de se priver de l'onéreux concours de la parfumerie. L'iodoforme est déjà assez cher par lui-même sans qu'il y ait lieu d'augmenter encore son prix dans les préparations par des additions inutiles, et il faut nous résigner à être encore infectés par l'iodoforme. Le mieux, quant à présent, est d'aromatiser le médicament par l'essence de menthe.

P. Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Étude critique sur la tuberculose articulaire, par M. Marboux, médecin-major des hôpitaux militaires.

I. — Introduction.

De tout temps les tumeurs blanches ont été considérées comme la manifestation d'un vice constitutionnel : le principe goutteux et rhumatismal, invoqué presque exclusivement pendant longtemps, ne pouvait expliquer cette inflammation végétante, cette prolifération de la membrane synoviale et de la moelle osseuse, cette tendance à la fonte purulente, qui caractérisent ce genre de phlegmasies articulaires.

Quant à la syphilis, son action a été acceptée sans preuves suffisantes : les cas qui ont servi de base au mémoire de M. Richet sont des exemples de tumeur blanche chez des syphilitiques, mais la nature syphilitique des lésions articulaires n'est nullement prouvée. C'est la scrofule qui a été le plus généralement mise en cause.

Du jour où les tumeurs blanches ont été distinguées nettement des autres lésions articulaires, on a remarqué qu'on les observait surtout chez les sujets à tempérament scrofuleux, et l'opinion de la plupart des auteurs classiques sur leur origine constitutionnelle s'est traduite par la désignation d'*arthrite scrofuleuse*.

Aujourd'hui encore on peut dire sans crainte d'être démenti que ces phlegmasies articulaires sont considérées par la généralité des médecins comme une manifestation de la scrofule.

Mais que doit-on entendre par scrofule ?

---

d'exercice illégal n'existe pas; il est même peu probable que jamais législateur songe à le réprimer; dans de pareilles conditions les sociétés médicales s'appliquent surtout à prévenir les usurpations de titre, les empiétements; l'État réserve certaines fonctions aux médecins qu'il reconnaît; il admet seulement la valeur de leurs certificats. Se borner à signer dans ces conditions une attestation écrite par un autre, c'est tourner habilement la loi. La *Medical alliance Association* a porté une plainte contre un chirurgien de Batley, M. Broughton, l'accusant d'avoir délivré un faux certificat; le juge a donné raison à l'Association demanderesse et le défendeur a été condamné à 5 livres d'amende. Voici comment s'étaient passées les choses : M. Broughton avait pour assistant un de ses frères qui avait étudié pendant quatre ans la médecine à l'École de Leeds, mais n'avait pu prendre de grade faute d'avoir subi l'examen préliminaire. Il soigna jusqu'au dernier moment une certaine Elisa Mundy, que son frère avait vue deux fois seulement. La mort eut lieu le 9 janvier et M. Broughton jeune remplit le corps du certificat, que son frère signa. Il fut démontré au procès que celui-ci n'avait pu voir la malade le jour du décès et cela suffit pour motiver la condamnation. On ne saurait blâmer la sévérité des juges.

En revanche l'indulgence est de règle lorsque des accidents sont survenus à la suite de l'administration d'un médicament par un empirique ignorant ou sans qualification. Vous avez, disent les magistrats anglais, des praticiens qui ont fait leurs preuves, que l'État vous prépare et vous recommande; vous n'en voulez pas, vous accordez votre confiance à d'autres; c'est votre droit, mais si vous vous trompez, tant pis pour vous ; que le médecin de votre choix vous martyrise ou empoisonne, l'État n'en a cure. Libre à vous de faire un plongeon dans la cataracte du Niagara, sous prétexte que c'est le plus agréable des bains froids, ou de vous faire conduire dans l'éternité par un herboriste mal renseigné sur l'efficacité d'un médicament. La chose est arrivée à un cordonnier de Leicester appelé Charles Hanger. Comme il ne pouvait

Définir cette maladie est une tâche difficile devant laquelle ont reculé ceux-là mêmes qui l'ont le mieux étudiée.

La plupart se sont contentés pour toute définition d'une énumération descriptive des lésions par ordre chronologique. L'existence d'un lieu, d'une cause constitutionnelle commune à toutes ces lésions est généralement admise. Mais l'accord cesse quand il s'agit de déterminer la nature de cette cause, de ce vice diathésique.

Les pathologistes ont remarqué de bonne heure les rapports de parenté qui existent entre la scrofule et la maladie tuberculeuse et ont donné différentes explications qu'on peut résumer dans les trois opinions suivantes :

La première reconnaît aux deux maladies une parenté d'origine, mais maintient entre elles une distinction profonde et conserve à chacune son individualité.

La deuxième fait rentrer la tuberculose dans la scrofule : cette manière de voir, qui est celle de Graves, s'appuie sur l'existence chez le plus grand nombre des phthisiques des attributs du tempérament scrofuleux, et sur la coïncidence fréquente des lésions ganglionnaires et osseuses avec les lésions pulmonaires.

Une troisième doctrine née dans les laboratoires d'Allemagne, remise en honneur depuis une dizaine d'années et adoptée par une partie de l'école histologique française, tend au contraire à rayer la scrofule du cadre pathologique et à rattacher à la tuberculose les lésions décrites jusqu'à présent comme scrofuleuses, notamment celles des synoviales articulaires et des épiphyses dans la tumeur blanche. Il n'y aurait plus de scrofule ni de lésions scrofuleuses, mais seulement de la tuberculose et des tuberculoses locales.

L'application de ces idées à la pathologie articulaire a donné naissance à la doctrine de la *tuberculose articulaire* que nous nous proposons d'examiner dans ce travail.

II. — Origines de cette doctrine.— Travaux des écoles histologiques allemande et française. — Scrofule et tuberculose, tuberculoses locales.

Depuis une quinzaine d'années, l'étude de la scrofule est entrée dans une voie au bout de laquelle cette maladie ou plutôt cette expressian nosologique est appelée, dit-on, à disparaître.

Certains anatomo-pathologistes prétendent même que la démonstration de la fausseté, de l'inanité de cette formule est déjà faite, qu'il n'y a pas de « lésions scrofuleuses ».

Pour M. Villemin, chez qui l'histologiste est doublé d'un clinicien remarquable, la scrofule disparaît comme maladie, mais il reste le *scrofulisme*, c'est-à-dire une suractivité morbide du tissu végétatif, qui est au tissu conjonctif ce que le *nervosisme* est au tissu nerveux (1).

(1) Discussion sur la scrofule et la tuberculose, in *Soc. méd. des hôp.*, 1880-81.

D'autres savants ne font pas même cette concession à l'observation clinique et aux idées reçues jusqu'à ce jour ; ils nient la scrofule comme maladie et comme diathèse, et ne reconnaissent que des affections tuberculeuses et des sujets tuberculeux.

Cette doctrine est née en Allemagne, elle a pour point de départ les recherches histologiques de Friedlander et de Koster.

C'est en 1871 que parut le travail du premier de ces auteurs sur les *tuberculoses locales*, dans lequel il s'attachait à démontrer l'identité de la scrofule et de la tuberculose en se fondant sur les manifestations cliniques de ces deux maladies et surtout sur leurs caractères anatomiques. La preuve anatomique était la présence dans les lésions tuberculeuses et dans celles dites scrofuleuses du nouveau représentant anatomique de la tuberculose, le « *tubercule embryonnaire* » découvert par Friedlander dans le lupus cutané, et par Koster dans les bourgeons synoviaux des tumeurs blanches : tubercule presque microscopique et composé de trois zones cellulaires : « au centre une cellule géante formant » à elle seule la première zone et entourée d'une couronne » composée de plusieurs couches épithélioïdes qui repré- » sente la deuxième ; autour de celle-ci de nombreuses cel- » lules embryonnaires en voie de transformation épithé- » lioïde. »

Dans la pensée de ceux qui l'avaient observé, cet élément anatomique détrônait la granulation demi-transparente de Laennec et lui enlevait sa valeur spécifique pour la détermination anatomique de la tuberculose.

En France, M. Charcot adopta la tuberculose de Friedlander, en donna la même description sous le nom de follicule tuberculeux et lui accorda la même signification, la même valeur spécifique. Pour lui aussi le follicule tuberculeux est le « *tubercule* » ; la granulation de Laennec n'est qu'une agglomération de follicules tuberculeux. Ces idées accueillies favorablement suscitèrent tant en France qu'en Allemagne de nombreuses recherches, au cours desquelles on trouva, dans beaucoup de lésions scrofuleuses, le nouvel élément histologique ; et comme on en avait fait dès sa naissance la caractéristique anatomique de la tuberculose, tous les processus où l'on constatait sa présence étaient déclarés tuberculeux : de là cette foule de tuberculoses locales décrites par Friedlander.

On ne s'en tint pas longtemps à la simple constatation des faits anatomo-pathologiques ; la présence du nouveau tubercule type dans les lésions décrites jusqu'alors comme scrofuleuses fit naître l'idée que la scrofule n'existe peut-être pas en tant que maladie distincte, que c'est là une formule nosologique non justifiée et que tout ce qu'on avait rapporté à cette diathèse devait faire retour à la tuberculose.

---

dormir depuis plusieurs nuits, il raconta la chose à son voisin l'herboriste. Celui-ci, après avoir cligné de l'œil et secoué la tête d'un air entendu, déclara que c'était très grave et qu'il fallait pour avoir raison d'une pareille insomnie une médication d'une énergie exceptionnelle. Il administra au cordonnier deux grains et demi, c'est-à-dire à peu près 18 centigrammes d'opium, *en une seule fois*. Le malade s'endormit si profondément, qu'il dort encore. On a fait une enquête. L'autopsie a démontré que la mort était due à un empoisonnement par l'opium. Malgré tout, on n'a pas poursuivi. Il n'y a guère plus de cent lieues de Paris à Leicester, et, si l'on compare les idées et les manières de voir des magistrats des deux pays, on croira difficilement qu'ils habitent le même hémisphère. A Paris, un pharmacien qui avait délivré de la morphine sans ordonnance ne peut se faire payer ; on le condamne même à des dommages-intérêts et à la prison. A Leiceister, on renvoie tranquillement chez lui un herboriste qui avait empoisonné son voisin sous prétexte que son intention n'était pas de l'empoisonner, mais de le soulager. Il y a de part et d'autre de l'exagération ; même dans les choses de la médecine, il nous paraît bon de tenir compte du droit commun. Un individu cause un préjudice à un autre par légèreté ou ignorance, il semble qu'il lui doit légitimement une réparation. Mais la sollicitude méticuleuse de la loi française vaut encore moins que l'insouciance anglaise. La protection forcée ressemble singulièrement à une oppression. Presque tout le monde a sa petite foi médicale particulière, son credo empirique. Le maçon qui s'est blessé va demander quelque chose à l'herboriste pour mettre sur sa plaie, espérant faire l'économie d'une consultation et payer moins cher que chez le pharmacien ; plus d'une dame du monde a consulté une somnambule ou un magnétiseur, qui lui a fait au besoin une ordonnance. Si les clients sont mécontents et dénoncent les praticiens irréguliers, nous ne voyons nullement pourquoi l'État se charge de venger leur déception et partage leur mauvaise humeur. Vous avez été

Cette idée fut de suite en faveur et « on vit tous les efforts » des histologistes se porter sur l'examen des affections scro» fuleuses graves susceptibles d'être ramenées à la tuber» culose par l'analyse microscopique (1) ».

M. Brissaud, élève de Charcot, à qui nous empruntons cette phrase, est un de ceux qui ont adopté avec le plus d'ardeur les idées allemandes et qui sont allés le plus avant dans cette voie, au bout de laquelle se trouve la confusion des grandes diathèses.

De la plupart de ces chercheurs on peut dire que leur opinion était déjà faite et que dans leur esprit la scrofule était condamnée avant l'enquête.

Cette nouvelle formule histologique simplifiait, du moins en apparence, la question des diathèses en donnant une base anatomique commune à plusieurs de ces affections générales considérées jusqu'alors comme distinctes.

Cette base anatomique se simplifiait elle-même de plus en plus sous l'œil des observateurs : le *follicule tuberculeux* était encore un élément trop complexe : Schüppel alla chercher au sein de ce follicule la cellule géante qui en est le centre de formation presque constant et fit de cette cellule seulement le *tubercule vrai*. C'était le dernier mot de la simplification; la cellule tuberculose était annoncée au monde médical comme l'avait été jadis la cellule cancéreuse.

On devine facilement à quelles conclusions devait aboutir une enquête entreprise dans ces conditions.

Les lésions scrofuleuses furent examinées une à une, soumises au contrôle du microscope et de l'inoculation : à la suite de cet examen et de ces expériences la plupart ont été déclassées, rattachées au tubercule sous le nom de tuberculoses locales.

C'est à peine si les partisans de l'unité de diathèse laissent en dehors du champ de la tuberculose certaines scrofulides des muqueuses et de la peau ; ce n'est d'ailleurs qu'une halte dans leur œuvre de simplification à outrance, car ils annoncent comme conséquence prochaine et inévitable des découvertes de l'histologie l'absorption complète de la scrofule par la tuberculose.

Naturellement l'enquête a porté d'abord sur les lésions scrofuleuses les plus graves, sur celles des tissus où le tubercule avait déjà été signalé et notamment sur les processus suppuratifs du tissu osseux; des travaux furent entrepris en France et en Allemagne sur les diverses formes de l'ostéite chronique. La conclusion de ces études, auxquelles se rattachent les noms de Koster, König, Hueter, Volkmann, Brissaud, Kiener, etc. (2), est que tous les processus suppuratifs décrits par les classiques sous les noms de carie scrofuleuse, ostéite chronique épiphysaire, ostéite fongueuse, sont de la tuberculose osseuse caractérisée par la présence du nouvel élément tuberculeux, et par conséquent que les altérations osseuses des tumeurs blanches doivent être toutes rapportées à l'ostéite tuberculeuse. Il en serait de même des lésions de la synoviale, des fongosités intra et extra-articulaires.

L'anatomie pathologique de la tumeur blanche devient ainsi un chapitre de celle de la tuberculose et la doctrine de la tuberculose articulaire s'élève sur les ruines de l'arthrite scrofuleuse.

Applications à la pratique chirurgicale. — Cette nouvelle manière d'envisager les lésions scrofuleuses était de nature à en modifier considérablement le traitement le jour où elle franchirait l'enceinte des laboratoires pour pénétrer sur le terrain de la clinique. « Il était facile de prévoir à quels abus l'esprit de système entraînerait la chirurgie allemande une fois qu'elle aurait commencé sa chasse au tubercule. » Les malades ont été souvent victimes de cet empressement à les débarrasser d'un ennemi avec lequel ils vivaient et auraient pu vivre longtemps en bonne intelligence, et on peut dire de cette guerre au follicule tuberculeux ce que M. Jaccoud disait hier de la guerre aux microbes, « qu'on vise le tubercule et qu'on abat le malade ».

Le tubercule étant désormais réduit aux dimensions et aux caractères d'un élément banal, commun à toutes les néoformations à leur début, on comprend qu'il est peu de processus inflammatoires chroniques où l'on ne puisse constater sa présence. Or sa virulence, sa tendance à la généralisation créent un danger qu'on ne saurait combattre plus efficacement qu'en supprimant le foyer, quelles que soient ses dimensions et son degré d'évolution. Voilà le point de vue auquel se sont placés les chirurgiens allemands, voilà la source de ces interventions hâtives présentées comme mesures prophylactiques : l'extirpation des ganglions, le curage des abcès et des gaines tendineuses, l'ouverture des articulations, le raclage des membranes synoviales, l'abrasion des épiphyses et leur résection partielle à la moindre menace d'altération.

On peut dire que les chirurgiens allemands se sont livrés, au nom du follicule tuberculeux, à une véritable orgie de résections préventives. On est effrayé quand on parcourt les comptes rendus de cliniques allemandes du nombre d'articulations ouvertes, raclées, curées, réséquées; et les belles statistiques de cette chirurgie à grand fracas ne parviennent pas à nous enlever nos doutes sur sa légitimité. Que ces opérés survivent, qu'ils guérissent même avec un retour partiel du fonctionnement de la jointure, cela ne prouve pas la légitimité de l'intervention sanglante; car dans les pays où la chirurgie est moins entreprenante on obtient les mêmes

(1) *Études sur les tuberculoses locales*, in *Arch. de médecine*, 1880.

(2) Kiener, in *Discussion à la Soc. méd. des hôp.* ; Brissaud, *De la tuberculose articulaire*, in *Revue mensuelle*, 1879 ; Lannelongue, *De la tuberculose osseuse et des abcès tuberculeux*, Paris, 1881.

---

trompés, c'est bien fait : si vous aviez un peu réfléchi, moins cru au merveilleux, la chose ne serait pas arrivée.

— Terminons par une petite statistique empruntée à la *Revue internationale de l'enseignement* (15 septembre 1883) et relative à la population des Facultés de médecine de l'empire d'Allemagne pendant le semestre d'été 1883. Berlin est en tête avec 773 étudiants, puis viennent Munich (707), Leipzig (604), Wurzbourg (600), Breslau (397). Gussen n'en a que 108, et Rostock 61. Citons enfin le chiffre de Strasbourg (213).

Les vingt et une Facultés allemandes ont eu 6172 étudiants contre 5303 en 1882.

L. Thomas.

École dentaire de Paris, 23, rue Richer. — L'*ouverture des cours* aura lieu le lundi 5 novembre 1883. L'*examen d'entrée* pour la première année aura lieu le 22, à huit heures du soir.

Assistance publique. — M. Bourbon, docteur en médecine, a légué à la municipalité du VIIe arrondissement une somme de 20 000 francs en faveur des pauvres de cet arrondissement, et à la charge par la ville de Paris d'entretenir sa tombe à perpétuité. Le revenu de cette somme doit être donné, chaque année, à une famille pauvre ayant une fille à marier.

Écoles maternelles. — *Concours*. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin-inspecteur titulaire des Ecoles municipales et des Ecoles maternelles de la ville de Lyon s'ouvrira le lundi 10 décembre. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la mairie, à l'Hôtel de ville, avant le 1er décembre.

résultats sans recourir à ces mutilations. On dirait que depuis quelques années la chirurgie allemande s'est proposé d'étonner par l'étrangeté de ses interventions et on se demande si on trouverait aussi facilement chez nous des sujets disposés à se prêter à de semblables expériences.

Les opérations dirigées dans ces derniers temps contre des lésions absolument incurables et au-dessus des ressources de l'art, chez des sujets profondément cachectiques et arrivés presque au terme de leur existence, la résection d'un pylore cancéreux, par exemple, témoignent d'un singulier mépris de la vie humaine.

En matière de thérapeutique articulaire, on peut faire à l'école allemande le reproche d'intervenir trop volontiers avec le fer et le feu, et d'appliquer à des lésions non infectantes et susceptibles de guérir par d'autres moyens (immobilisation compressive, révulsion, injections intra-articulaires et interstitielles, médication hydro-minérale) des procédés chirurgicaux bons en eux-mêmes, mais qu'on doit réserver pour des cas plus graves, pour des altérations plus avancées ou d'une nature différente.

Pour quelques chirurgiens, et des plus notables, la résection est le seul remède à appliquer aux *arthrites tuberculeuses*. Or la simple fongosité inflammatoire est pour eux une lésion tuberculeuse. Il y a là une tendance contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Pour instituer une chirurgie aussi active sur la foi d'une indication micrographique et de la mort de quelques cobayes, il faut avoir une confiance aveugle dans les enseignements du laboratoire et leur donner complètement le pas sur l'observation clinique. Or l'union de l'anatomie pathologique et de la clinique est nécessaire quand il s'agit d'édifier une description pathologique nouvelle et de poser des règles de thérapeutique qui s'écartent autant de la pratique généralement suivie.

La nouvelle théorie histologique de la scrofule a engagé la chirurgie allemande dans une voie que nous croyons mauvaise à plusieurs points de vue. D'abord elle conduit à abuser des méthodes sanglantes et à intervenir par l'instrument tranchant dans une foule de cas devant lesquels on n'était pas resté désarmé jusqu'à ce jour, et dont la guérison s'obtenait au moins aussi souvent par des moyens médicaux unis à une pratique chirurgicale moins violente. Ceci est pour les interventions inutiles, inutiles en ce sens que la guérison qui les suit pourrait être obtenue par des moyens moins dangereux ; mais à côté de ces interventions simplement inutiles il y en a de nuisibles. N'a-t-on pas vu maintes fois l'extirpation d'un ganglion malade donner un coup de fouet à la diathèse et provoquer l'inflammation de tout le système ganglionnaire d'une région ?

La signification donnée au follicule tuberculeux peut influer, dans un sens opposé, mais également fâcheux, sur le traitement des lésions scrofuleuses, elle risque de donner au chirurgien une trop grande confiance dans les opérations partielles et de lui inspirer une certaine répugnance pour les opérations radicales, seules capables, dans un grand nombre de cas, de conserver l'existence.

Ainsi deux tendances fâcheuses : faire trop d'opérations partielles; ne pas faire ou faire trop tard les opérations radicales.

La chirurgie française n'a pas suivi dans ses exagérations la pratique allemande ; le bon sens et la modération qui l'ont distinguée de tout temps lui ont fait éviter cet écueil. On verra cependant dans la suite de ce travail que l'influence des découvertes histologiques s'est fait sentir en dehors des laboratoires, et que des chirurgiens éminents, adoptant la nouvelle théorie anatomique de la scrofule, ont modifié leur pratique dans le sens d'une intervention plus fréquente, plus hâtive et souvent aussi moins radicale.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Des bons effets de la douleur provoquée dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium et par les solanées.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* a inséré dans son fascicule du mois d'août 1883 la note suivante :

« Douleur provoquée pour combattre l'empoisonnement par l'opium. — Le docteur Stearns, dans le *Chicago medical Journal and Examiner*, pense que de même que l'opium est l'antidote de la douleur, la douleur est aussi l'antidote de l'opium. Aussi croit-il que, chez les individus empoisonnés par l'opium, il faut déterminer une douleur continue sans aucune rémission. La douleur déterminée par le supplice des poucettes, qu'il emprunte, dit-il, à l'Inquisition, lui paraît ce qu'il y a de mieux pour poursuivre ce but. En fixant sur l'extrémité des pouces et des doigts des liens, et en exerçant des tractions à l'extrémité des doigts jusqu'à les bleuir et même les noircir, on finit à la longue par éveiller la sensibilité; et par la répétition de ce procédé il a réussi à ramener à la vie, après plusieurs heures, un homme qui s'était empoisonné par la morphine. »

La lecture de cette note m'a rappelé deux cas récents d'empoisonnement accidentel que j'ai eu à traiter : le premier causé par l'ingestion d'une forte dose de laudanum, le second par l'administration erronée d'une infusion faite avec une poudre anti-asthmatique.

Premier cas. — Je fus appelé une nuit auprès d'une dame âgée d'environ quarante-cinq ans, sujette à des névralgies dentaires qu'elle avait l'habitude de calmer par des applications locales et auriculaires de laudanum de Sydenham, et par l'ingestion de quelques gouttes du même médicament. Or, cette nuit, souffrant plus que jamais de cette névralgie, elle multiplia les applications de laudanum, et finit par ne plus compter les gouttes de cette même préparation, qu'elle ingérait après les avoir versées dans un peu d'eau. Elle ne s'était pas couchée, voulant tout d'abord calmer sa douleur. Vers le milieu de la nuit, le mari, qui occupait la chambre voisine, entendit un bruit insolite et se précipita dans la chambre de sa femme après l'avoir appelée en vain. Il la trouva affaissée par terre, à côté d'une chaise et d'une table, et sur cette table il remarqua un flacon de laudanum renversé, laissant échapper une partie de son contenu à côté d'un verre et d'une carafe d'eau. Convaincu que sa femme s'était empoisonnée avec du laudanum, il s'empressa de lui faire boire du café, après l'avoir portée et étendue sur son lit. Pendant ce temps on m'envoyait quérir.

Lorsque j'arrivai, je trouvai la malade très pâle, les pupilles rétrécies, souffrant de nausées et de vertiges, voyant trouble, peu consciente de son état, insensible, très somnolente. Un instant après elle eut sous mes yeux une syncope avec mouvement convulsif de la face et des yeux, suivie d'immobilité générale et accompagnée d'une pâleur encore plus accusée.

La situation devenait des plus graves.

Alors, prenant une serviette épaisse et rude, dont j'avais trempé l'un des coins dans de l'eau froide, je me mis à la flageller à la face sur l'une et l'autre joue. J'eus la satisfaction de la voir bientôt revenir à elle. Ensuite, toutes les fois qu'elle ne répondait pas ou ne répondait que difficilement ou lentement à mes questions, et paraissait céder au besoin impérieux de dormir, je commençais à la flageller, et alors elle s'éveillait.

Pendant ce temps je lui faisais boire du café très fort, et je lui en faisais administrer aussi en lavements.

Je restai longtemps auprès de la malade, et ne me retirai que lorsque je la vis hors de danger et suffisamment revenue à elle.

Je la revis dans la matinée, l'amélioration s'était accusée de plus en plus, et je pus constater sur les joues les traces de mes flagellations sous forme de traînées rougeâtres légèrement douloureuses.

Deuxième cas. — Quelques semaines plus tard, on venait me prier de me rendre en toute hâte auprès d'une petite fille âgée de douze à treize ans, à laquelle sa mère, dans un moment de distraction et de troubles causés par un grand chagrin auquel elle

était en proie, venait d'administrer au lieu d'une infusion simple une infusion faite avec une forte pincée d'une poudre anti-asthmatique. Cette poudre, spécialité américaine connue sous le nom de *Himrod's powder*, se compose d'un mélange de feuilles pulvérisées provenant de diverses solanées : *Datura stramonium*, jusquiame, etc., et s'emploie en la faisant brûler dans une soucoupe, de manière à ce que le malade puisse en aspirer la fumée, ainsi que cela se pratique avec d'autres poudres du même genre.

Je trouvai l'enfant dans l'affaissement, les pupilles dilatées, les joues colorées, et en proie à un léger délire avec hallucinations de la vue. Je m'installai auprès d'elle, la fis vomir, lui pratiquai des piqûres de morphine, et en attendant leur action à titre d'antidote, je la pinçai assez fortement, d'abord sur divers points du corps. Toutes les fois que je provoquais ainsi de la douleur, et durant tout ce temps elle revenait manifestement à elle, reconnaissait assez bien les personnes qui l'entouraient, répondait à leurs questions; puis, si je venais à cesser ces manœuvres, fort désagréables, du reste, pour elle, elle retombait dans l'inertie et l'inconscience de ce qui se passait autour d'elle.

Je m'étais rendu auprès de la jeune malade vers deux heures de l'après-midi; le soir, lorsque je la revis, elle était assez bien, et durant mon absence on avait eu soin, sur ma recommandation, de la pincer et de la chatouiller de temps en temps. Le lendemain, elle pouvait être considérée comme guérie; mais durant deux ou trois jours elle présenta de l'irrégularité des pulsations et une certaine animation de la figure qui certes ne lui était pas habituelle, car elle était plutôt pâle de son naturel.

Ainsi, dans un cas, la flagellation; dans l'autre, les pincements et le chatouillement de la peau m'ont rendu de réels services. Je n'ignore pas qu'on a l'habitude, en pareilles circonstances, d'exciter les malades pour les empêcher de céder aux effets de l'agent toxique; mais peut-être n'a-t-on pas, en général, suffisamment mis en relief les bons effets des fortes excitations périphériques, soit intermittentes, soit continues, suivant les indications du moment.

Dr A. Barèty (de Nice).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des médecins de colonisation (Amsterdam, 1883).

L'importance et l'actualité des débats soulevés dans la séance générale du vendredi 7 septembre sur les quarantaines nous a engagé à publier d'abord le compte rendu de cette séance, qui a paru dans le précédent numéro (p. 627). Nous reprenons aujourd'hui le compte rendu de ce Congrès à partir de la séance générale d'ouverture.

C'est le premier Congrès de ce genre qui ait eu lieu, et c'est Amsterdam qui a tenu à honneur d'en avoir l'initiative; la capitale d'un pays où les colonies jouent un rôle si important était bien choisie pour un pareil Congrès. Les Hollandais, ces polyglottes, nous ont donné cette marque de sympathie de faire du français la langue officielle du Congrès, et, en outre, à leur fastueuse hospitalité sont venues, à diverses reprises, s'ajouter de nombreuses et non équivoques marques d'estime et de respect pour notre chère patrie; en effet, plusieurs fois le délégué du ministère de la marine française, M. Le Roy de Méricourt, a été l'objet de démonstrations amicales, qui nous ont d'autant plus fait regretter de ne pas voir à Amsterdam un plus grand nombre de médecins français, surtout de l'armée ou de la marine.

Toutes les nations coloniales étaient représentées; l'Angleterre avait envoyé cinq docteurs, que j'ai énumérés dans le compte rendu de la séance sur les quarantaines, ainsi d'ailleurs que les autres représentants des diverses nations.

La séance d'ouverture a été occupée par la nomination du bureau définitif; à l'unanimité du Congrès, les membres du bureau provisoire, qui avaient si bien rempli leur tâche, ont conservé leurs fonctions. Puis il a été procédé à la nomination des présidents d'honneur.

M. le professeur *Stokvis*, président du comité d'organisation, dans un discours très étudié, a expliqué les hésitations du comité : n'était-ce point par trop scinder la médecine et vouloir créer une nouvelle caste, celle des médecins de colonisation?

Mais, selon l'ingénieuse comparaison du savant professeur, « la science médicale de nos jours ressemble bien plus à un état fédératif qu'à un de ces mécanismes artificiels dont on ne saurait enlever un rouage sans faire tort à son existence ».

Puis M. Stokvis a payé un tribut de reconnaissance patriotique aux deux premiers médecins de colonisation, qui furent des Hollandais, en faisant leur biographie.

Ces deux médecins sont Bontius (Jacobus) (1590-1629), qui, le premier, a fait connaître cette faune et cette flore si brillante des Indes néerlandaises, et a en outre écrit des œuvres modèles sur la médecine et l'hygiène des tropiques, œuvres auxquelles les contemporains font de fréquents emprunts. Bontius mourut, dans toute la plénitude de sa gloire, à trente-neuf ans (Batavia). Le deuxième médecin est Gulielmus Piso, moins connu, médecin du comte de Nassau au Brésil, où il resta sept ans. Qu'il me suffise de dire qu'outre des travaux intéressants sur les serpents, poisons et contre-poisons du Brésil, c'est à Piso qu'on doit la connaissance des propriétés éméto-cathartiques de l'ipéca (bien avant Helvétius) et son emploi dans la dysentérie; les propriétés thérapeutiques de la salsepareille, du gaïac, etc.; chose plus curieuse, peu connue, celles du jaborandi (propriétés sialagogues et diaphorétiques). Le premier, il a montré que c'était dans les dents des serpents que résident leur appareil venimeux, et il a aussi décrit les effets venimeux du *bufoviridis*, chez lequel a été reconnue, récemment, la strophantine, alcaloïde voisin de la digitaline.

La première assemblée générale a été consacrée :

1° A l'hygiène des professions et cultures;

2° A la colonisation européenne dans les pays chauds;

3° Enfin à une communication de M. le docteur *Rey* (de Toulon) sur l'acclimatement et l'acclimatation.

Les limites restreintes de temps dans lesquelles devait se renfermer chaque rapporteur ont obligé le professeur *da Silva Amado* (Lisbonne) à donner un résumé succinct :

Trois groupes de préceptes hygiéniques applicables aux diverses industries dans les colonies :

1° Préceptes classiques invariables ne dépendant pas du climat;

2° Préceptes dérivant des conditions mésologiques;

3° Préceptes dépendant des conditions individuelles (race, acclimatement, etc.).

Quatre groupes de professions : intellectuelles, militaires, mécaniques (métiers) et professions exercées à l'air libre (culture, ouvriers des chemins de fer).

On doit, pour la culture, prendre des indigènes ou des acclimatés, ou des individus habitant des climats analogues.

Le travail intellectuel doit être moindre dans les pays chauds, et l'habitation doit protéger contre la chaleur (réfrigération par air, glace, divers appareils).

Pour les militaires, six ans sont un séjour maximum. Soins apportés aux casernes (eau, air, fosses) Préférer les marches de nuit. Maximum de marche, 15 à 20 kilomètres en six heures. Vêtements de coton blanc, coiffure en liège; soins apportés aux chaussures (sandales).

Ouvriers des professions industrielles : moins d'heures de de travail; soins apportés à la ventilation, à la réfrigération de l'air, à la propreté individuelle.

Culture : procédés de culture; condition du sol; climat de la localité. Proscrire toutes cultures provoquant des marais; irrigation par déversement remplaçant irrigation par submersion. Drainage. Machines remplaçant l'homme autant que possible. Préférer les endroits élevés. Eviter le déboisement.

M. *van Overbeek de Meyer*, professeur à Utrecht, constate les efforts impuissants de la Hollande pour détourner l'émigration néerlandaise qui se fait en Amérique. On cherche à attirer des colons à Java. Ainsi que concluent tous les rapports (1857-1872-1873), à Java, l'Européen se débilite et devient apte à contracter des maladies, surtout si le colon travaille au grand air. Il y a une école qui prétend que la colonisation à Java est possible; elle s'appuie sur des statistiques militaires qui n'ont pas de valeur, parce qu'il y a des échanges incessants entre les garnisons de la Hollande et celles de l'Inde; or ces deux genres de vie ne peuvent être comparés.

Les statistiques civiles sont fausses également, tout colon un peu fortuné envoie ses enfants en Europe et y revient lui-même dès fortune faite.

La prétendue aptitude germanique à coloniser les pays chauds a été démontrée fausse en 1874-1875 au Brésil (Algérie également).

Dutroulau, Boudin ont prouvé que la colonisation, dans les pays chauds, diminue la longévité.

M. van Overbeek n'a jamais vu la troisième génération aux Indes néerlandaises; de même sir J. Fayrer, qui considère comme impossible la colonisation aux Indes anglaises. Une autre cause de difficulté de colonisation, c'est la flétrissure rapide de la femme blanche, d'où perte du bonheur domestique. Il ne considère la colonisation comme possible qu'à 1000 ou 1500 mètres d'altitude.

Sir *J. Fayrer* insiste sur l'influence funeste du déboisement (expérience de l'île Maurice, Andrew Davidson).

Signalée par le docteur *Catrin*, l'influence funeste des nuits passées en plein air dans les pays chauds.

Lecture du travail de M. *Rey* sur l'acclimatement, qui est le résultat de l'acclimatation.

Division en grand et petit acclimatement (3 degrés dans le grand acclimatement). Pour acclimater dans les pays chauds on doit: 1° atténuer la chaleur (vêtement, habitation, etc.); 2° garantir de la malaria (usage préventif de la quinine, exposition des habitations); 3° abriter des vicissitudes atmosphériques.

Le professeur *Van den Corput* (de Bruxelles) propose au Congrès la fondation d'une ligue médicale internationale ayant pour but de s'instruire mutuellement du développement des épidémies, etc., de rechercher les causes de l'ivrognerie, les moyens de la réprimer, etc.

SÉANCE GÉNÉRALE DU SAMEDI 8 SEPTEMBRE.

Education spéciale des médecins des colonies.

Dans cette séance, les médecins néerlandais, dans un but patriotique fort louable en lui-même, ont un peu oublié, ainsi que le leur a fait remarquer le professeur *Stokvis*, que le Congrès était international, et se sont beaucoup étendus sur la nécessité de former des médecins pour les colonies néerlandaises.

M. *Becking*, ancien chef du service médical aux Indes néerlandaises, dans un très intéressant rapport, nous a montré et l'insuffisance absolue du nombre des médecins des colonies, et la nullité absolue des médecins indigènes (docteur Djawa). Il a insisté sur ce point qu'il ne suffisait pas d'avoir des médecins militaires coloniaux, mais qu'il fallait encore savoir les garder, les empêcher de donner leur démission. M. Becking est pour la création d'une école de médecine militaire; cette école existait à Utrecht et a été supprimée. Pour l'orateur, le médecin militaire doit être militaire et médecin et ne peut acquérir ces deux qualités que dans une école militaire. Quelques collègues de M. Becking pensent qu'une école d'application est suffisante, et qu'une école de médecine militaire, prenant l'étudiant dès le début de ses études médicales, est au moins superflue.

Le professeur *Dice Duckworth* (de Londres) est d'avis que des bourses, des encouragements doivent être donnés aux médecins des colonies par la mère patrie. Pour lui, la physique, la botanique ne doivent pas être trop minutieusement enseignées, et la géographie physique, la géologie doivent faire partie du programme de l'enseignement.

Au moins trois mois d'études pour chacun des sujets suivants : maladies des yeux, des enfants, de la peau; connaissance du laryngoscope, de l'ophthalmoscope, etc.

Les médecins indigènes seront, en général, des praticiens déplorables, et d'ici longtemps à n'employer qu'en l'absence totale de médecins européens. L'Européen ne doit commencer à exercer aux colonies qu'après vingt-quatre ans.

Le docteur *Catrin* considère la médecine de colonisation à un point de vue plus élevé. Le médecin de colonisation doit surtout faire sortir les indigènes de leur abrutissement. « C'est une erreur, dit-il, de croire que les Arabes, par exemple, dont il s'occupe plus spécialement, accourent dès le début demander les soins du médecin français. Il faut savoir attirer les indigènes : 1° par un certain art apporté dans la pratique médicale, c'est-à-dire au début chercher les opérations à résultat éclatant; 2° gratuité des soins et des remèdes; 3° enfin et surtout connaissance de la langue du pays. En cinq mois le docteur Catrin a soigné 53 Arabes tunisiens; mais dès qu'il a pu causer un peu avec les indigènes, il a vu rapidement augmenter le nombre de ses malades, une heureuse opération ayant aidé à ce résultat; dans les cinq mois suivants, il a soigné plus de 1100 indigènes. L'interprète indigène, par sa connaissance imparfaite de notre langue et par sa cupidité, nuit plutôt à la clientèle indigène qu'il ne la favorise. »

Séances des sections.

Climatologie. — Géographie médicale. — Pathologie générale. Hygiène.

SÉANCE DU VENDREDI 7 SEPTEMBRE.

De la phthisie dans les colonies et les climats tropicaux, par M. *B. Carsten*, inspecteur adjoint du service médical à la Haye. — S'appuyant sur des observations faites pendant vingt ans aux Indes néerlandaises, l'orateur apporte des statistiques montrant que la phthisie est plus fréquente dans les climats tropicaux que dans les climats tempérés et froids. Les climats tropicaux sont funestes aux phthisiques venus des climats tempérés. L'altitude diminuerait, dans les climats tropicaux, la fréquence de la phthisie, absolument comme dans les climats tempérés, grâce, croit l'orateur, à ce que, à certaines hauteurs, cesse la malaria.

M. *van Overbeek de Meyer* montre que beaucoup des soldats dont il est question dans les statistiques de M. Carsten viennent mourir dans leur patrie.

Un certain nombre de médecins des colonies croient que l'influence du climat tropical sur la phthisie est moindre qu'on ne le croit.

Mode de drainage du sol par l'Eucalyptus, communication lue, M. le docteur *Bonnafond* étant absent. — Les racines rendent le sol moins humide et l'odeur balsamique des feuilles purifie l'atmosphère.

Transport des malades et des blessés par les voies ferrées dans les climats supérieurs, par le docteur *W.-C. Gori*, professeur à Amsterdam. — L'auteur déplore que, dans les colonies néerlandaises, il n'y ait pas de train sanitaire; mais, en Europe, d'ailleurs, une seule Compagnie a répondu aux appels réitérés des divers Congrès d'hygiène internationale.

Description des divers wagons sanitaires : M. Cocchius, médecin principal de l'armée des Indes, a fait transporter par chemin de fer, à Atjeh, plus de six cents blessés, et s'est très bien trouvé de ce mode de transport. — Travaux de Billroth, Mundy, Longmore, Otis. — Description du train sanitaire bavarois (voy. *Archives de médecine militaire*, n° du 15 septembre). — Les hamacs proposés par Gurlt (de Berlin) et de Porter (de Netley) ont été rejetés. — Système Grund, pour l'armée prussienne, modifié par Peltzer (Prusse) et Richter (de Breslau). — Désinfection des voitures (travaux de Vallin), étuves de Geneste et Hersher. — Emploi de la méthode antiseptique, du bandage plâtré, des bandages en rotang de M. de Mooij, médecin hollandais, dont nous avons pu voir à l'exposition les appareils extrêmement commodes et pratiques. — Hôpitaux mobiles Jallet. — Hôpitaux roulants.

Contagion de la lèpre, par le docteur *Ch. Landré*, à Bruxelles. — La lèpre est contagieuse; mais il faut le contact, l'air ne suffit point pour communiquer le mal.

Sur le rôle des microbes dans la formation des organismes vivants, par le docteur *Van der Heyde*, chef de l'Ecole médicale de Kobè (Japon). — Les bactéries naissent dans le sang et du sang; elles forment les corpuscules du sang et les cellules granulées, et peuvent, dans certaines circonstances, s'en dégager de nouveau. Le microbe est un « postulat logique » qui a tous les éléments des manifestations de la vie; il faut étudier la vie des microbes et leur action sur les cellules d'une autre origine.

SÉANCE DU SAMEDI 8 SEPTEMBRE.

Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux, par le docteur *N. Cherers*, ancien professeur de médecine à Calcutta. — Maladies observées aux Indes : là la cause la plus importante de mortalité est la malaria, puis le choléra et les maladies intestinales. Rareté de la scarlatine aux Indes anglaises; le Japon en est indemne. Pas de typhus aux Indes.

La *filaria sanguinis hominis* et l'éléphantiasis se présentent aux Indes dans des localités marécageuses, dans les limites des vents de la mer. Rareté de l'érysipèle, du rhumatisme, de la goutte, du cancer, du goître, du rachitisme.

Fréquence du scorbut. Phthisie fréquente, mais moins qu'en Europe.

Les abcès idiopathiques du foie seraient pour l'auteur non sous la dépendance des causes habituellement données : malaria, dysentérie, mais dépendraient de la chaleur tropicale.

Fréquence de la pierre chez les Indiens mangeant du froment, rareté chez ceux qui se nourrissent de riz.

Le lathyrisme règne sur une grande étendue de l'Inde supérieure et centrale (*Lathyrus sativus*).

Le lépreux reste invariablement incurable, mais peut être soulagé.

Les maladies cutanées européennes existent aux Indes, mais tellement modifiées qu'elles nécessitent une description spéciale.

Modifications apportées à la syphilis par les pays chauds, par le docteur *Catrin*, médecin-major de l'armée française. — Fréquence de la syphilis en Tunisie; extrême gravité et fréquence des accidents tertiaires (75 pour 100); 52 perforations de la voûte et du voile sur 152 accidents tertiaires. Le climat modifie la forme, mais non la maladie : lèpre kabyle d'Arnould. Dans les pays où règne la malaria grave, est grave la syphilis (*Géographie médicale*). En général, la syphilis sera grave dans les pays à endémie palustre, celle-ci agissant comme un affaiblissant et étant beaucoup plus importante que le climat.

Influence thérapeutique du climat, par le docteur *Jac. Baart de la Faille*. — Influence de l'humidité atmosphérique; froid humide plus désagréable que froid sec, etc. L'humidité de l'atmosphère influe puissamment, non seulement sur le système vaso-moteur, mais encore sur le système cérébro-spinal et les facultés intellectuelles; les Hollandais seraient *languissants* pour cette cause, et cette humidité causerait une fièvre dite *fièvre interne*, qui résiste à la quinine. Le remède pour les Hollandais est le séjour à Nice.

Sur la genèse du choléra, par M. *E. R. Van Lier*, médecin à Seerabaga. — Pour l'auteur, les quarantaines sont de peu d'utilité, car le germe gît dans les entrailles de la terre, et est apporté à la surface de notre sol (surtout aux embouchures de fleuve) par les tremblements de terre.

Analogie de la dengue five et du choléra. Les tremblements de terre sont les avant-coureurs du choléra.

Deuxième section.

Pathologie et thérapeutique spéciale.

SÉANCE DU VENDREDI 7 SEPTEMBRE.

Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés, par sir *J. Fayrer* et le docteur *Joseph Ewart*. — Long travail difficile à résumer, et dans lequel ont été minutieusement décrits, non seulement le traitement, mais encore les symptômes de la cachexie palustre, congestion du foie, abcès du foie, anémie tropicale, anémie pernicieuse, et les conséquences des coups de soleil.

Notons comme traitement de l'empoisonnement palustre le retour en Europe, où il faudra se vêtir chaudement, prendre de la quinine et régulariser les fonctions intestinales, etc. (fer ou Fowler).

Pour les abcès du foie, ouverture prématurée, antisepsie et drainage, retirer le drain peu à peu, ne pas laver la cavité à l'acide phénique.

Traitement des maladies exotiques dans les climats tempérés, par le docteur *Le Roy de Méricourt*. — Diarrhée et dysentérie; lésion; atrophie des glandes de Lieberkühn, quelquefois sclérose de toutes les tuniques.

Traitement : toujours évacuer sur l'Europe. Cure lactée donne de bons résultats, mais récidives fréquentes. Des règles très précises sont données; mais le cadre restreint de notre travail ne nous permet pas d'entrer dans des détails plus circonstanciés. Eupeptiques, absorbants, astringents, narcotiques (non sans danger). Influence bienfaisante de l'hydrothérapie.

M. Le Roy de Méricourt n'admet pas l'anguillule comme cause de la diarrhée de Cochinchine. Chez les palustres, M. Le Roy de Méricourt préfère, pour le traitement de l'anémie, l'arsenic au fer, qui est souvent mal supporté.

Sir J. Fayrer fait souvent alterner l'arsenic avec la quinine. Il est partisan, dans la dysentérie, du « régime lacté absolu », sans médicament. Et pourtant M. Le Roy connaît un officier qui n'emploie que le lait depuis six ans, et n'est pas guéri. Les diarrhées de Cochinchine sont extrêmement rebelles.

Un médecin anglais joint au régime lacté le chlorure d'ammoniaque.

Traitement des fièvres de malaria par les injections sous-cutanées de quinine, par le docteur *J.-B. Scriven*, brigade surgeon à Londres. — Préconise beaucoup ces injections, dont il s'est servi un grand nombre de fois à Lahore. Solution de quinine dans l'acide tartrique. A eu quelques abcès, mais rares. Insiste sur la nécessité de bien enfoncer la pointe de l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané. Préconise surtout ces injections dans les cas : 1° où la quinine donnée par la bouche ou le rectum n'a pu couper la fièvre; 2° dans les cas d'irritabilité de l'estomac ou de dégoût insur-

montable (*great disgust*); 3° quand la quinine procure des troubles céphaliques et nerveux trop intenses; 4° lorsque la mort est imminente. Les succès de l'auteur lui ont prouvé qu'en prenant des précautions les accidents causés par ces injections n'existaient pas.

SÉANCE DU SAMEDI 8 SEPTEMBRE.

Sur le béribéri, par le docteur *B. Scheube*, professeur à Leipsig, ancien professeur au Japon. — Le béribéri est une maladie miasmatique infectieuse, c'est une inflammation dégénérative des nerfs périphériques et des muscles : une *neuritis multiplex endemica*.

Quatre formes principales : 1° forme rudimentaire : quelques douleurs; 2° forme hydropique : effusions séreuses, surtout dans l'espace rachidien; 3° forme atrophique : paralysie des extrémités et des muscles du dos; 4° forme aiguë pernicieuse (paralysie du cœur).

Le béribéri n'est ni de la malaria, ni une maladie de la moelle (vessie et rectum intacts). Présente de nombreuses coupes histologiques.

Sur quelques médicaments indigènes des pays tropicaux, par le docteur *E. Waring*. — Présente surtout des médicaments toniques : *tonica amara, astringentia, alterantia*.

Elimination du mercure introduit dans le corps par la peau, par le docteur *Schuster*, à Aix-la-Chapelle. — Jamais le mercure ne reste dans l'organisme; il disparaît *tout entier* par les fèces et les urines.

Le prochain Congrès se réunira à Londres.

Dr Catrin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Statistique médicale. — M. *C. Maher* adresse, par l'entremise de M. Larrey, deux nouveaux mémoires relatifs à la Statistique médicale de Rochefort, pour les années 1881 et 1882. (Renvoi à la commission du concours de statistique.)

Commission d'hygiène d'Alger. — M. *le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts* transmet à l'Académie deux exemplaires du *Rapport sur les travaux des conseils et commissions d'hygiène et de salubrité publiques du département d'Alger en* 1882, qui lui est adressé par M. le préfet d'Alger.

Nouvelles observations sur les microbes des poissons. Note de MM. *L. Olivier* et *Ch. Richet*. — Dans leurs précédentes communications sur les bactéries de la lymphe des poissons, les auteurs ont noté qu'en général ces microbes sont peu mobiles. Comme la mobilité bien constatée est un caractère qui ne laisse prise à aucun doute sur la nature vivante des formes observées, ils se sont appliqués à la déterminer avec rigueur.

Aux forts grossissements, il est difficile de discerner parmi les mouvements de petite amplitude ceux qui sont passifs, browniens, de ceux qui sont spontanés, par conséquent dus à des êtres animés. Aussi, pour écarter toute incertitude, n'ont-ils qualifié de *mobiles* que les microbes qui, parcourant avec rapidité le champ du microscope, exécutaient des mouvements alternatifs de flexion et de reptation, de manière à se porter rapidement d'un point à un autre, au milieu des particules immobiles?

Or ils ont vu des microbes se mouvoir, exécuter des mouvements de translation dans le liquide péritonéal, dans le liquide céphalo-rachidien, dans la lymphe péricardique et même dans le sang du cœur, chez des poissons bien vivants, pris dans l'aquarium ou sortant de la mer.

Il est d'autant plus nécessaire de constater cette mobilité, qu'on pourrait, disent les auteurs, la confondre avec les *Bacillus*, un élément nouveau qu'ils ont découvert dans la lymphe des poissons, et qu'ils décriront prochainement.

Les auteurs ont, dans certaines conditions, obtenu la culture des microbes de la lymphe. C'est surtout dans les pipettes, scellées aux deux bouts, et dans les cultures sans air, que ces microbes abondent. La goutte inférieure du liquide contient quantité de microbes mobiles. Voici un exemple de culture choisi parmi les plus manifestes :

Le liquide céphalo-rachidien d'une limande, recueilli avec les précautions nécessaires (le 21 avril 1883), est mélangé à du bouillon stérilisé (le 21 mai), d'une part dans un tube privé d'air, d'autre part dans un matras Pasteur. Du 21 mai au 18 août, aucun trouble n'apparaît dans l'un ou l'autre flacon : dans le fond est un dépôt minuscule, blanchâtre; ce nuage contient des *Bacillus* mobiles, courts, flexueux en *s*, se colorant par le violet de méthyle. Ces organismes sont manifestement plus nombreux et plus mobiles dans le tube privé d'air. On n'en trouve que dans la dernière goutte, tout le reste est sans organisme. Quelques globules lymphatiques non altérés peuvent encore s'observer.

Sur l'empoisonnement par le jequirity. — Note de MM. *Cornil* et *Berlioz*. — La connaissance des microbes de la décoction de jequirity, bien étudiés par M. Sattler, et leur remarquable action thérapeutique sur les trachomes de la conjonctive, démontrée par M. de Wecker, ont engagé les auteurs à rechercher quelle est leur action générale sur l'organisme lorsqu'ils sont absorbés.

Les auteurs se sont servis d'un liquide préparé en faisant infuser pendant vingt-quatre heures, dans 500 grammes d'eau distillée, filtrée, bouillie, puis refroidie, 32 graines concassées de jequirity, et en versant sur cette infusion de l'eau distillée chaude. Le liquide ainsi obtenu a été renfermé dans des vases flambés, bouchés avec de la ouate. Il restait actif pendant trois semaines.

Dans une première série d'expériences, on a injecté de 1 à 2 centigrammes de cette décoction dans le tissu cellulaire sous-cutané de cobayes et de lapins. Tous ces animaux ont succombé dans l'espace de trente-six à soixante heures, après avoir présenté un œdème de la peau, des microbes dans la cavité péritonéale, un très léger degré de péritonite, des ecchymoses de la muqueuse stomacale, et une hypertrophie très remarquable, souvent accompagnée d'infiltration sanguine, des plaques de Peyer de l'intestin. Ces tuméfactions des plaques de Peyer, qui rappellent celles de la fièvre typhoïde humaine, s'observent, comme on le sait, dans plusieurs espèces de maladies infectieuses, chez le cobaye et le lapin.

Un cobaye à qui l'on avait injecté sous la peau du ventre 0cc,5 de la décoction, a été atteint d'un œdème inflammatoire de la peau, puis d'un phlegmon profond et d'une gangrène superficielle de la peau, étendue à presque toute la paroi abdominale. Dans la sérosité et le liquide puriforme de ce phlegmon, il y avait une grande quantité de bacilles. Les poils s'enlevaient très facilement et l'on constatait un grand nombre de spores dans la gaine interne des follicules pileux. Cet animal a guéri et présente aujourd'hui une cicatrice très étendue et glabre.

L'injection sous-cutanée de 2 centigrammes de notre liquide, privé de bactéries après filtration suivant le procédé de M. A. Gautier, n'a produit aucun effet pathologique.

L'injection sous-cutanée de 2cc,5 d'une solution du principe du jequirity cristallisé, préparé par M. Chapoteau (fabrique de MM. Rigaud et Dusart), n'a donné aucun résultat appréciable.

Les bactéries du jequirity en sont donc le seul principe actif.

Dans une autre série d'expériences, on a injecté, dans le péritoine et la plèvre des lapins, 0cc,25 à 0cc,5 ou 1 centigramme de notre infusion. Ces animaux sont morts dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui ont suivi l'injection. Quelques heures avant de mourir, l'animal était affaibli, ne se tenait plus debout, puis il sautait à une hauteur de 10 à 60 centimètres et poussait quelques gémissements avant sa mort. A l'autopsie, on trouvait toujours une inflammation intense des séreuses, qui contenaient un liquide troublé par des globules de pus et des bactéries sous forme de bâtonnets et de spores, et des filaments ou fausses membranes de fibrine, libres ou accolées à leur surface. Les plaques de Peyer étaient généralement tuméfiées ainsi que les ganglions lymphatiques. Le poumon, du côté où l'injection avait été faite, présentait les lésions de la congestion et de la broncho-pneumonie.

Dans le plus grand nombre de ces autopsies, on a trouvé, du côté du foie, des lésions très intéressantes, causées par les bactéries. Le foie présentait des îlots visibles à sa surface sous forme de taches gris-jaunâtre, offrant sur une surface de section la même couleur avec une certaine opacité. Ces ilots, de 5 centimètres de diamètre environ, disséminés en plus ou moins grand nombre à la face inférieure ou à la face convexe de l'organe, étaient secs ; le produit du raclage de leur surface de section montrait presque toujours, au microscope, des bâtonnets du jequirity, etc.

En même temps que les capillaires sont remplis par des débris des globules sanguins, les cellules hépatiques sont mortifiées. Tandis que les cellules normales sont fortement colorées ainsi que leurs noyaux, les travées de cellules hépatiques des îlots malades sont pâles, incolores ; leurs noyaux, à peine visibles, offrent une teinte à peine bleuâtre ou sont remplacés par des vacuoles. Il existe quelquefois des granulations pigmentaires jaunes dans les cellules atrophiées et mortifiées, sans qu'il y ait de dégénérescence graisseuse. Ces travées altérées se continuent directement avec les travées de cellules normales. Les capillaires, remplis de débris d'éléments, sont quelquefois revenus sur eux-mêmes et les travées cellulaires ont subi une certaine atrophie.

Dans certains de ces îlots opaques du foie, on ne trouve pas de bactéries, ces dernières ayant été éliminées ou détruites au milieu de la mortification des éléments du sang et des tissus.

Les grenouilles auxquelles on injecte la décoction de jequirity, soit dans le sac lymphatique dorsal, soit dans le péritoine, succombent en vingt-quatre ou quarante-huit heures et présentent, dans le tissu cellulaire, dans le sang et dans le péritoine, une quantité considérable de bactéries vivantes.

SUR LES MICROBES TROUVÉS DANS LE FOIE ET LE REIN D'INDIVIDUS MORTS DE LA FIÈVRE JAUNE. Note de M. *Babes*. — Dans le foie, les capillaires interlobulaires, les cellules hépatiques sont hypertrophiées, remplies de granules de graisse formant une couronne autour du noyau; elles contiennent des grains de pigment jaune. Leur noyau est ordinairement pâle, quelquefois atrophié, irrégulier et fortement coloré. Les capillaires intralobulaires, remplis de sang, contiennent quelquefois de petits grains hyalins, colorés en bleu d'acier de 1 à 2μ. Parfois les cellules plasmatiques, au bord des capillaires, sont tuméfiées et multipliées. Ces capillaires présentent des dilatations ampullaires ou fusiformes et renferment un grand nombre de filaments courbés de 0μ,6 à 0μ,8 d'épaisseur et de longueur variable. Ces filaments paraissent lisses et homogènes à un grossissement de 500 à 600 diamètres. Mais, avec un fort grossissement (objectif de Zeiss 1/12e, immersion homogène), on peut s'assurer que ces filaments sont composés de grains elliptiques, presque cylindriques, disposés deux à deux, formant de petits groupes dans lesquels ils sont unis par une substance intermédiaire pâle. Les filaments sont composés ainsi de deux à six *diplococcus*, ou mieux par des bâtonnets très courts, à spores terminales. Ces filaments se colorent très bien ; ils tapissent en partie la paroi des vaisseaux, ou bien ils forment des pelotons plus ou moins denses dans leur intérieur.

Dans le *rein*, les bactéries sont en plus grand nombre que dans le foie. Leur distribution est tout à fait caractéristique. La capsule fibreuse du rein est épaissie, embryonnaire à sa partie profonde. Ce tissu enflammé se continue par places dans la partie corticale du rein, sous forme de cônes dont le sommet pénètre dans la profondeur et dont la base confine à la capsule. Là les canalicules urinifères, les glomérules, la paroi des vaisseaux et surtout le tissu conjonctif interstitiel enflammés montrent une grande quantité de cellules rondes. On trouve, par places, à la périphérie, mais surtout au sommet de ces îlots coniques de tissu enflammé, quelques vaisseaux capillaires extrêmement dilatés, ampullaires, remplis de filaments de bactéries agglomérés comme dans les vaisseaux du foie. Dans le foyer même de l'inflammation, on n'en trouve point. A la limite de ces îlots, les canalicules et les glomérules sont encore très altérés, surtout autour des vaisseaux remplis de bactéries; l'épithélium des canalicules est granuleux et leur noyau a disparu. La surface du rein n'est pas le seul point où l'on trouve ces lésions d'inflammation. Il existe aussi dans la profondeur, autour de certains glomérules ou d'artérioles, des foyers analogues. On peut voir alors, au début par exemple, dans l'artériole afférente du glomérule, une accumulation de bactéries, et l'on en trouve aussi dans les vaisseaux du bouquet glomérulaire. Lorsque les îlots d'inflammation sont plus anciens, on ne rencontre plus de bactéries.

Le foie et les reins ne contenaient pas d'autre espèce de bactéries.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur Bordes-Pagès, une brochure sur la station d'*Aulus et ses sources*; 2° au nom de M. *Andouard* (de Nantes), une *Notice biographique sur Bobierre*; 3° de la part de M. *Wehenkel*, un *Rapport sur l'état sanitaire des animaux domestiques dans le Brabant en* 1882 ; 4° au nom de M. le docteur *Forest Willard* (de Philadelphie), divers mémoires imprimés sur la chirurgie ; 5° de la part de M. le docteur *Russel*, une brochure intitulée : *Memorandum on the hospital accommodation for infections diseases in Glasgow*; 6° au nom de M. le docteur *Rafael Branchat y Prada* (de Grenade), une brochure ayant pour titre : *Estudia sobre la profilaxis de la viruela*.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Stécoulis* (de Constantinople), le *Compte rendu du premier congrès des médecins grecs à Athènes*.

M. *Bouley* donne lecture d'une Note de M. le docteur *Miquel*, rapportant *ses expériences confirmatives sur l'asepticité du cuivre* (p. 650).

M. *Proust* offre, au nom de M. le docteur *Riembault* (de Saint-Étienne), une brochure.

M. *Dechambre* dépose, en son nom et aux noms de MM. les docteurs *Lereboullet* et *Mathias-Duval*, le 4e fascicule du *Dictionnaire usuel des sciences médicales* et présente, de la part de M. le docteur *Lebovics* (de Salonique), une brochure ayant pour titre : *Dei mezzi profilattici e curativi contro il colera, istruzioni popolari* (p. 651).

M. *Jules Guérin* dépose : 1° un rapport de M. le docteur *Hunter* sur l'*épidémie de choléra en Egypte*; 2° plusieurs brochures de M. le docteur *Liégey* (de Choisy-le-Roi).

PLASTICITÉ DU SANG CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX. — M. le docteur *Bonnafont*, correspondant national, émet, d'après une série d'expériences déjà anciennes, l'opinion que le sang du chien et celui du mouton, sont plus coagulables que celui de l'homme; ce qui tiendrait, suivant lui, à une différence de composition et partant montrerait que « l'histologie, la physiologie et même la pathologie de l'homme et des animaux ne sauraient être identiquement semblables »!

MICROZYMAS, CHOLÉRA, QUARANTAINES. — M. le docteur *Béchamp* (de Lille), correspondant national, continue sa communication, commencée dans la dernière séance, sur les rapports que la prophylaxie quarantenaire du choléra peut avoir avec sa doctrine favorite des microzymas. « En résumé », dit il, et cette affirmation indique fidèlement l'état de son opinion, « le choléra et toutes les maladies contagieuses se développent en nous sous les influences multiples et variées, que les néologistes ont depuis longtemps spécifiées. Les microzymas, ou certaines catégories de microzymas, sont les agents qui, devenus morbides en nous et par nous, sont aptes à conserver pour un certain temps cette morbidité et à transmettre la maladie aux sujets qui ont la réceptivité requise, c'est-à-dire dont les microzymas peuvent recevoir l'impression de la morbidité qui est dans le microzyma issu du malade et qui le deviennent à leur tour. Mais le malade peut guérir et ses microzymas revenir au mode normal de leurs fonctions physiologiques; ou bien il peut mourir. S'il succombe, ses microzymas, après quelques jours, lorsque la putréfaction s'est emparée du cadavre, cessent de posséder la morbidité spécifique qu'ils possédaient. »

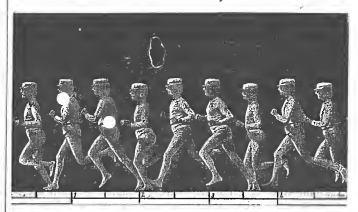
D'où l'auteur conclut à la nécessité des quarantaines, « en faveur surtout de ceux dont la réceptivité a été exagérée par une longue durée de mauvaises conditions hygiéniques ayant créé en eux la misère physiologique ». Il insiste enfin sur l'importance des mesures générales d'hygiène dans les contrées insalubres où le choléra est endémique.

ASEPTICITÉ DU CUIVRE. — M. *Bouley* donne lecture d'une note dans laquelle M. le docteur *Miquel* contredit l'opinion émise par M. Bochefontaine à la dernière séance relativement aux propriétés antiseptiques attribuées aux sels de cuivre. M. Miquel estime, contrairement à celui-ci, que le sulfate de cuivre occupe un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine animale, et c'est avec juste raison qu'il a été préconisé par les conseils d'hygiène pour arrêter la pullulation des bactéries. Il est deux à trois fois plus antiseptique que les sels de plomb, d'uranium, de thallium, de nickel, de zinc, d'aluminium, de cobalt, de manganèse, etc., bien qu'il doive céder le pas aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent et du mercure.

Le sulfate de cuivre possède une action antiseptique un peu supérieure à celle des acides salicylique et benzoïque; mais il est deux fois plus désinfectant que l'acide thymique, trois fois plus que l'acide phénique, cinq fois plus que l'hydrate de chloral et les sels de protoxyde de fer. Si, laissant les combinaisons oxygénées du cuivre, on considère l'un de ses composés haloïdes solubles, comme le chlorure cuprique, le pouvoir antiseptique de la nouvelle combinaison se trouve accru d'un tiers à un demi, et le chlorure de cuivre se montre cinq fois plus désinfectant que l'acide phénique. Quant à juger de la valeur d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium de moisissure vulgaire, c'est méconnaître ce fait général : que toutes les substances antiputrides de nature minérale, y compris le chlore, l'iode, le mercure, l'or, le fer, le zinc, le cadmium, l'aluminium, etc., n'étendent leur action destructives sur les mucédinées qu'à des doses cinq, dix et même vingt fois supérieures à celles qui frappent de mort les microbes adultes de l'ordre des bactéries. Le cuivre ne fait pas exception à la règle. Répudier de la médecine, de la chirurgie et de l'hygiène, les combinaisons cupriques, c'est se priver gratuitement d'auxiliaires puissants, ayant sur beaucoup d'autres composés l'avantage d'être d'un prix commercial des plus faibles et d'un maniement facile.

LOCOMOTION HUMAINE. — Dans une importante et remarquable communication, accueillie par les applaudissements de l'Académie, M. *Marey* se propose de répondre aux objections qui lui ont été présentées par M. Giraud-Teulon dans le mémoire lu par celui-ci à la séance du 4 septembre dernier. Avec une parfaite bonne foi scientifique, dont son contradicteur se plaît à le remercier aussitôt, M. Marey reconnaît d'abord que l'article qu'il avait consacré à la locomotion humaine dans son livre sur *La machine animale* est insuffisant pour en constituer une définition didactique et que les tracés des oscillations du corps représentés dans cet article sont défectueux; d'ailleurs le livre avait plus particulièrement pour but l'étude des allures du cheval, du vol des insectes et de celui des oiseaux. Après avoir indiqué la cause de ces erreurs, tenant à des vices dans les procédés et appareils alors employés, il fait toutefois, en raison de ses recherches nouvelles, des réserves relativement aux objections que lui a faites M. Giraud-Teulon pour ce qui concerne l'explication de la course et surtout du saut chez l'homme.

Faut-il donc admettre que les pieds peuvent se détacher du sol sans que le corps ait été projeté en l'air par un acte musculaire préalable? La théorie classique admet ce ressaut comme indispensable; mais la nature, fait remarquer M. Marey, est si variée dans ses ressources qu'elle échappe souvent par quelque solution imprévue au dilemme dans lequel on croit l'étreindre. En théorie, en effet, admettre la nécessité absolue du ressaut préalable pour que les pieds se détachent du sol,



Un homme qui court. Reproduction par l'héliogravure d'une photographie de M. Marey (Extraite de *La Nature*).

cela équivaudrait à dire que, si un corps repose dans la main, on ne peut séparer celle-ci de ce corps sans le projeter en haut. Et pourtant, si on abaisse la main plus vite que le corps ne tombe sous l'action de la pesanteur, cette séparation va s'opérer. Et si la main s'arrête, le corps retombera sur elle pour y reposer de nouveau. De même, lorsqu'on passe de la station debout à l'attitude accroupie, si la flexion des jambes est lente, la pesanteur abaissera le tronc assez vite pour que les pieds restent en contact avec le sol; mais précipitons l'acte musculaire par lequel nous fléchissons les jambes, alors le tronc ne pouvant dans sa chute parcourir assez vite la longueur verticale dont les jambes se sont raccourcies, on verra les pieds se séparer du sol sur lequel on retombera l'instant d'après dans une attitude accroupie. Dans cet acte, la flexion des membres inférieurs a pris pour point d'appui la masse du tronc librement suspendue et dont la réaction de cet acte musculaire a certainement accéléré la vitesse de chute, mais pas assez toutefois pour compenser les effets de raccourcissement des membres, puisque les pieds se sont un instant séparés du sol. Est-ce à dire que ce mécanisme intervienne habituellement dans la course, ou seulement dans quelques-unes de ses formes diverses, ou même qu'il n'y intervienne jamais? C'est à l'expérience à décider. D'ailleurs dans ces actes il y a une très grande variété de types, de même que dans la marche une théorie assez générale pour les comprendre toutes ne laisserait pas soupçonner la variété des types fonctionnels que présente la nature.

Passant ensuite à l'exposé des recherches poursuivies depuis plusieurs années pour résoudre les problèmes principaux de la mécanique animale, M. Marey décrit l'installation de la Station physiologique spéciale qu'il a fait installer, dans le but de poursuivre ses recherches, au parc des Princes. Il fait connaître quelques-uns des procédés qui y sont employés, notamment pour obtenir des photographies instantanées successives, permettant d'avoir une série d'images dont chacune correspond à l'une des attitudes de l'homme ou de l'animal pendant les expériences; la figure ci-contre, empruntée au journal *La Nature* de cette semaine, reproduit l'une des épreuves ainsi obtenues. Cette instrumentation, perfectionnée par M. Marey d'après les recherches de M. Muybridge et de M. Janssen, est devenue capable de déterminer avec précision, par des mesures rigoureuses, les diverses phases du mécanisme de la locomotion humaine dans ses multiples variétés et à cet effet il importe d'étudier: 1° la succession et la forme des appuis des pieds; 2° la longueur du pas; 3° la série des déplacements de chaque portion du corps; 4° le rôle spécial des différents organes; 5° la valeur des forces diverses qui se composent pour produire le mouvement. M. Marey montre enfin par l'énoncé de quelques-uns des résultats déjà obtenus toute l'importance scientifique et pratique de ces études; car elles doivent faire connaître l'allure qui utilisera le mieux nos forces musculaires en produisant le plus d'effet utile avec la moindre fatigue.

BIBLIOGRAPHIE

Du typhus observé à Athènes en 1870, par M. C. Petenderis Typaldos, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes. — Athènes, 1883. Imprimerie « Hermès », rue des Muses, 2.

Il ne faudrait pas, en ouvrant cet ouvrage, y chercher beaucoup de faits nouveaux ou différents de ceux qui se retrouvent dans la plupart des traités d'épidémiologie. Le livre de M. Pretenderis Typaldos est plutôt une étude clinique assez minutieuse, assez détaillée, qu'un traité didactique. Habitués à chercher rapidement dans une œuvre nouvelle les conclusions, ou, à défaut de conclusions précises, des idées originales et des recherches de physiologie pathologique ou d'histologie, nous nous trouvons un peu surpris quand il nous arrive de rencontrer, sous la signature d'un médecin aussi expérimenté qu'érudit, une série d'observations dont un certain nombre ne présente rien de caractéristique ou tout au moins rien que de très connu. Mais l'étonnement cesse lorsque, lisant attentivement ces observations, on trouve à la suite de quelques-unes d'entre elles des réflexions qui montrent tout le soin avec lequel elles ont été analysées et toute la sagacité clinique de celui qui les a recueillies. On ne regrette plus, dès lors, la peine que l'on a prise en parcourant ce volume, et on le classe avec soin à côté des œuvres analogues. Celles-ci sont dues, pour la plupart, à nos confrères de l'armée, et M. Pretenderis Typaldos, en les citant fréquemment, montre qu'il n'a pas manqué lui-même à ce devoir professionnel, qui consiste, lorsqu'on se trouve en face d'une maladie nouvelle, à lire à leurs sources originales les ouvrages qui la décrivent. Le travail de notre éminent confrère d'Athènes a été écrit en 1870. La nouvelle édition qu'il en publie aujourd'hui démontre tout à la fois et le prix qu'il attache à cette œuvre qu'il a longuement méditée, et la respectueuse sympathie avec laquelle nous devons l'accueillir.

L. L.

Aide-mémoire administratif du médecin militaire, par MM. L. du Cazal et E. Martino, médecins-majors. — Paris, 1883. Berger-Levrault et Cie.

Depuis que le corps de santé de l'armée a recouvré son autonomie, les médecins militaires sont tenus de connaître tous les règlements, qu'ils devront invoquer au cas où leur autorité serait méconnue, auxquels ils devront obéir dans tout le cours de leur carrière devenue aussi bien administrative que médicale. Ces règlements sont peu nombreux en réalité, et il fallait bien du mauvais vouloir pour soutenir que les médecins seraient incapables d'en comprendre le sens ou d'en toujours retenir les dispositifs. Il suffit, pour apprécier à leur juste valeur les arguments de ceux qui s'opposaient pour ces raisons aux revendications du corps de santé de l'armée, de parcourir le petit livre que nous devons à MM. du Cazal et Martino. Cet aide-mémoire renferme tout ce que doivent connaître les médecins des régiments dans l'armée active, la réserve et l'armée territoriale, et il ne contient pas 100 pages. Il est vrai qu'il a été écrit par des hommes spéciaux, et qu'il ne traite que des rapports du médecin avec le soldat; mais nous sommes convaincu qu'un *Code du médecin militaire*, s'il se bornait à résumer les règlements et les lois médico-militaires, pourrait être lui aussi écrit en un bien petit nombre de pages. Nous espérons qu'un manuel semblable ne tardera pas à paraître. Il rendra à tous nos confrères de l'armée les plus grands services. Les auteurs de l'*Aide-mémoire* que nous avons sous les yeux arriveraient d'ailleurs aisément à compléter l'œuvre qu'ils ont entreprise s'ils voulaient bien écrire une ou deux brochures semblables à celle qu'ils viennent de publier, leur tâche se d'ailleurs singulièrement allégée par les études semblables qui viennent de paraître dans les nouvelles *Archives de médecine militaire*. Dans le travail de MM. Du Cazal et Martino, se trouvent étudiés, en effet, la loi du recrutement, le service de santé dans les corps de troupe, et les lois relatives à la sortie de l'armée. Point de commentaires; des textes bien nets et bien précis avec les renvois nécessaires pour recourir aux sources officielles; des tableaux et des modèles de certificat pour aider le médecin qui se trouverait embarrassé, voilà tout ce qu'on trouve dans ce livre. On ne saurait trop le recommander à ceux à qui leurs fonctions rendent nécessaire la connaissance des règlements militaires, nous voulons parler non seulement des médecins de l'armée active, mais encore et surtout des médecins de la réserve et de l'armée territoriale. L. L.

Index bibliographique.

Dei mezzi profilattici e curativi contro il cholera. Istruzione popularii; del dott. F. L. Lebovics. — Salonico, 1883.

A une époque où l'on put craindre que le choléra ne fût apporté par les navires à Salonique, M. le docteur Lebovics fut chargé, par la commission d'hygiène publique de cette ville, de rédiger une *instruction populaire* sur les moyens prophylactiques et curatifs à opposer à la maladie.

Après avoir posé en principe la transmissibilité du choléra soit par les déjections, soit par les effets ayant appartenu à des cholériques, l'auteur indique d'abord les mesures d'hygiène préventive et de désinfection qu'il convient d'employer soit dans les habitations privées, soit dans les hôpitaux; puis les principaux symptômes auxquels on peut reconnaître le mal à son début et enfin les premiers remèdes à employer; et, à cette occasion, il dresse une liste des médicaments qu'il importe d'avoir toujours à sa disposition, le sulfate de cuivre faisant partie de ces médicaments, mais évidemment au même titre que le sulfate de fer et le tannin, c'est-à-dire comme antidiarrhéique. On sait qu'il a été préconisé contre les diarrhées séreuses, en particulier contre la diarrhée infantile.

TRAITÉ GÉNÉRAL DE PHOTOGRAPHIE, suivi d'un chapitre spécial *sur le gélatino-bromure d'argent*, par D. V. MONOKHOVEN, avec planches et figures; 7e édition. 1 vol. in-8°.—Paris, 1883. G. Masson.

On ne s'étonnera pas de voir annoncer dans un journal de médecine un traité de photographie. Celui de M. Monokhoven mérite même très spécialement d'être recommandé à l'attention de tous ceux qui s'occupent de science, on pourrait presque dire de n'importe quelle science, car il n'en est guère qui ne doive appeler à son secours les procédés divers de la représentation figurée, parmi lesquels la photographie occupe une si grande place. On photographie tout aujourd'hui, depuis la lune et les étoiles jusqu'aux plus petits objets, grossis pour ainsi dire à volonté. Et parmi les diverses sciences auxquelles cet art peut fournir des moyens d'étude ou de démonstration, les sciences naturelles vont bien sur venir les dernières L'anatomiste peut maintenant se représenter photographiquement la structure des organes ou leur altéraiton matérielle; le physiologiste se sert de la photographie pour fixer sur une plaque des formes ou des mouvements nécessairement transitoires et qui le sont quelquefois assez pour devenir inaccessibles à l'observation directe. Tout le monde sait le parti qu'en a tiré Duchenne (de Boulogne), pour l'étude des expressions passionnelles du visage, et le parti plus extraordinaire qu'en tire en ce moment même M. Marey, pour prendre en une seconde plusieurs images d'un oiseau qui vole ou d'un cheval qui galope ce qui lui permet d'apporter ainsi à l'étude des mouvements, des données tout à fait inattendues et d'une prodigieuse délicatesse. Enfin les progrès incessants de la photographie, ceux surtout qui sont réalisés par la photogravure et la photolithographie, offrent à la typographie pour la reproduction des planches et des figures des ressources que savent apprécier et utiliser aujourd'hui les éditeurs du monde entier, et dont les applications, trop techniques pour que nous essayions d'en donner même l'énumération, auront pour la publication des livres scientifiques des résultats chaque jour plus intéressants.

VARIÉTÉS

ATTENTAT CONTRE LA VIE DE M. J. ROCHARD. — Mercredi, à sept heures du soir, M. J. Rochard, président du Conseil supérieur de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine, venait de quitter le ministère, et suivait l'avenue Gabriel pour rentrer chez lui, quand un homme, demeuré jusqu'ici inconnu, lui tira à bout portant, dans le dos, un coup de revolver. La balle a frappé à la base de la poitrine, du côté droit, très près de la colonne vertébrale. Notre confrère, crachant le sang en abondance, a pu néanmoins gagner son domicile. Des soins lui ont été promptement donnés par MM. Lannelongue et Le Roy de Méricourt, qui ont appliqué un pansement de Lister par occlusion. M. Lannelongue, obligé de s'absenter, est actuellement remplacé par M. Legouest. L'hémoptysie est arrêtée, et, à l'heure où nous écrivons (jeudi, trois heures), il n'y a pas de fièvre. La balle est restée dans la plaie.

Le corps médical tout entier sera ému du danger qu'a couru un si éminent et si sympathique confrère, mais que conjureront certainement l'habileté et le dévouement des amis qui l'entourent.

NÉCROLOGIE : SPILLMANN. — Nous recevons une triste nouvelle. M. le docteur Spillmann, médecin principal de 1re classe, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, vient de succomber aux suites d'une longue et cruelle maladie. Notre regretté confrère avait noblement gagné, par un consciencieux labeur, la haute situation qu'il avait acquise. Dès ses débuts, comme surveillant à l'École de médecine militaire de Strasbourg, il avait montré à ses collègues et à ses maîtres ce que peuvent la constance dans le travail et le courage à reprendre patiemment dans leurs plus minutieux détails les études d'anatomie et de physiologie. Plus tard, dans ses nombreux concours qu'il fit au Val-de-Grâce, il étonna chacun de ceux qui l'avaient connu précédemment, par la sûreté de son instruction professionnelle et l'élégance de sa parole. Bientôt après sa collaboration avec le professeur Gaujot, il se montra non seulement érudit, mais encore chirurgien à la fois habile et expérimenté. Nous n'avons pas à énumérer ici ses nombreux mémoires, non plus que les articles du *Dictionnaire encyclopédique* qui lui sont dus. Il nous suffisait, en annonçant sa mort, de faire sentir toute l'étendue de la perte que subissent le Corps médical, l'Université et l'Armée.

THUILLIER.— M. Thuillier, dont nous avons annoncé la mort si regrettable dans notre dernier numéro, n'était âgé que de vingt-sept ans. Il était sorti de l'Ecole normale en 1880, comme premier agrégé de physique, et y rentra aussitôt en qualité de préparateur au laboratoire de chimie physiologique de M. Pasteur. Il avait pris part aux expériences de Pouilly-le-Fort (mai 1881) ; au mois de septembre de la même année, il fut envoyé en Hongrie et dirigea des expériences publiques de vaccination à l'Institut vétérinaire de Budapest et dans la ferme de Kapuvar; d'avril à juin 1882, il remplit une mission analogue en Prusse, et dirigea les expériences de Packisch et de Borschütz. Parmi les divers travaux entrepris au laboratoire de M. Pasteur, il s'occupait spécialement du rougel des porcs et de la fièvre typhoïde des chevaux. — Une plaque commémorative doit être élevée à sa mémoire dans le vestibule de l'Ecole normale. Un journal politique a ouvert une souscription en faveur de sa famille, qui est sans fortune et des plus méritantes.

— Nous apprenons la mort de M. Vittorio Colomiatti, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis de cette ville, décédé à Chieri, à l'âge de trente-cinq ans.

MORTALITÉ A PARIS (38e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 septembre 1883).— Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 942, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 22.—Diphthérie, croup, 22.—Dysentérie, 0.—Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 12.— Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 45; inconnu, 8.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 38e semaine. — La mortalité parisienne continue à être très faible. 942 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Fièvre typhoïde (35 décès au lieu de 36); variole (5 décès dans chacune des deux semaines); rougeole (16 décès dans chacune des deux semaines); scarlatine (pas un seul décès dans chacune des deux semaines); diphthérie (22 décès au lieu de 25). On constate, au contraire, une aggravation pour l'érysipèle (10 décès au lieu de 1), et pour la coqueluche (22 décès au lieu de 11). Bronchite aiguë (16 décès); pneumonie (43); athrepsie (118).

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 4 octobre 1883.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — CONTAGION DE LA TUBERCULOSE ; VACCINATION SANS PUSTULE. — FORMES ET PATHOGÉNIE DU PURPURA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Création d'Ecoles préparatoires du service de santé militaire à Nancy et à Bordeaux. — Modifications apportées à l'Ecole d'application du service de santé au Val-de-Grâce.

Au dernier moment, nous lisons dans le *Journal officiel* du jeudi 3 octobre un décret de M. le Président de la République, en date du 1er octobre, portant création de deux Ecoles préparatoires du service de santé militaire à Nancy et à Bordeaux, et apportant certaines modifications au régime et à l'enseignement de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Le temps nous manque pour apprécier aujourd'hui ce décret, dont les parties essentielles seront publiées dans le prochain numéro de la *Gazette;* nous devons nous borner à reproduire le rapport ci-après de M. le ministre de la guerre, rapport qui fait connaître le sens, l'esprit et les principales dispositions du décret.

Paris, le 1er octobre 1883.

Monsieur le Président,

L'article 38 de la loi du 16 mars 1882 dispose que les médecins et les pharmaciens aides-majors de 2e classe se recrutent parmi les élèves du service de santé militaire.

Avant la guerre de 1870, ces élèves étaient réunis à Strasbourg, dans un établissement unique auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie de cette ville, qui étaient chargées de leur dispenser une instruction solide et de leur conférer le diplôme universitaire de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe. L'Ecole n'était qu'un internat. Les élèves y vivaient en commun, y prenaient leurs repas, étaient soumis à une discipline militaire, conduits et surveillés aux cours de la Faculté; des répétiteurs les dirigeaient dans leurs travaux et les interrogeaient sur les matières de l'enseignement, de telle sorte qu'après quatre ans et quelques mois, ces jeunes gens, munis du diplôme professionnel, passaient à l'Ecole du Val-de-Grâce, à Paris, qui

FEUILLETON

Notes sur Xavier Bichat.

SECONDE PARTIE (1)

I. La maladie; la mort; les funérailles. — II. Hommages rendus à la mémoire de Bichat. — III. Ses lettres autographes. — IV. Ses portraits et médailles. — V. Ses papiers scientifiques.

I. — LA MALADIE. — LA MORT. — LES FUNÉRAILLES.

C'eût été un miracle que le genre de vie que Bichat s'était fait n'amenât pas une catastrophe; sa prodigieuse activité devait le tuer avant terme, et elle le tua, en effet. Le repos était inconnu à cet homme extraordinaire, dont la constitution physique n'était pourtant pas très brillante, et qui avait eu plus d'une fois des crachements de sang. Les jours, il les passait dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres, au milieu des cadavres, aspirant sans cesse les effluves morbides qui se dégagent des matières en décomposition, bravant les dangers pour exhumer du fond des tombeaux de grandes vérités qui l'immortalisèrent, et dont la conquête lui a coûté la vie. Le soir, il jetait ses notes sur le papier et les rédigeait. On parle de plus de six cents corps humains que Xavier aurait ouverts, sans compter ses nombreuses vivisections, sans compter son service à l'hôpital, ses leçons cliniques et anatomiques.

Le 8 juillet 1802, il était empoisonné; car, en descendant les marches de l'Hôtel-Dieu, il fit une chute suivie d'une syncope, laquelle chute avait pour cause, non un « faux pas », mais un trouble des centres nerveux. En rentrant chez lui avec peine, Bichat passa la nuit assez tranquillement. Mais, le 9 juillet, un violent mal de tête se déclare; la région occipitale est lourde, appesantie. Le malade veut cependant faire la visite de ses malades comme à l'ordinaire. Le soir, il se fait appliquer des sangsues derrière les oreilles. Le 10, il prend de l'émétique.

(1) Suite. — Voyez les numéros 27 et 31.

a pour mission de diriger les études complémentaires et les applications afférentes à l'exercice spécial de l'art dans l'armée.

Ce système, inauguré en 1856, a donné des résultats incontestablement bons; par lui, le recrutement du corps de santé a pu être facilement et régulièrement assuré pendant une période de quinze années. Cependant l'Ecole du service de santé de Strasbourg était loin d'être parfaite, et de sérieux reproches ont été adressés à cette institution.

Le premier, le plus grave de tous, était l'insuffisance des éléments d'instruction clinique et anatomique que présentait la Faculté de médecine pour 350 élèves militaires réunis aux étudiants civils en nombre égal au moins. Un deuxième grief était relatif aux sacrifices considérables que coûtait au Trésor l'entretien de l'Ecole du service de santé.

D'ailleurs, on reconnaissait que dans les conditions de son fonctionnement, la direction de l'ensemble et la surveillance des détails étaient très difficiles avec cette masse de 350 jeunes gens puisant dans les études médicales le goût de l'indépendance, bien plus que l'esprit militaire, si indispensable pourtant aux médecins de l'armée.

Aussi, après la perte de Strasbourg, ces considérations amenèrent-elles l'administration de la guerre à ne pas transférer l'Ecole dans une autre ville de province comme le fut à Fontainebleau l'Ecole d'artillerie de Metz, et à prendre d'autres dispositions pour assurer, au moins d'une manière provisoire, le recrutement du corps de santé militaire.

Ces dispositions ont été déterminées par les décisions des 5 octobre 1872, 12 juin 1879 et 15 juin 1880. Elles consistent principalement dans la répartition, suivant leur convenance et à leur choix, des élèves militaires commissionnés, entre onze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, et un hôpital civil militarisé. Placés sous les ordres et la surveillance des médecins chefs de ces établissements, ces élèves achèvent leurs études près des Facultés ou des Ecoles supérieures de pharmacie, dans les mêmes conditions que les autres étudiants civils, et y subissent les examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Lorsqu'ils sont en possession du diplôme de docteur ou de pharmacien de 1re classe, ils subissent un examen d'aptitude qui détermine leur passage à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, d'où ils sortent avec le grade d'aide-major de 2e classe, après avoir satisfait aux examens d'un stage de huit mois au moins.

Ce système a permis de créer les ressources nécessaires pour combler les vides qui se sont faits annuellement dans le cadre du corps de santé; mais une expérience de dix années a démontré qu'il ne pourrait fournir un contingent régulier et suffisant pour répondre à tous les besoins du service, depuis surtout que la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée a élevé le personnel de santé de 1306 à 1485 médecins et pharmaciens.

En effet, si d'un côté on remédie en partie aux défauts de l'Ecole de Strasbourg, en obtenant, par la répartition des élèves en plusieurs centres médicaux, la multiplication des ressources en moyens d'instruction qu'une Faculté unique, excepté celle de Paris, ne saurait donner, de l'autre, dans les conditions où se trouvent actuellement les élèves, leur travail n'est pas seulement favorisé et contrôlé comme il l'était à Strasbourg, par des interrogations et des conférences; la plupart mettent plus de lenteur à subir les examens probatoires, et leur vie commune avec les étudiants civils développe en eux la tendance à renoncer de bonne heure à la carrière militaire. De là de nombreuses démissions, qui se traduisent en une diminution de l'effectif de chaque promotion annuelle, et, par suite, de celui du cadre pour lequel les prévisions d'un recrutement normal ne peuvent plus être établies.

Il me paraît donc urgent d'apporter au système en vigueur une modification essentielle, l'internement des élèves. Mais afin de ne pas créer au Trésor une charge trop onéreuse, et pour remédier à l'inconvénient principal que l'on a reconnu dans l'établissement d'une Ecole unique, la concentration d'un nombre trop considérable d'élèves dans un seul centre d'instruction, il me semble plus avantageux d'instituer deux Ecoles dans des villes de province situées dans des régions différentes de l'intérieur, et qui, possédant à la fois une Faculté de médecine et un hôpital militaire, se sont engagées à fournir les locaux du casernement des élèves.

Ces Ecoles, établies ainsi à la portée de la généralité des élèves et de leurs familles, seraient en quelque sorte annexées aux hôpitaux militaires, et leur personnel serait employé en même temps pour le service hospitalier, pour la direction de l'instruction et pour la surveillance disciplinaire des élèves. Elles auraient pour but de développer en eux le même esprit de corps; seulement, pour atténuer en partie les effets du régime d'un internat trop prolongé, les élèves à partir de la 14e inscription jusqu'à leur réception au doctorat en médecine, ne seraient plus assujettis à un casernement aussi étroit; ils jouiraient d'une liberté relative, en tant qu'elle est compatible avec les nécessités de la discipline.

Il y a lieu de remarquer, en outre, que des modifications importantes sont apportées à l'organisation intérieure des écoles, pour lesquelles le régime militaire est adopté; il peut, en effet, lorsqu'il est bien compris, se concilier avec l'esprit scientifique, il est conforme à la dignité des jeunes gens et seul propre à inspirer aux élèves les sentiments militaires dont ils doivent être animés. C'est pour cette raison que tous les élèves sont tenus de s'engager, et qu'une certaine instruction militaire figure dans le programme des connaissances à acquérir; c'est pour cela, enfin, qu'il a paru indispensable de disposer que les élèves sont soumis à toutes les règles de la discipline militaire.

L'Ecole d'application reste ce qu'elle était en principe. Elle reçoit cependant quelques légères modifications. La première consiste à assimiler les stagiaires provenant des écoles préparatoires

---

Mais, le 15, la maladie revêt un aspect redoutable; l'état comateux est survenu, la face est le siège de mouvements convulsifs.

La journée du 17 est marquée par un calme de bon augure; on commence à espérer autour du lit du grand homme.

Mais, le 21, un coma complet survient; le malade ne peut plus parler. Et la mort arrive le 22, à quatre heures et demie du matin, le quatorzième jour de la maladie.

Xavier Bichat n'avait pas atteint sa trente et unième année; il lui manquait pour cela trois mois et vingt-deux jours.

Esparron, Roux, Lepreux étaient là plongés dans la douleur; il y avait aussi la veuve de Desault (1), qui avait tenu à continuer, après la mort de son mari, l'amitié que ce dernier avait vouée à son élève, et qui, jalouse de mettre continuellement un tel exemple sous les yeux de son fils, avait servi de seconde mère à Xavier, et en avait fait le commensal de sa maison.

L'histoire ne dit pas que le père et la mère de Bichat aient pu faire le voyage de Paris et assister aux derniers moments de leur enfant.

Le corps de l'illustre Bressan fut ouvert. Nous empruntons à Lepreux les lignes suivantes :

« A l'ouverture du corps, la figure était méconnaissable par la profonde altération des traits. L'inspection du ventre ne montra aucun dérangement des viscères qui y sont renfermés. Celle de la tête confirma le sentiment dans lequel on était qu'il n'était pas mort des suites immédiates du coup qu'il avait reçu dans sa chute. On ne trouva, en effet, qu'un épanchement séreux considérable à la base du crâne, circonstance qui s'offre constamment à l'issue funeste des fièvres malignes et ataxiques, dont sa maladie a présenté, au moins dans les derniers jours, les caractères certains. »

Bichat avait su se faire aimer de tous ceux qui l'avaient de

(1) Elle se nommait Marguerite Thouvenin, et n'eut qu'un fils, Alexis-Mathias Desault. Le gouvernement lui accorda une pension de 2000 livres (*Moniteur*, an III, n° 274).

aux officiers élèves des autres Ecoles d'application, en leur donnant le grade d'aide-major de 2e classe au moment de leur admission.

Une seconde modification consiste à rattacher l'enseignement de l'administration et de la législation militaires à la chaire d'hygiène et de médecine légale.

Enfin la durée du professorat est limitée à dix ans. Il importait, en effet, de déterminer, dans le corps de santé militaire, un courant de travail et de ne pas laisser une chaire occupée trop longtemps par le même professeur, qui s'y spécialise, et, dans une certaine mesure, s'éloigne un peu du corps de santé lui-même. Le principe de la non-permanence des fonctions de professeur avait été posé dans la première organisation de l'Ecole du Val-de-Grâce en 1852, mais on en avait fait une question d'avancement; les professeurs ne pouvaient dépasser le grade de médecin principal de 2e classe. L'idée était défectueuse et l'application impossible...

Veuillez agréer, etc.

Le ministre de la guerre,
THIBAUDIN.

Académie de médecine : Contagion de la tuberculose; vaccination sans pustule.

L'Académie de médecine a écouté avec une attention toute particulière l'élégante et fine argumentation de M. G. Daremberg sur la contagion de la tuberculose. Nous disons argumentation : nous pourrions dire disquisition ou consultation. M. Daremberg, en effet, n'apporte pas et ne prétend pas apporter à cette question délicate des éléments nouveaux; il n'a pas fait d'expériences sur les lapins; les faits de contagion qu'il a rencontrés chez l'homme ne se distinguent par aucune particularité; mais il a médité sur les expériences d'autrui, avec la compétence d'un habitué de laboratoire, et sa pratique déjà longue à Menton l'a rendu riche en observations cliniques. Ainsi doublement armé, il a rassemblé, classé et fait valoir avec beaucoup d'art tous les arguments qui peuvent militer en faveur de l'origine extérieure du bacille avéré de la tuberculose. Un doute s'empare naturellement des esprits en présence d'une maladie qu'on surprend rarement, dans les ménages ou ailleurs, en flagrant délit de contagion et dont pourtant les germes de transmission, exhalés avec l'haleine des phthisiques, expulsés avec les crachats, rempliraient l'atmosphère ambiante, peuvent être transportés au loin, et doivent conséquemment pénétrer dans les poumons de bien des gens. C'est sur cette obscurité que M. Daremberg s'est efforcé de répandre toute la lumière dont peuvent disposer la science expérimentale et le raisonnement. La science expérimentale montre que, dans le monde végétal comme dans le monde animal, la vitalité des micro-organismes — nous le rappelions nous-mêmes dans le dernier numéro — est subordonnée au milieu de culture; la pullulation de l'*Aspergillus niger* s'arrête dès que le liquide est versé dans un vase d'argent; le bacille de la tuberculose, inoculé à un lapin sur une cuisse dont on a coupé le nerf sciatique y reste stérile, tandis qu'il prospère sur l'autre cuisse, etc. Tout se réduit donc à une question de terrain, même la transmission héréditaire. On n'hérite pas du bacille, mais du milieu organique où le bacille trouvera les conditions favorables à son développement, lequel milieu se réduit à ce que M. Bouchardat appelle si bien la *misère physiologique*. Les choses étant ainsi, le nombre des microbes répandus dans l'atmosphère importe peu; un seul peut engendrer la phthisie chez celui qui l'absorbe; mille ne l'engendreront pas si l'organisme est réfractaire.

Et la conséquence dernière de la théorie serait que la phthisie, toujours prise par contagion, puisqu'elle est le résultat d'un contage, n'aurait pas néanmoins les apparences d'une maladie transmissible, par cette seule raison que les bacilles, émanés d'un phthisique, ne rencontreraient pas souvent dans ceux qui l'entourent un terrain favorable de culture; ce sont des graines qui, emportées d'un champ fertile, iraient tomber le plus souvent sur un champ inculte.

Que cette explication puisse encore passer pour conjecturale, nous le comprenons; mais il ne faudrait pas non plus aller jusqu'à exiger, pour l'admettre, l'impossible démonstration des différences anatomo-physiologiques qui créeraient en ce genre la stérilité ou la fertilité des organismes. La conjecture deviendra une déduction logique, et partant scientifique, quand les expériences sur l'influence des milieux auront parlé plus fortement et en termes encore plus décisifs. Ce sera alors l'analogue de la *réceptivité* ou de la *non réceptivité* actuellement admises.

— M. le docteur R. Blache a lu ensuite un mémoire dont il serait bon que les conclusions devinssent l'objet d'un débat académique. Sur deux enfants, l'auteur n'obtint d'une vaccination régulière, et qui avait réussi chez deux autres enfants, qu'une induration des points inoculés avec empâtement du bras, mais sans pustule. Cependant, chez les premiers, une seconde vaccination resta sans effet. La première avait donc été efficace; et dès lors la pustule vaccinale, bien que

près approché; il avait les deux génies, celui du cœur et celui de l'esprit. D'un physique agréable, d'une taille moyenne, il avait les yeux vifs et très spirituels; son visage était ouvert. Les plus aimables qualités morales relevaient, dans sa personne, l'éclat de son mérite. Jamais on ne vit plus de franchise et de candeur, plus de facilité à sacrifier ses opinions lorsqu'on lui proposait une objection solide. Incapable de colère et d'impatience, sa générosité fut toujours une ressource assurée à ceux de ses élèves que l'éloignement de leur famille mettait pour quelques moments dans l'indigence. Habile à distinguer les talents, il les encourageait de toutes les manières possibles dès qu'il les avait découverts. L'envie s'attacha quelquefois à ses pas, et chercha à lui ravir sa réputation, ne pouvant lui pardonner son mérite. Mais il se contenta de mépriser de vaines attaques, et ne se mit jamais en devoir de les repousser directement, toujours prêt à renouveler avec ses détracteurs une amitié qu'eux seuls avaient rompue. Il fut bon, gai, vif et ouvert; ses parents lui furent chers, et il aima surtout son père; il lui dédia le *Traité des membranes;* sa dédicace est simple et peint son cœur; elle porte pour tout compliment : *A mon père et mon meilleur ami.* Le nom même de Bichat respire quelque chose de doux et d'honnête qui nous charme et nous fait ressentir pour lui comme une tendre et respectueuse affection (Levacher de la Feutrie, Buisson, Husson).

Les funérailles de Bichat furent dignes de lui : quinze voitures couvertes de noir et suivies d'un nombre égal de voitures de remise pleines d'élèves de l'Hôtel-Dieu formèrent le cortège; plus de six cents élèves accompagnèrent leur digne professeur jusqu'à sa dernière demeure (1). Parti de la maison mortuaire, cloître Notre-Dame, le cortège, après la présentation du corps à la métropole parisienne, se dirigea du côté du cimetière Sainte-Catherine. Parvenu au lieu du repos éternel, il atteignit le mur est dudit cimetière, au pied duquel

(1) *Moniteur*, 9 thermidor, an X. — *Magasin encyclop.*, 8e année, t. II, p. 252.

foyer de reproduction du virus, n'est pas le signe nécessaire d'une bonne vaccination, et ne prend pas part à l'évolution de la vaccine dans l'économie. Notre distingué confrère n'admettrait-il pas que les sujets en question pourraient être réfractaires à la vaccine, ce qui expliquerait les deux insuccès consécutifs ?

A. D.

Formes et pathogénie du purpura.

(Premier article.)

L'histoire du purpura est en pleine période de rénovation. Depuis une dizaine d'années, l'on s'attache à faire le procès des derniers débris de la classification de Willan, et à rayer de la pathologie le purpura en tant qu'entité morbide. Réduite à l'état de syndrome, l'éruption purpurique n'en est que mieux étudiée dans ses formes et sa pathogénie. Grâce à des travaux récents, les anciennes espèces s'enchaînent et forment des groupes mieux définis; des notions précises ont remplacé les données vagues de physiologie pathologique.

I

De toutes les classifications du purpura, considéré dans sa forme primitive, dite idiopathique, une seule s'est maintenue jusqu'à ces derniers temps; c'est la division en *purpura simplex* et en *purpura hæmorrhagica*, deux premiers termes de la classification de Willan. Les objections n'ont pas manqué à cette dichotomie tout artificielle. Déjà les auteurs du Compendium faisaient remarquer qu'il ne s'agissait en réalité que de deux degrés d'une même affection. M. Bucquoy (Thèse de 1855) considérait qu'il eût mieux valu distinguer une forme bénigne et une forme grave de purpura.

En réalité les hémorrhagies viscérales considérées comme caractéristiques du purpura hæmorrhagica, ne sont pas l'attribut d'une espèce morbide. Elles se produisent dans des cas bénins et de causes diverses. Mais il y a plus. Le purpura hæmorrhagica, devenu synonyme de maladie de Werlhof, par suite d'une erreur historique et clinique relevée par Lasègue (*Arch. de méd.*, 1877), a été longtemps considéré comme une maladie autonome, comme une sorte de scorbut sporadique, invariable dans sa cause et dans ses allures. C'est contre cette unicité que M. H. Mollière (*Lyon médical*, 1873) a le premier protesté, en proposant la désagrégation du type morbide. La même idée a été reprise et développée dans leurs magistrales thèses par M. Mathieu (*Purpuras hémorrhagiques. Essai de nosographie générale.* Thèse de doctorat, 1883), et M. Du Castel (*Des diverses espèces de purpuras.* Thèse d'agrégation, 1883). Pour ces auteurs le purpura hémorrhagique englobe les faits les plus disparates; c'est une expression symptomatique qui n'a de signification que par le qualificatif qu'on y ajoute. La même remarque s'applique au purpura simplex, qui n'est qu'un degré atténué de la forme précédente.

Ce travail de démembrement et de refonte des espèces du purpura a du reste été préparé par la connaissance de ses relations morbides et de sa pathogénie. S'il était, il y a quelques années, une étude désespérante pour le médecin, c'était bien celle des modalités nombreuses et des causes variées de l'éruption pourprée. Tel malade était atteint de douleurs articulaires et bientôt après d'une poussée de pétéchies sur les membres inférieurs; il était rhumatisant de race : purpura rhumatismal. Les mêmes accidents cutanés survenaient sans causes connues et sans arthropathies : purpura simplex. Une violente émotion les avait précédés : purpura émotif. La coïncidence de plaques ortiées ou d'érythème marquait le purpura urticans de Willan, le purpura simplex à forme exanthématique de Laget. Et grand devenait l'embarras quand un purpura d'apparence rhumatismale ou consécutif à un ébranlement nerveux, se compliquait d'hémorrhagies viscérales. Y avait-il une relation quelconque entre ces différents cas et d'autres encore qu'il serait trop long d'énumérer ?

Les purpuras névropathiques, classe nouvelle et fort curieuse, ont établi un lien entre toutes ces formes ou pour mieux dire ces degrés, grâce surtout aux études approfondies de physiologie clinique qu'ils ont provoquées. C'est à M. Couty que l'on doit en France les premières notions complètes sur les purpuras d'origine nerveuse (*Gaz. hebd.*, 1876). Il avait été précédé dans cette voie par Henoch en Allemagne (Berlin, *Klin. Wochensch.*, 1868, n° 50 et 1874, n° 51); frappé surtout des accidents gastro-intestinaux qui les accompagnent, le médecin de Berlin considérait les cas de ce genre comme constituant une espèce de purpura, distincte de la péliose rhumatismale. Ces mêmes faits ont été synthétisés par M. Faisans, dans sa très intéressante thèse sur le purpura myélopathique (1882).

---

avait été creusée une fosse. Tous les assistants forment cercle, la bière est descendue dans la fosse, et Roux et Lepreux, premier médecin de l'Hôtel-Dieu, la douleur au cœur, prononcent l'éloge du grand physiologiste :

L'éloquence de la douleur est le silence, dit Lepreux; des larmes, des larmes, voilà le seul éloge funèbre qui soit au pouvoir de l'amitié quand elle est tout entière au sentiment de la perte qu'elle vient d'éprouver! Dans un autre temps, les Sociétés savantes s'acquitteront comme elles le doivent à l'égard d'un homme aussi étonnant par sa supériorité et l'étendue de ses connaissances que par la plus rare modestie; d'un homme dont le talent si distingué était encore embelli par toutes les vertus; d'un homme qu'il faut cependant accuser d'avoir excédé dans le bien, car on serait en droit de lui reprocher un dévouement à ses devoirs, tel qu'il en oubliait ce qu'il devait à sa propre conservation; on lui reprocherait ses veilles continuelles, ses occupations multiples, où il ne connaissait de délassement que le changement de travail; mais surtout il faudrait lui reprocher les dangers sans cesse renaissants qu'il allait braver tous les jours pour exhumer du fond des tombeaux de grandes vérités qui l'immortalisèrent, et dont la conquête lui a coûté la vie. Mais, quoique moissonné dans la fleur de la jeunesse, il s'était déjà recommandé à la postérité par plusieurs ouvrages, où partout on trouve le génie de l'observation, la profondeur des recherches, des aperçus pleins de sagacité, un style aussi clair que précis, et une logique admirable. Jeunes élèves, qui fixez ce cercueil avec l'attendrissement de la piété filiale, vos pleurs religieux m'avertissent que l'éloge d'un grand maître ne m'appartient que de la manière dont vous le faites vous-mêmes; aussi ne veux-je que suivre un usage consacré chez les anciens : il était réservé à l'amitié d'appeler trois fois sur la tombe l'objet de ses regrets; et moi aussi je vous appellerai, ô mon digne et tendre ami, je vous dirai comme Tibulle à son frère : « Je ne vous verrai plus, mais je vous aimerai toujours. Votre image, sans cesse présente à mon souvenir, ne s'effacera plus que sous la main de la mort, que vous venez de me rendre désirable. »

Multis ille bonus flebilis occidit,
Nulli flebilior quam mihi.

II

Dans sa forme typique, le purpura d'origine nerveuse est caractérisé par trois ordres d'accidents : 1° des poussées de purpura ; 2° des troubles gastro-intestinaux ; 3° des œdèmes cutanés. L'affection n'a pas une marche réglée, mais habituellement son début est brusque, annoncé par des frissons et de la fièvre, marqué d'autres fois par des accidents locaux, engourdissement et douleurs dans les membres inférieurs, faiblesse avec impossibilité de se tenir debout, arthralgies avec ou sans épanchement dans les jointures. Ces manifestations articulaires ont pour caractères essentiels la multiplicité et la mobilité (Faisans). L'éruption est souvent accompagnée ou précédée d'œdèmes sous-cutanés, fugaces et soudains, de plaques ortiées et d'érythème. L'exanthème devenant purpurique, les taches sanguines sont particulièrement remarquables par leur symétrie (Rendu, Testut), par leur localisation autour des articulations douloureuses, quelquefois même par leur distribution sur le trajet des nerfs sensitifs (Faisans). A leur niveau ou dans leur voisinage, une exploration attentive peut révéler des troubles divers de la sensibilité : hypéresthésie, thermo-anesthésie, analgésie.

A ces accidents périphériques se joignent ou succèdent des manifestations viscérales. Brusquement, coïncidant ou alternant avec les poussées œdémateuses, rhumatoïdes et purpuriques, surviennent des douleurs épigastralgiques violentes, avec ou sans vomissements bilieux, plus rarement sanguinolents. D'autres fois, ce sont des coliques sèches ou suivies de débâcles diarrhéiques ; des entérorrhagies paroxystiques peuvent en marquer la fin. Certains malades accusent de la dyspnée avec angoisse, des palpitations avec tendance syncopale. Ces crises viscérales comparées par M. Couty à celles des ataxiques durent de quelques heures à un ou trois jours. Après une rémission plus ou moins longue, elles se reproduisent avec ou sans poussées purpuriques ; celles-ci ont du reste un caractère essentiellement récidivant.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi complet. Il est des formes frustes dans lesquelles l'un ou l'autre des éléments de la triade symptomatique fait défaut. Il est aussi des cas graves où la multiplicité et la répétition des hémorrhagies peuvent amener la mort et semblent indiquer une sorte de diathèse hémorrhagique acquise. Mais la guérison est la règle après une série de récidives.

Comment interpréter les phénomènes observés ? En ce qui concerne l'éruption, il est évident, comme le fait remarquer M. Du Castel, qu'elle est d'ordre essentiellement congestif. Les poussées fluxionnaires et œdémateuses qui précèdent le purpura en sont la meilleure preuve, et le même processus se retrouve dans la plupart des purpuras primitifs. La dilatation vasculaire précède l'extravasation sanguine, et même elle peut suffire à elle seule pour constituer la tache pourprée. Cela résulte en effet de deux examens faits par M. le professeur Cornil (Obs. de M. Frémont et de M. Rigal) et communiqués à M. Du Castel. Ainsi, comme l'avait prévu Hillairet, le purpura peut être dû à une simple angiectasie, l'issue des globules rouges par diapédèse ou rupture étant inconstante et accessoire. La dénomination de *purpura ectasique* récemment proposée par M. H. Arragon (*Arch. de phys.*, 1883, t. VII, p. 352) exprime bien cette altération spéciale.

Mais l'angiectasie, ainsi prise sur le fait, n'est elle-même qu'un résultat. En l'absence de toute lésion des parois artérielles, seul un trouble de l'innervation vaso-motrice peut en rendre compte. C'est le mécanisme invoqué par Laget (Thèse Paris, 1875) pour le purpura urticans surtout. C'est aussi l'opinion d'Henoch. Il suffit du reste de rappeler la symétrie de l'éruption purpurique, les troubles de la sensibilité qui l'accompagnent pour justifier cette théorie nerveuse. La démonstration devient tout à fait satisfaisante quand on envisage le caractère des douleurs périphériques et des crises viscérales. Se basant sur ces phénomènes, M. Couty a proposé sa théorie du purpura d'origine nerveuse, la cause des accidents résidant pour lui dans un trouble primitif du système ganglionnaire. M. Faisans invoque plutôt une altération de nature congestive des faisceaux postérieurs de la moelle, d'où le nom de *purpura myélopathique*. Le caractère des crises viscérales, les troubles sensitifs qui accompagnent l'éruption, enfin les manifestations articulaires très analogues aux arthropathies d'origine médullaire plaident en faveur de cette localisation morbide.

Du reste, les purpuras secondaires liés à des affections du système nerveux donnent à ces théories pathogéniques un précieux appui. M. Faisans a observé des hémorrhagies cutanées dans la sphère du nerf sciatique atteint de névralgie ou de névrite. M. Straus (*Arch. de neurologie*, 1880-1881) a signalé chez les tabétiques des ecchymoses cutanées survenant à la suite de douleurs fulgurantes. Enfin des éruptions purpuriques diverses ont encore été constatées par M. Faisans dans le cours d'une myélite transverse, de méningo-myélites

---

II. — Hommages rendus a la mémoire de Bichat.

Bichat, après sa mort, a reçu les hommages qui lui étaient dus. Un mois après qu'il eut rendu le dernier soupir, Corvisart écrivait à Bonaparte, premier consul :

Bichat vient de mourir à trente ans ; il est tombé sur un champ de bataille qui veut aussi du courage, et qui compte bien des victimes ; il a agrandi la science médicale ; nul, à son âge, n'a fait tant de choses et aussi bien...

Et Bonaparte répondait ainsi en s'adressant au ministre de l'intérieur (2 août 1802) :

Je vous prie, citoyen ministre, de faire placer à l'Hôtel-Dieu un marbre dédié à la mémoire des citoyens Desault et Bichat, qui atteste la reconnaissance de leurs contemporains pour les services qu'ils ont rendus : l'un à la chirurgie française, dont il est le restaurateur ; l'autre à la médecine, qu'il a enrichie de plusieurs ouvrages utiles. Bichat eût agrandi le domaine de cette science si importante et si chère à l'humanité, si l'impitoyable mort ne l'eût frappé à trente ans...

Je vous salue,

Bonaparte.

Une pierre monumentale scellée au mur du péristyle de l'Hôtel-Dieu, et ayant pour inscription l'extrait de cette lettre, consacra ainsi l'immortalité au maître et à l'élève, aux deux amis, devenus inséparables après la mort.

A partir de cette date, les hommages se multiplièrent ; quelques-uns sont d'hier, tant la mémoire de Bichat est restée vivante parmi nous. Le 3 septembre 1802, la Société d'émulation arrête que le buste de son fondateur serait placé dans le lieu même de ses séances. Le 25 octobre de la même année, dans la séance publique de l'Ecole de santé, Hallé prend pour sujet le grand collègue qu'on venait de perdre. Le 1er avril 1807, la Société médicale d'émulation fait graver une médaille à l'effigie de Bichat. Nous en reparlerons.

tuberculeuses, chez une malade atteinte de cancer secondaire du rachis avec douleurs pseudo-névralgiques. Il était légitime de rapprocher de ces purpuras consécutifs à des lésions déterminées de l'axe médullaire, le purpura avec symptômes névropathiques, et par analogie de placer dans la moelle le substratum anatomique de ce dernier. Malheureusement cette hypothèse, quoique étayée par des preuves cliniques nombreuses, manque encore de la démonstration anatomo-pathologique. Ce desideratum sera peut-être comblé quelque jour, mais il ne faut pas oublier que de toutes les altérations organiques le processus congestif est celui qui se soustrait le plus aisément à l'investigation.

III

Le purpura nerveux ou purpura myélopathique est une expression pathogénique, ce n'est pas une espèce clinique. Ces qualifications indiquent uniquement que l'agent morbide emprunte l'intermédiaire du système nerveux pour arriver à produire le purpura. Or le plus grand nombre des purpuras primitifs et plusieurs espèces de purpuras secondaires semblent dépendre de cette intervention spéciale de la moelle ou du grand sympathique. Au premier rang se placent le purpura rhumatismal et les purpuras exanthématiques que M. Mathieu décrit sous le nom de purpura rhumatoïde, et que M. Du Castel réunit sous la dénomination commune de purpuras rhumatismaux exanthématiques.

Pour créer sa péliose rhumatismale, Schönlein s'était basé sur la coexistence du purpura et de douleurs articulaires. L'analogie si frappante des arthralgies et des arthrites du purpura avec les arthropathies d'origine nerveuse, les notions nouvelles sur le rhumatisme secondaire et le pseudo-rhumatisme, exigent plus de réserve dans l'appréciation de la nature rhumatismale de l'exanthème. Comme le fait remarquer M. Ernest Besnier (art. Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique*), la plupart des observations intitulées rhumatisme avec purpura seraient mieux dénommées purpura avec rhumatisme. Le qualificatif reste vrai néanmoins pour la généralité des cas, car la plupart des malades ont des antécédents personnels ou héréditaires de rhumatisme. A ce point de vue les idées de Bazin, de M. Blachez et de la plupart des auteurs restent vraies. L'arthritisme est en définitive la condition prédisposante de cette forme de purpura, et la congestion médullaire, qui sans doute lui donne naissance, n'est qu'une des modalités de la diathèse justement qualifiée de congestive par Senac-Lagrange. Mais ces troubles sont provoqués par diverses causes occasionnelles dont le rôle se comprend aisément. De ce nombre sont la fatigue, le froid et surtout le surmenage ; les émotions nerveuses et en général toutes les circonstances susceptibles de réveiller l'état névropathique des rhumatisants agissent dans le même sens.

Ces facteurs essentiels étant admis, on comprend que le purpura rhumatismal puisse revêtir des aspects variés, suivant la prédominance et l'intensité des manifestations périphériques et viscérales. Les œdèmes, l'urticaire, les arthralgies multiples et fugaces, les crises gastro-intestinales, se montreront isolément ou en se combinant, témoignage d'une irritation congestive plus ou moins vive du système nerveux. Et ces divers accidents ne constituent plus l'attribut d'espèces distinctes, car tous les intermédiaires existent entre l'éruption purpurique strictement limitée au tégument (purpura simple) et le purpura avec hémorrhagies viscérales. Il n'est pas jusqu'aux altérations des gencives et au sphacèle des plaques hémorrhagiques qui n'aient été observés dans certains cas. Mais de ce fait aux purpuras graves il n'y a qu'un pas, et nous réservons leur discussion pour un prochain article.

P. Merklen.

Contributions pharmaceutiques.

NOUVEAU VIN DE PEPSINE. SITUATION ANTIPARASITAIRE

Le journal des *Sciences médicales de Lille* (n° 17) donne la formule suivante :

Nouveau vin de pepsine (Formule allemande).

Pepsine..................	50	parties.
Glycérine................	50	—
Acide chlorhydrique.......	5	—
Eau......................	50	—
Vin blanc................	1845	—

Faites un mélange légèrement pâteux avec la pepsine, la glycérine et l'eau; ajoutez le vin blanc et l'acide chlorhydrique; laissez en contact le mélange pendant six jours en agitant de temps en temps; le produit est un liquide clair jaunâtre, la pepsine employée doit être telle, que 0gr,100 dissous dans 100 grammes d'eau et 2gr,500 d'acide chlorhydrique soient sus.

En 1803, la Société d'émulation du Jura incruste à Thoirette, dans le mur qui forme la façade de la petite maison dans laquelle est né Bichat, une plaque de marbre portant cette inscription : *Ici naquit Marie-François-Xavier Bichat, à Thoirette, le quatorze novembre* 1771. En 1837, David (d'Angers), chargé de faire le fronton du Panthéon pour cette inscription sublime : *Aux grands hommes la patrie reconnaissante*, représente Bichat qui succombe la tête couronnée de lauriers; il tient d'une main sa plume, et de l'autre le manuscrit de son livre sur la vie et la mort. Le 5 mai 1839, la ville de Lons-le-Saulnier inaugure, au centre de la cour de son hôpital, un buste de Bichat, dû au ciseau de Huguenin, son compatriote, et surmontant une fontaine en marbre du pays. Le 24 mars 1843, la ville de Bourg a voulu aussi avoir sa statue de Bichat, et c'est David (d'Angers) qu'elle charge de l'œuvre. Le grand artiste a représenté son héros dans l'attitude du travail et de la pensée; sa main droite, appliquée sur la région précordiale d'un enfant, semble recueillir les battements du cœur. A ses pieds, une lampe antique, quelques instruments de dissection, et un rouleau sur lequel on lit : *Recherches sur la vie et la mort*. Cette statue, dont une reproduction en plâtre s'élève au pied de l'escalier qui conduit à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, a été lithographiée par Gsell. Le 16 juillet 1857, la statue de Bichat est inaugurée dans la cour de la Faculté de médecine de Paris; grande et touchante cérémonie, mêlée de chants, de cantates, et à laquelle assistent le ministre de l'instruction publique, les membres de la Faculté en grand costume, et une foule de notabilités de la médecine, des sciences et des lettres. On trouvera tous les détails de cette cérémonie dans l'*Union médicale* de 1857, p. 349. Enfin, le 10 novembre 1845, a lieu l'*exhumation des restes de Bichat*. Il y avait quarante-trois ans que ces restes reposaient dans le cimetière Sainte-Catherine. Déjà, en 1831, ce cimetière devant être supprimé et affecté à une autre destination, les admirateurs de Bichat s'étaient demandé ce que deviendrait

ceptibles de dissoudre 100 grammes d'albumine d'œuf, coupée en morceaux de la grosseur d'une lentille; le mélange, agité de temps en temps pendant quatre à six heures à la température de 40 degrés, doit donner un liquide légèrement opalescent.

La composition de cette formule séduit au premier abord; mais, si l'on réfléchit un instant, on voit qu'elle offre quelques lacunes.

La pepsine employée est-elle en poudre ou à l'état d'extrait? L'auteur ne le dit pas. Et cependant la chose en vaut la peine.

La pepsine en poudre est un mélange d'environ 30 pour 100 de pepsine extractive et de 70 pour 100 d'amidon ou de sucre de lait. Des expériences précises nous ont démontré que, pendant l'opération de ce mélange, la pepsine extractive perdait la moitié de sa valeur digestive, mais seulement au point de vue de la préparation du vin et de l'élixir de pepsine, c'est-à-dire que si 1 gramme de pepsine amylacée, administré en nature, agit dans l'estomac comme 0gr,30 de pepsine extractive, il n'agira plus que comme 0gr,15 à l'état de vin ou d'élixir de pepsine.

Comme pendant trente ans on a toujours préparé les solutions de pepsine avec la pepsine amylacée, on demeure stupéfait devant la quantité de pepsine perdue pour tout le monde. Et, vu le prix de la matière, cela se chiffre par millions.

Il est donc désormais indispensable de n'employer que la pepsine extractive pour les vins et les élixirs. — Nous n'ajoutons pas le mot *sirop*, parce que nous rejetons cette préparation.

Cependant l'auteur a eu la précaution, ainsi qu'on l'a remarqué, de faire suivre sa formule d'un dosage de la pepsine. Malheureusement ce dosage n'offre aucune précision. Qu'est-ce que ce liquide opalescent? C'est de l'albumine passée à l'état de syntonine, mais non de peptone; la papaïne en eût fait autant.

Pour qu'il y ait peptonisation complète, il faut que le liquide filtré soit non seulement limpide; mais qu'il le soit encore après l'addition de 1/10 d'acide azotique. Ce résultat exige l'emploi de pepsines énergiques et en quantité suffisante.

Dans l'analyse d'une pepsine, les conditions dans lesquelles on se place jouent un très grand rôle. Suivant qu'il y a plus ou moins d'eau ou d'acide chlorhydrique; que le degré de température est plus ou moins élevé; que le temps de digestion est plus ou moins long; qu'il y a plus ou moins de fibrine ou d'albumine en expérience, on obtient des résultats différents. Il ne nous coûte rien d'avouer que jusqu'à présent, si le commerce de tous ces ferments digestifs a tant laissé à désirer, c'est qu'il n'y avait aucune sanction légale.

Les gens de mauvaise foi ont eu beau jeu. Mais cet état de choses va cesser. Dans le nouveau Codex (1), on trouvera un procédé d'analyse de la pepsine et de ses préparations, dans lequel l'auteur de cet article s'est efforcé de mettre toute la précision possible, et qui exige une pepsine sept fois plus forte que celle du dernier Codex.

Pour en revenir à notre point de départ, le liquide opalescent de tout à l'heure ne signifie rien et ne suffit pas pour nous convaincre de la valeur de la pepsine employée. Nous sommes bien sûr que l'acide azotique y produirait un superbe précipité caillebotté; caractère décisif de l'albumine non peptonisée. Et puis, quelle nécessité y a-t-il de faire prendre à tous les dyspepsiques de la glycérine (d'après M. Catillon) et de l'acide chlorhydrique (d'après M. Grez)?

Croit-on la pepsine insuffisante quand elle est seule? Erreur; employez-en de la bonne et vous en serez satisfait. Ne sortez pas de ces trois préparations : pepsine en poudre, vin de pepsine et élixir de pepsine, et réservez l'acide chlorhydrique pour des cas bien particuliers.

Pendant que nous tenons ce numéro du journal de Lille, un mot encore à son adresse. Nous lisons à la page suivante ceci :

Solution contre les parasites du pubis et de la tête.

Sublimé corrosif..........	5 grammes.
Glycérine de Price........	100 —

Mêlez.

Malgré la causticité du bichlorure de mercure, la peau n'est pas irritée, ce sel n'est pas absorbé, on n'en trouve donc pas de traces dans les urines, parce que, loin d'aider à l'absorption du sel, il l'empêchera. Une chose à considérer : les parties affectées ne doivent pas avoir été écorchées.

La phrase est insuffisante; il aurait fallu faire comprendre que c'était la glycérine qui empêchait l'absorption du sublimé en ne mouillant pas la peau.

Nous n'aurions pas non plus trouvé mauvais que le rédac-

(1) Le nouveau *Codex* doit être mis en vente chez G. Masson, le 1er janvier prochain.

---

cette dépouille chassée de sa dernière demeure. Plusieurs projets furent proposés, plusieurs tentatives furent faites, mais rien n'aboutit. Et ce ne fut qu'en 1845 que le *Congrès médical de France*, voulant dignement clore sa session, eut la vaillance et le bonheur de pouvoir arracher les os du grand physiologiste à la profanation, et de lui donner au cimetière de l'Est un tombeau. J'en appelle au souvenir de ceux qui, le 16 novembre 1845, à huit heures du matin, ont assisté à l'exhumation; ils diront l'émotion générale lorsque après avoir enlevé un treillis de bois et recueilli pieusement des couronnes d'immortelles, des vases de fleurs, — témoins du culte que des amis, tels que Girault, Husson, Pariset, Devilliers, n'avaient pas cessé de consacrer au modeste tombeau, — à la profondeur de 1m,70, sous une pierre sépulcrale verticalement posée, on mit à découvert un squelette admirablement bien conservé... moins la tête. On l'eût cherchée en vain. — A l'étonnement général, on vit alors Roux, l'ami, le collaborateur de Bichat, tirer de dessous son manteau cette tête, qu'il déclara posséder depuis quarante ans, c'est-à-dire depuis 1805, trois ans après la mort de Xavier... Comment! Roux se contenta de déclarer que ce fut « par des circonstances inutiles à rappeler ». Quoi qu'il en soit, le squelette de Bichat, arrangé par Malgaigne, fut placé, — cette fois avec la tête, — dans un cercueil de chêne, avec une branche de laurier et une couronne d'immortelles; le couvercle du cercueil a été scellé et surmonté d'une plaque de plomb portant la date de la mort de Bichat et celle de son exhumation.

Nous ne dirons pas les splendeurs déployées dans le service religieux, qui eut lieu à Notre-Dame, et auquel avaient tenu d'assister le préfet de la Seine, le procureur général de la Cour de cassation, plusieurs membres du conseil général des hospices, du conseil supérieur des armées, les officiers de santé militaires en costume, les délégués des départements, presque tous les élèves des Écoles. Le Congrès médical avait demandé que Bichat eût les mêmes chants qui furent exécutés pour les funérailles du duc d'Orléans. Les

teur eût ajouté que cette formule était de nous et qu'elle était tirée de la *Gazette hebdomadaire*. Le rédacteur voudrait-il bien réparer cette omission?

Pierre Vigien.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Étude critique sur la tuberculose articulaire, par M. Mabboux, médecin-major des hôpitaux militaires.

(Suite. — Voyez le numéro 39).

III. — Travaux de M. Lannelongue. — Exposé de sa doctrine.

Le médecin français qui a le plus étudié cette question de la tuberculose articulaire est certainement M. Lannelongue (1). Il l'a envisagée sous ses différents aspects et on peut dire qu'il a fait sur ce sujet un nouveau chapitre de pathologie chirurgicale. Il a exposé le fruit de ses recherches anatomiques, de ses observations cliniques et de ses expériences dans plusieurs études remarquables, dont la plus récente est un mémoire présenté à la Société de chirurgie au mois de juin 1882 et qui porte pour titre : *Etude sur les caractères de l'arthrite dite fongueuse.*

Tuberculose osseuse et articulaire. — Ce travail a été considéré, à tort, selon nous, comme une adhésion sans réserve à la conception allemande de la tuberculose articulaire. Si l'auteur dit en un endroit que « le tubercule est le » point de départ de toutes les lésions attribuées à la tumeur » blanche scrofuleuse », dans la première partie consacrée aux *fongosités inflammatoires* il admet toute une série d'arthrites fongueuses indépendantes du tubercule; et cette étude, invoquée en faveur de l'opinion qui rattache toutes les tumeurs blanches à la tuberculose, contient une affirmation aussi nette que possible de la tumeur blanche inflammatoire non spécifique. L'auteur distingue en effet soigneusement la fongosité inflammatoire simple de la fongosité tuberculeuse; il décrit longuement la première variété, puis il passe en revue les différents cas dans lesquels elle se montre comme aboutissant d'une arthrite chronique.

« D'une manière générale on peut dire que toute arthrite » suppurative sera suivie du développement de fongosités, si » l'affection a une certaine durée. A ce titre l'arthrite traumatique qui se prolonge peut présenter cette transforma» tion, d'où une première espèce d'arthrite fongueuse non » tuberculeuse pouvant conduire à une destruction très » étendue de l'arthrite et dans laquelle le rôle prépondérant » est dévolu à l'inflammation chronique non spécifique de la » synoviale. »

Une deuxième espèce d'arthrite fongueuse non tuberculeuse se développe quelquefois à la suite de l'ouverture intra-articulaire d'un foyer purulent d'ostéite épiphysaire ou d'ostéo-myélite (?); ce n'est en somme qu'une variété de l'arthrite traumatique et une variété certainement très rare.

Enfin, toujours d'après le même auteur, la production de fongosités et le développement d'une tumeur blanche non tuberculeuse peuvent survenir et surviennent même fréquemment dans divers cas où l'arthrite est sous la dépendance d'une maladie générale telle qu'une affection infectieuse (pyohémie, affection puerpérale), une fièvre éruptive ou bien encore la syphilis, la blennorrhagie, le rhumatisme et même certaines dégénérescences des centres nerveux, l'ataxie locomotrice par exemple. Dans ces divers cas M. Lannelongue représente la marche envahissante et destructive du processus comme pouvant aboutir à la désorganisation complète de l'article, avec le cortége des symptômes locaux et généraux qui caractérise la tumeur blanche.

Dans cette première partie de son mémoire, l'auteur ne prononce pas le mot de scrofule et ne s'explique pas sur la cause qui fait naître dans des cas si divers ce produit pathologique, la fongosité. Il signale une foule de circonstances dans lesquelles elle peut se montrer : il reconnaît par conséquent qu'il existe des arthrites fongueuses en dehors du tubercule, mais il paraît ne vouloir ranger dans cette catégorie que les tumeurs blanches d'origine synoviale, des synovites chroniques devenues fongueuses et amenant l'altération des os soit par action mécanique, soit par inflammation de voisinage.

Toutes les tumeurs blanches d'origine osseuse, celles que les auteurs ont plus particulièrement décrites sous le nom d'arthrites scrofuleuses seraient du domaine de la tuberculose articulaire, laquelle serait surtout de la tuberculose épiphysaire au moins comme lésion primitive. La synovite tuberculeuse d'emblée ne se rencontrerait qu'exceptionnellement. Cette distinction est exposée très nettement dans les lignes suivantes : « Il vient d'être établi que la tumeur » blanche débute quelquefois par une synovite tuberculeuse; » j'ajouterai que cette dernière forme est rare et presque ex» ceptionnelle à côté de celle où les os sont atteints les pre» miers. Ma conviction sur ce point est tellement profonde, » que je ne crois pas trop m'avancer en disant : l'affection à » son début est presque toujours une ostéite, une ostéite tu-

(1) *Soc. de chirurgie*, séances du 17 avril 1878, du 7 juin 1882; *De la tuberculose osseuse et des abcès tuberculeux*, Paris, 1881; *Soc. de chirurgie*, séances du 21 juin 1882 et suiv.

---

restes de Bichat reposent maintenant au cimetière de l'Est, sur la pelouse, au haut de la montagne, en face de la chapelle (1).

(1) Voy. *Actes du Congrès médical de France*, 1846, in-8°, p. 355.

A. Chereau.

(*A suivre.*)

Algérie : Commune Baudens. — Par décret du Président de la République, et sur la demande du corps de santé militaire, le centre de population européenne d'El-Keçar (commune mixte de Mékerra, arrondissement de Sidi-bel-Abbès, département d'Oran) portera à l'avenir le nom de « Baudens ». Baudens était chirurgien en chef des ambulances de l'armée d'Afrique.

Nécrologie. — Un des vétérans de la médecine civile coloniale, le docteur Payn, vient de s'éteindre à Constantine, où il était allé chercher un repos bien mérité, après une longue et laborieuse carrière, presque entièrement accomplie en Algérie. Il a publié dans la *Gazette médicale de l'Algérie :* 1° une *Note sur les eaux du Sahel en général et celles du Fondouk en particulier;* 2° une *Notice* très étendue *sur les eaux minérales d'Hamman-Mélouane;* 3° une étude sur *la coqueluche, le croup et les bronchites au printemps de* 1858; 4° des considérations pratiques sur *la présence des sangsues filiformes dans les réservoirs d'eau;* 5° un *Episode humoristique de médecine coloniale;* 6° des réflexions sur *les affections automnales endémiques en Algérie;* 7° quelques considérations sur *le cancer des lèvres chez les fumeurs.* Sur le bord de la tombe, le docteur Hinglais, président de l'Association médicale du département, a prononcé, en termes chaleureux, l'éloge mérité du défunt.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Léon Marie, décédé à Paris le 22 août 1883, à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

» berculeuse; la jointure ne se prend que dans un second » temps. »

La tuberculose osseuse articulaire embrasse, d'après M. Lannelongue, tous les processus épiphysaires suppuratifs et destructeurs décrits sous les noms divers de tubercule des os, ostéite fongueuse, carie, etc.; et le caractère anatomique qui sert de base à l'identification de ces processus et à leur groupement sous l'étiquette tuberculeuse c'est la présence du follicule tuberculeux.

En ce qui concerne les foyers ils peuvent être isolés les uns des autres et enkystés, ou confluents et constituant une véritable infiltration. A ces modes anatomiques dont le premier est de beaucoup le plus fréquent correspondent des modes d'évolution et des degrés de gravité différents.

L'auteur insiste en plusieurs endroits de son mémoire sur les dangers d'infection locale et générale qui résultent de la virulence des foyers tuberculeux. Dans ses études précédentes et notamment dans son travail sur la « tuberculose osseuse » il s'était déjà attaché à mettre ce point en relief. « Le mal à son origine est un foyer osseux presque toujours » limité, mais en même temps plein de virulence; là se trouve » la cause vraie de tous les dégâts qui vont se produire. Le » foyer primitif, placé dans la profondeur des parties dures, » y rencontre une résistance qui fait qu'il se perpétue; il est » pendant ce temps un agent actif d'inoculation menaçant » tout ce qu'il entoure et il transmet de proche en proche sa » virulence à tous les tissus; aussi doit-on désormais élever » à la hauteur d'un principe cette conclusion dernière : in» tervention prompte s'adressant à la fois aux foyers primi» tifs et aux sources qu'ils ont pu engendrer. »

Le traitement conseillé par M. Lannelongue est en contradiction sur certains points avec ce qu'il dit de la virulence du mal et de sa tendance à la généralisation. A un mal aussi virulent il paraît n'y avoir qu'un seul remède, la recherche du foyer et son ablation aussi prompte que possible. C'est ce que font beaucoup de chirurgiens allemands qui ne craignent pas d'aller fouiller des épiphyses et d'ouvrir une articulation aux premiers soupçons de lésion osseuse. M. Lannelongue n'est pas aussi logique et il faut l'en féliciter : sa pratique vaut mieux que sa théorie, et on peut dire que chez lui le clinicien a triomphé de l'histologiste, au moins sur certains points. Dans une première phase du mal allant jusqu'à la manifestation de la purulence et comprenant même la transformation fongueuse de la synoviale, l'ostéo-arthrite tuberculeuse serait justiciable du traitement banal des arthrites (repos absolu, immobilisation, compression), renforcé du concours des méthodes nouvelles (ignipuncture, injections interstitielles, injections intra-articulaires). Dans la deuxième phase, autrement dit, dès qu'il se manifeste un foyer purulent, l'intervention chirurgicale s'impose : il faut enlever les abcès extra-articulaires ainsi que les foyers intra-épiphysaires qui leur ont donné naissance, et procéder, s'il y a lieu, au nettoyage de la cavité articulaire. M. Lannelongue estime que l'intervention pourra le plus souvent être limitée à l'enlèvement des parties malades et rendre inutile la résection totale, à plus forte raison le sacrifice du membre.

Ainsi dans la première phase, le traitement banal des arthrites, celui qui est recommandé par les auteurs classiques, est communément employé contre la première période de l'arthrite scrofuleuse.

Dans la seconde phase, intervention sanglante limitée à l'ablation des tissus altérés et des produits de nouvelle formation, — l'intervention radicale (résection dans les parties saines ou amputations) ne devant venir qu'après échec de l'intervention partielle.

Le traitement de la première période est dicté par un sens clinique très juste : c'est le traitement classique des tumeurs blanches, mais il est en contradiction avec la nature supposée tuberculeuse des lésions.

Quant à celui de la deuxième phase, il y a bien des réserves et des distinctions à faire. Nous estimons qu'il peut nuire par excès, mais surtout par insuffisance : en tout cas, si l'on admet la nature tuberculeuse du mal, il n'est pas en rapport avec les dangers que la virulence et les tendances généralisatrices de celui-ci font courir au malade. Là encore il y a contradiction entre la théorie et les applications thérapeutiques.

(*A suivre.*)

Pathologie.

La fièvre hystérique, par le docteur Briand, médecin de l'hôpital de Dôle (Jura).

La thèse de M. Henry Pinard (*De la pseudo-fièvre hystérique*, thèse de Paris, 1883), présentée cette année à la Faculté de Paris, thèse essentiellement restrictive quant aux accidents fébriles dépendants de l'hystérie, m'a remis en mémoire ce sujet intéressant, et dont j'ai fait, moi aussi, l'objet de ma thèse inaugurale. Connaissant un peu la question, j'ai trouvé les conclusions de M. Pinard beaucoup trop absolues, et je vais essayer de le faire voir.

Il existe dans le cours de l'hystérie des phénomènes fébriles, réels ou apparents, dépendant exclusivement de la névrose. D'après les différents auteurs qui les ont étudiés, ils peuvent revêtir trois formes différentes :

1° Une forme continue, lente, décrite par Briquet, consistant tantôt en une simple accélération du pouls (tachycardie) sans élévation de la température, tantôt en phénomènes hyperthermiques isolés ou accompagnés des symptômes accessoires de l'état fébrile, céphalalgie, soif, etc.

2° Une forme courte, dont Graves, Briquet, Bouchut, Cantel ont cité des exemples. Dans ces derniers, la fièvre, réelle ou apparente, car les mensurations thermométriques ont fait défaut, cette fièvre, dotée largement des phénomènes secondaires, est toujours survenue chez des sujets franchement névropathiques. La cause a toujours consisté en une perturbation nerveuse plus ou moins vive, peur, chagrin, etc.

La première observation personnelle que j'en ai rapportée (n° VI de ma thèse) a beaucoup d'analogie avec les précédentes; mais elle permet d'être plus affirmatif en ce sens que le thermomètre a permis de constater des températures variant de 37 degrés à 39°,5. Cette observation, recueillie en 1877, dans le service de M. Rigal, est relative à une jeune fille qui, à la suite d'une vive frayeur, a été brusquement prise d'une fièvre violente, laquelle fièvre, après avoir persisté pendant une dizaine de jours et présenté un caractère exceptionnel de gravité, cessa subitement pour laisser place à une série d'accidents caractéristiques, hémianesthésie, analgésie, *clavus hystericus*, paraplégie, contractures, etc.

3° Enfin les phénomènes fébriles, dépendants de l'hystérie, peuvent encore revêtir la forme intermittente; c'est la seule forme qu'admette M. Pinard, après avoir nié la forme lente et la forme courte dont Briquet cite également des exemples.

Voici quelle est la conclusion de M. Pinard relative à cette forme intermittente, qu'il appelle pseudo-fièvre hystérique :

« Il existe chez les hystériques un ensemble de phénomènes que nous comprenons sous le titre de pseudo-fièvre hystérique, puisqu'il n'y a aucune élévation thermométrique, et qui, probablement, a souvent fait croire à l'existence d'une fièvre réelle. »

Or, dans les quatre observations de cette pseudo-fièvre, dont trois sont relatées dans ma thèse, la température a atteint dans la première 38°,1, dans la seconde 37°,8, dans la troisième 37°,9, et enfin dans la quatrième, communiquée par M. Charcot, 38°,5. Ce dernier chiffre, relaté dans la seule observation de M. Charcot, n'autorise évidemment pas la dénomination de pseudo-fièvre. Nous faisons même, Gagey

et moi, de ces températures peu élevées un des caractères principaux de la fièvre intermittente hystérique, et j'établis après lui qu'il existe une disproportion notable entre la gravité des symptômes et la température, qui excède rarement 38 degrés ou 38°,5.

Pourquoi donc classer ce cas de M. Charcot, où la température a atteint 38°,5, en dehors des accidents fébriles? Il ne s'agit plus ici de « pressurer les faits », mais de les mettre à leur place.

D'ailleurs M. Pinard sent bien qu'il va trop loin dans ses conclusions. On lit, en effet, à la page 30 de sa thèse : « qu'il ne veut pas nier absolument l'existence d'une véritable fièvre hystérique; » à la page 43 : « qu'il regrette que l'étude de l'urée et de l'alimentation dans cette pseudo-fièvre ne lui permette pas non plus des suppositions, mais des affirmations. »

Non, il ne faut pas nier absolument; il existe, à cet égard, dans la science, une opinion traditionnelle basée sur des faits. Les faits sont rares, sans doute, mais l'attention des praticiens une fois attirée sur ce point, nul doute qu'ils ne surgissent assez nombreux, assez précis pour qu'on puisse enfin affirmer d'une manière absolue.

L'hystérie peut troubler toutes les manifestations du système nerveux; on en a des preuves surabondantes. On n'a jamais songé à attribuer à une autre cause certaines arthropathies, certains vomissements incoercibles, l'anurie, etc., etc. Qu'y a-t-il d'étonnant et de si difficile à admettre qu'à côté de ces troubles profonds dans la nutrition, les centres circulatoires et calorifiques soient quelquefois troublés ou exaltés du fait de cette névrose essentiellement perturbatrice?

Nous croyons donc pouvoir maintenir les conclusions de notre thèse de 1877. Elles étaient les suivantes :

1° On peut observer des accidents fébriles dépendants de l'hystérie.

2° La forme lente de Briquet n'est pas la seule que revête la fièvre hystérique.

3° Il existe une forme courte, généralement primitive, revêtant les allures de la fièvre typhoïde.

C'est dans cette forme que la température s'élève le plus haut.

4° Il existe une forme intermittente revêtant particulièrement le type tierce.

Dans cette dernière forme, les températures sont relativement peu élevées.

En résumé, nous pensons avec Gubler, Rigal, Dieulafoy et bien d'autres praticiens, que le terme « fièvre hystérique » doit être maintenu pour caractériser certains états réellement fébriles, quelquefois très graves en apparence, continus ou intermittents, et qu'il est impossible de rapporter à autre chose qu'à l'affection hystérique, quand surtout, et c'est la règle en pareil cas, celle-ci vient à se manifester par quelque symptôme caractéristique.

CORRESPONDANCE

Reims, 22 septembre 1883.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Parésie anesthésique.

Au moment où paraissait, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'intéressant mémoire du docteur Morvan sur la *parésie analgésique à panaris*, j'observais un malade dont l'histoire a trop de points de contact avec celle des malades du Finistère dont nous parle notre distingué collègue, pour qu'il n'y ait pas quelque intérêt à les comparer.

Je vous envoie cette observation :

Obs. — Collet (Jean-Baptiste), cinquante-quatre ans, apprêteur, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Thomas, 56) le 1er septembre 1883.

Cet homme est né à Reims et n'a jamais quitté le pays; son père est mort à quatre-vingt-un ans; sa mère a été prise d'aliénation vers l'âge de cinquante ans, après son *vingt-et-unième* accouchement, et a succombé, quinze ans plus tard, dans l'asile de Châlons. Notre malade a perdu la plupart de ses frères et sœurs, morts en bas âge; il ne lui en reste que deux, d'ailleurs bien portants. Lui-même a deux enfants actuellement en bonne santé.

Collet a eu une varioloïde et une rougeole dans l'enfance; à quarante-sept ans, une pleurésie gauche l'a retenu cinq semaines à l'hôpital.

Nous l'interrogeons avec soin sur la possibilité d'une *intoxication palustre* ancienne. Mais le sujet est peu intelligent, et ses réponses sont obscures : vers l'âge de seize ans, il aurait eu des fièvres caractérisées par des frissons et des sueurs extrêmement abondantes, revenant soit pendant le jour, soit pendant la nuit, sans qu'il nous soit possible de savoir si les accès avaient quelque régularité et si on a administré du sulfate de quinine. En tout cas, de 1852 à 1854, C... a travaillé aux terrassements du chemin de fer et n'en a aucunement pâti, bien que d'autres ouvriers y aient contracté des fièvres intermittentes. A cette époque, il a fait quelques excès de boisson; mais, depuis 1854, il a repris sa vie ordinaire, et actuellement il ne présente aucun signe d'alcoolisme.

Maigre, osseux, emphysémateux, dyspeptique, cet homme constitue un type d'herpétisme, et la peau est le siège de lésions que nous allons tout à l'heure énumérer.

Il entre à l'Hôtel-Dieu pour une poussée de bronchite; mais ce qui nous frappe surtout, c'est l'aspect de sa main gauche, dont on aura une idée par le croquis ci-contre.

Cette main est absolument déformée, et chaque doigt a plus ou moins perdu son aspect normal.

L'*auriculaire* est un peu fléchi dans son articulation phalango-phalangénienne, beaucoup plus dans son second article; l'extrémité est petite, atrophiée, et l'ongle participe à cette atrophie. Le malade fait remonter la déviation à un accident dont sa main aurait été atteinte en 1861; cependant il avoue lui-même que le doigt n'avait pas été directement intéressé. Ajoutons que la peau, surtout à la région dorsale, est lisse, épaisse et blanche.

L'*annulaire* est représenté par un moignon à extrémité nette. En avril 1882, le patient s'était aperçu d'une ulcération transversale au niveau du pli palmaire inférieur; la main était souvent le siège de semblables crevasses, surtout en hiver; mais celle-ci se creusait et donnait lieu à des écoulements sanguins assez abondants; la douleur était vive, et la main et l'avant-bras étaient enflés. Le docteur Lévêque, dans le service duquel C... était entré, désarticula les deux dernières phalanges, et un mois après la guérison était complète.

Quelque temps après le *médius* fut contusionné; il s'y développa un panaris superficiel, qui fit tomber l'ongle. Ce doigt est en massue, à peau lisse et blanche, surtout à l'extrémité; l'ongle est rudimentaire.

En juin dernier, l'*index* est piqué par un chardon. Quelques jours après, l'extrémité du doigt commence à enfler; il s'y forme une plaque de gangrène. Une incision est faite sur la face dorsale, *sans que le patient ressente de douleur*, et le docteur Decès extrait la phalangette. Aujourd'hui ce doigt est déformé, large, irrégulier; la phalangine paraît s'être en partie résorbée.

Enfin le *pouce* a sa phalangette luxée en arrière. Au dire du malade, ce doigt aurait été pris dans une roue en 1878, d'où production d'une plaie dorsale; dans la suite, la déformation se serait effectuée peu à peu.

Ainsi les cinq doigts sont déformés : pour l'un, le panaris a été spontané; pour les autres, le malade invoque un traumatisme. Cette localisation à gauche nous semblait bizarre, et nous nous demandions s'il n'était pas possible d'en trouver la cause.

C... nous raconta alors qu'en 1861 il avait eu la main gauche prise sous un rouleau; il aurait eu probablement une fracture de la région métacarpienne, sans plaie : on appliqua des attelles, et le blessé sortit de l'hôpital après un séjour de six semaines. De cet accident il ne reste d'autre trace qu'une saillie anormale du trapézoïde, qui est subluxé en arrière. Or *la sensibilité*, qui est normale à droite, *a totalement disparu sur toute la face dorsale des doigts, de la main et de l'avant-bras*. Jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du poignet, il y a insensibilité du tact, de la douleur et de la température; la piqûre d'une épingle, si profonde soit-elle, n'est pas sentie, mais il s'écoule habituellement une petite goutte de sang. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette zone d'anesthésie occupe très exactement la face dorsale, la

sensibilité réapparaissant brusquement sur les bords interne et externe de la main.

En hiver, la main gauche se refroidit facilement; elle devient blanche « comme si elle sortait de l'eau froide », puis bleue, et elle est alors le siége de douleurs assez vives. La température dorsale est de 30°,6, tandis qu'elle est de 31°,2 à droite.

Le malade a moins de force de ce côté; il est difficile d'apprécier la différence, assez minime du reste, à cause de la rigidité des doigts (il faut remarquer qu'il s'agit du côté gauche, normalement plus faible). La circonférence des deux avant-bras est égale; celle du bras a un demi-centimètre en moins à gauche.

Nous avons déjà noté l'aspect de la peau des doigts, qui est lisse, blanche, épaisse, véritablement scléromateuse par places. A la face dorsale des deux mains elle est sèche, brillante, à rides transversales. A droite, les têtes des phalanges sont volumineuses, et, sans que les déformations soient comparables à celles de gauche, les doigts, surtout le cinquième, sont un peu moniliformes; la peau de la face palmaire du pouce est sclérosée, et il s'y est produit à plusieurs reprises des crevasses.

La sensibilité des jambes est normale ou un peu exagérée; la peau est le siège de troubles trophiques remarquables par leur intensité et leur symétrie. La peau desquame largement; elle est sèche, rugueuse, assez épaisse, avec de véritables plaques symétriques d'*ichthyose* au niveau des tendons rotuliens et du cou-de-pied. Les orteils ne sont pas déformés, mais les ongles sont épais, cassants et écailleux.

Les artères ne sont pas athéromateuses; les urines, examinées avec soin, ne contiennent ni albumine, ni glycose.

En somme, l'anesthésie de la main gauche ne correspond pas à un territoire nerveux déterminé; on peut admettre qu'elle est le résultat d'un traumatisme ayant atteint à la fois les rameaux dorsaux du cubital et du radial. Les panaris, malgré l'origine traumatique prétendue, paraissent avoir été fortement influencés par cette lésion nerveuse; l'un d'eux, d'ailleurs, a succédé à une de ces crevasses spontanées que le patient dit apparaître fréquemment à la face palmaire des doigts. Nous trouvons une autre preuve de cette influence dans l'immunité relative de l'autre main; la droite, cependant, nous dit le malade, a eu à souffrir également des traumatismes légers, mais ils ont guéri spontanément.

Au-dessus de cette cause locale, nous croyons qu'il existe une prédisposition générale. Si nous avions constaté nettement l'impaludisme, nous pourrions rapprocher notre observation de celles de Quinquand, et de Petit et Verneuil; mais nous ne sommes pas suffisamment édifié sur les antécédents palustres de notre malade.

Il est un fait qui frappe chez lui, c'est la tendance aux altérations trophiques du tégument et des os : éruptions squameuses, sécheresse, ulcérations spontanées, lésions des ongles, arthrites digitales; cet homme est sujet aux bronchites; il est dyspeptique et emphysémateux : c'est, nous le disions au début de son histoire, un type d'*herpétique* tel que le décrivait récemment M. Lancereaux. Or, chez ces gens, les altérations de l'ordre de celles que nous venons d'énumérer sont très fréquentes; si, à la main gauche, elles ont pris un caractère plus accentué, si elles ont abouti à des mutilations multiples, c'est qu'il y avait là une cause locale surajoutée, une lésion nerveuse, ou, pour employer une expression en vogue, un *locus minoris resistentiæ*.

Notre observation n'a pas d'autre prétention que de fournir un appoint à l'histoire des panaris symptomatiques, et s'ajoute à celles que vient de publier le docteur Morvan; à ce propos, nous ferons remarquer que nous n'avons pas constaté la parésie notée par notre confrère de Lannilis; du moins elle nous a paru trop peu considérable pour entrer en ligne de compte dans la dénomination de la maladie; et, ne pouvant assimiler de semblables lésions, ni à la sclérodermie, ni à la lèpre, ni à l'érythro-mélalgie, ni à la maladie de Maurice Raynaud, nous en sommes réduit, en attendant mieux, à l'étiquette banale de *panaris anesthésique*.

Dr Guelliot.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture à l'Académie d'une lettre de M. *Pasteur* faisant part à l'Académie de la mort de M. Thuillier.

Choléra. — M. *A. Netter* adresse à l'Académie deux Notes sur le choléra. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

Sur la peptone de gélatine. Note de M. *P. Tatarinoff*. — Il y a plusieurs années, l'auteur a démontré (thèse de médecine, Moscou, 1876) que le produit de l'action des ferments digestifs sur la gélatine possède les mêmes propriétés générales que le corps qu'on obtient par l'action sur la gélatine des acides et des alcalis seuls, des ferments de putréfaction et de l'eau à une température élevée. On a donné à ce corps le nom de *gélatino-peptone*. Malheureusement la composition centésimale et les caractères chimiques de cette peptone ne sont pas bien connus. M. Tatarinoff a repris ses recherches et en indique le résultat.

On voit par les analyses qu'a faites l'auteur que la gélatine, pendant sa transformation en peptone, n'éprouve pas de modifications profondes. On peut dire seulement, en comparant les chiffres de ses analyses avec la composition de la gélatine, que, sous l'influence du suc gastrique, les éléments de l'eau viennent se fixer sur la gélatine, comme c'est admis par la plupart des physiologistes pour la transformation analogue des matières albuminoïdes. Dans sa thèse, il avait établi qu'on arrive au même résultat avec l'acide chlorhydrique seul, sans pepsine, à la condition d'employer un temps plus long, ou une température plus élevée, ou une solution acide plus concentrée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Ébrard* (de Nîmes) envoie un mémoire manuscrit sur *l'iode*. (Renvoi à une Commission composée de MM. *Constantin Paul* et *Bouchardat fils*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bernard*, deux brochures sur *la Commission médicale de Cannes en* 1880-81 *et* 1881-82; 2° de la part de M. le docteur *Zinnis* (d'Athènes), une brochure sur *les moyens les plus propres à prévenir les maladies aiguës des voies respiratoires chez les enfants*. (Renvoi à la *Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

M. *Proust* présente un ouvrage qu'il vient de publier sur *le choléra, son étiologie et sa prophylaxie*.

M. *Larrey* dépose une note manuscrite de M. *De Villiers* sur *la contagiosité du choléra*.

M. *Bouley* présente : 1° un mémoire manuscrit de M. *Peuch* sur *la clavelisation à l'aide d'injections sous-cutanées de claveau dilué* (Renvoi à une Commission composée de MM. *Vulpian, Colin* et *Bouley*); 2° une lettre de M. *Maucuer*, faisant connaître les excellents résultats obtenus en Vaucluse par *la vaccination des porcs contre le rouget*.

M. *Méhu* offre, au nom de M. *Chicandard*, un mémoire imprimé sur *la fermentation panaire*.

Asepticité du cuivre. — A propos de la note de M. Miquel, sur l'asepticité du cuivre, présentée à la dernière séance et qui paraissait être une réponse à une note précédente de M. Bochefontaine, celui-ci fait remarquer que, loin « d'avoir jugé de la bonté d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium vulgaire », ses expériences lui ont permis de constater le peu d'action du sulfate de cuivre sur les bactéries, en étudiant cette action dans l'économie animale aussi bien que dans des flacons et des tubes.

Contagiosité de la tuberculose. — Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses? Telle est la question que se pose M. le docteur *G. Daremberg* (de Menton), correspondant national, en même temps qu'il veut démontrer, ainsi que l'a fait M. le professeur Bouchardat dans une précédente séance, mais à l'aide d'autres arguments, que les dernières recherches faites sur l'agent infectieux ne modifient pas sensiblement les notions de la médecine traditionnelle sur l'étiologie clinique, la prophylaxie et la thérapeutique de cette maladie. Il admet que la tuberculose est une affection parasitaire, transmissible par inoculation, par alimentation, par inhalation, et qu'elle est toujours produite par le développement dans l'organisme d'un germe extérieur; mais il estime que les occasions de contagion par le germe infectieux, très résistant aux agents extérieurs, sont si fréquentes, qu'on ne se tuberculise pas parce qu'on est en présence de plus ou moins de bacilles, mais bien parce qu'on est plus ou moins disposé à les recevoir, à leur fournir un milieu de culture.

La question de l'infectiosité et de la contagion de la tuberculose est jugée depuis les recherches de Villemin; les inoculations en série de M. Hippolyte Martin ont, depuis cette époque, fourni le réactif expérimental du tubercule; les découvertes de Koch, grâce auxquelles on peut isoler et reproduire le bacille de la tuberculose, en ont fait connaître l'agent infectieux; ce bacille a été retrouvé en abondance par M. Chamby Smith dans l'air expiré par des phthisiques, de même que M. Th. William les a reconnus dans l'air sortant des appareils de ventilation de l'hôpital spécial de Brompton. Mais, d'autre part, on a observé que les employés de services administratifs dans les hôpitaux de phthisiques ne contractent pas plus cette affection que les autres groupes de la population; tandis qu'on a reconnu souvent la contagion de la tuberculose entre conjoints. C'est que la virulence du contage dépend bien moins de sa quantité que des qualités physico-chimiques du terrain sur lequel il tombe.

Chez les conjoints, en effet, l'inoculation peut se faire par la voie génitale (MM. Cornil et Babès ont trouvé des bacilles dans les sécrétions vaginales de trois femmes atteintes d'ulcérations tuberculeuses du vagin, du col utérin ou de la région périrectale, dans l'urine et l'écoulement muco-purulent d'hommes atteints de tuberculose urinaire; on en a trouvé également dans les ulcérations tuberculeuses de langue, des joues et des lèvres); par la voie alimentaire (les expériences de MM. Chauveau et Toussaint montrent que c'est là une voie puissante d'absorption) et par la voie respiratoire, dans le milieu septique que produit la putréfaction des matières sécrétées ou expulsées par les phthisiques, matières où se rencontrent aussi les bacilles caractéristiques. Il faut ajouter que, si « les airs, les eaux et les lieux » peuvent être imprégnés du microbe infectieux, les agents extérieurs ne semblent pas contribuer à le détruire et qu'ils peuvent souvent l'aider à pulluler, ainsi que maintes expériences récentes tendent à le prouver.

En présence de tant de germes résistant aux agents extérieurs, ajoute M. Daremberg, et de tant de modes d'absorption, ne peut-on pas penser que nous n'avons que l'embarras du choix entre les différentes occasions et les différents modes de contagion, pourvu que les milieux intérieurs présentent les conditions physico-chimiques nécessaires à l'évolution des bacilles? Ne pourra-t-on pas dire que le germe infectieux vient toujours du dehors et ne prospère que sur un terrain favorable, si cette double notion permet de contrôler tous les faits acquis, comme l'a montré M. Bouchard? Et cependant M. Bouchardat soutenait devant l'Académie, il y a quinze jours, la nécessité de la spontanéité de la tuberculose, pensant que la misère physiologique est capable de faire naître par transformation le microbe virulent dans l'intérieur de l'organisme. Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation causée par l'insuffisance de respiration, le sang se coagulerait dans les capillaires, les cellules lymphatiques ou autres organites s'arrêteraient, obstrueraient les vaisseaux, y proliféreraient et s'y transformeraient, parce que leur condition d'existence a changé? M. Bouchardat trouve même une confirmation de sa théorie dans la découverte par MM. Cornil et Babès de caillots dans les vaisseaux des masses tuberculeuses et des bacilles dans ces caillots. Toutefois, fait remarquer M. Daremberg, les mêmes phénomènes histologiques se constatent, lorsqu'un bacille vient manifestement du dehors, ainsi que l'a montré M. Cornil lui-même; et ces mêmes coagulations bacillaires sont produites par l'inoculation d'une infusion contenant les bacilles du jequirity, et par l'inoculation de simples corps étrangers, comme le charbon. Les lésions périmicrobiennes n'ont rien de spécifique et sont de nature purement inflammatoire; le siège intra et périvasculaire des bacilles, étant le siège de tous les corps étrangers venus de l'extérieur, ne peut servir à démontrer leur origine intérieure; l'anatomie pathologique n'est donc pas favorable à la doctrine de l'hétérogénie.

Faut-il, d'un autre côté, croire avec M. Bouchardat que, les faits de contagion indiscutables étant très rares, le microbe tuberculeux doit se former en nous? Les propriétés de ce microbe et l'observation montrent, au contraire, que la quantité d'agent virulent n'est pas la vraie cause de contagion; quel que soit le nombre des bacilles en présence, on devient tuberculeux si l'on y est disposé; rarement la contagion est si manifeste, qu'elle fait oublier la notion du terrain sur lequel elle peut se greffer. Cette influence du milieu de culture trouve sa confirmation dans les recherches de M. Raulin sur les particularités du développement de l'*Aspergillus niger* dans certaines solutions métalliques, sur les expériences de Pasteur relatives au choléra des poules, et aux vaccinations charbonneuses par l'atténuation à l'aide de l'oxygène, sur celles de MM. Chamberland et Roux concernant l'atténuation de la virulence des microbes charbonneux par leur séjour prolongé dans du bouillon phéniqué, sur les recherches de M. Miquel, etc. En somme, de faibles changements suffisent dans des milieux cultivables, soit pour empêcher les microbes de vivre (ce qui est la stérilisation), soit en rendant leur vie possible sans qu'ils répandent autour d'eux ces désordres tumultueux qui constituent l'infection (ce qui est l'atténuation). De sorte que, si le milieu dans lequel vit le microbe de la tuberculose ne lui est pas favorable, il se produira une tuberculose limitée sans tendance à la généralisation; si, au contraire, le milieu est absolument favorable, la tuberculose se généralisera; et chez le même individu, à diverses phases de sa vie, on pourra voir ses milieux se modifier dans le sens de l'atténuation ou de la généralisation, et sa tuberculose présenter des poussées et des arrêts successifs.

M. Daremberg montre ensuite combien cette notion du microbe et du terrain sur lequel il évolue, éclaire aussi l'étude des tuberculoses locales, et il résume en ces termes sa communication :

La tuberculose est une affection parasitaire, transmissible par inoculation, alimentation, inhalation; entre conjoints ces trois modes d'absorption peuvent être réalisés; elle est toujours causée par l'absorption d'un germe antérieur, et la contagiosité n'est pas proportionnelle à la quantité de germes contagieux, mais dépend de la qualité des terrains organiques plus ou moins disposés à les recevoir. De sorte que la contagion est un fait banal, dominé par les réactions individuelles préparées antérieurement à l'infection par des vices de nutrition héréditaires ou acquis. — Les tuberculoses locales sont des tuberculoses atténuées; quant à la scrofule, elle semble être une diathèse, tandis que la tuberculose est une infection greffée sur des diathèses. — On n'hérite pas généralement du germe infectieux de la tuberculose, mais des vices de nutrition qui ont provoqué cette infection chez les ascendants. La thérapeutique, enfin, tout en étant autorisée

à rechercher des spécifiques, devra tendre à détruire par l'hygiène générale les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose; et, dans le cours de la maladie, à combattre en outre les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux.

Vaccination sans pustules. — M. le docteur *Blache* a eu l'occasion de vacciner cette année trois enfants chez lesquels il n'y a pas eu la plus petite apparition de boutons de vaccine, et il croit pouvoir cependant affirmer que deux des enfants ont acquis les caractères de l'immunité vaccinale. Ces enfants avaient été opérés à l'aide de tubes de vaccin de génisse recueillis le matin même; le vaccin avait bien pris sur deux autres enfants. Aucun des premiers n'eut de pustules, mais seulement un gonflement assez marqué, qui, au bout de huit à dix jours, fit place à des nodosités profondes, de la grosseur d'une noisette, et durant longtemps. Ces enfants, revaccinés quelque temps après, présentèrent presque aussitôt après cette nouvelle tentative de vaccine, tous les signes de la fausse vaccine; la première vaccination avait donc été suivie tout au moins d'un travail profond, manifesté à l'extérieur par les nodosités, et fournissant les caractères de l'immunité vaccinale. Ces faits sont comparables à ceux qu'observe quelquefois la médecine vétérinaire dans la clavelisation; il faut sans doute en attribuer la cause, comme dans ce dernier cas, à l'introduction du virus dans les parties musculaires, à la suite d'une piqûre plus profonde que d'ordinaire. — Le mémoire de M. Blache est renvoyé à la Commission de vaccine.

REVUE DES JOURNAUX

Contracture pseudo-paralytique infantile, par le docteur Onimus.

M. Onimus décrit sous ce nom une forme de paralysie qui ne rentre, suivant lui, dans aucun cadre nosologique, et qui, se présentant dans la clinique, donne lieu d'ordinaire aux diagnostics anatomiques les plus différents.

Ce qui frappe à première vue, chez les malades dont il s'agit, c'est, dit l'auteur, le grand développement physique relativement à l'âge. Loin d'être affaiblis ou rachitiques, ils sont toujours plus grands et plus forts que ne le comporte leur âge; mais l'aspect général a quelque chose de raide, et les malades sont comme ramassés sur eux-mêmes. Ils parlent avec lenteur et d'une façon saccadée, et, lorsqu'ils veulent se servir de leurs mains, il se produit des mouvements ataxiques; presque toujours il existe de l'anesthésie d'un côté, et qui est plus prononcée aux membres inférieurs. Cette anesthésie était croisée dans un des cas. Tous les réflexes sont exagérés, et on détermine facilement dans la jambe les mouvements de trépidation, et dans les bras des soubresauts musculaires. La marche est plus ou moins difficile; mais elle peut être supportée pendant longtemps dans les cas les plus bénins, tandis qu'elle est impossible dans les cas les plus graves, et cela parce que les deux jambes sont rapprochées l'une de l'autre par la contracture des muscles de la cuisse.

Il existe une tendance au pied bot équin, et même ce pied bot peut exister d'une façon très prononcée. On éprouve toujours, même lorsque la maladie est légère, une résistance assez grande à remettre les surfaces articulaires de la jambe dans leur direction normale.

La contractilité électro-musculaire, et c'est là un signe des plus importants, est partout non seulement conservée, mais normale; il n'y a aucune différence de volume ni de longueur entre les membres affectés et ceux qui sont sains.

En un mot, les symptômes constants et ceux qui sont les plus apparents se rapportent à la contracture musculaire, contracture déterminant des déformations et empêchant les mouvements d'ensemble, alors même que tous les mouvements, pris isolément, sont possibles. Il n'y a donc pas de paralysie à proprement parler, mais une apparence de paralysie, et la dénomination de *contracture pseudo-paralytique infantile* s'explique ainsi :

La plupart des médecins qui rencontrent cette affection la confondent avec la paralysie atrophique infantile; « mais, dit M. Onimus, il n'y a là aucune atrophie musculaire, même quand l'impotence est complète. Tandis que, dans la paralysie infantile, il y a flaccidité du membre, relâchement des articulations, dans la contracture pseudo-paralytique infantile il y a, nous le répétons, de la raideur, même dans l'aspect général, et tous les muscles donnent une sensation au toucher de fibres saines et vigoureuses. Il suffit de chercher à étendre un des doigts, et surtout l'avant-bras sur le bras, ou, pour les membres inférieurs, de chercher à séparer les deux cuisses, pour qu'aussitôt la résistance plus ou moins grande que l'on éprouve vous fasse connaître qu'il n'y a aucune paralysie proprement dite, mais un état pseudo-paralytique avec raideur musculaire. D'un autre côté, il y a presque toujours, surtout lorsque la malade veut mouvoir un de ses membres, des mouvements choréiques, tandis que ceux-ci n'ont jamais lieu dans la paralysie atrophique.

» La comparaison de ces deux affections, ajoute l'auteur, a cela de remarquable que l'une, la paralysie atrophique infantile, est typique des symptômes que déterminent les lésions médullaires avec atrophie musculaire, tandis que la contracture pseudo-paralytique infantile est typique des désordres dans les mouvements que peut amener une affection des centres nerveux situés au-dessus de l'axe médullaire. Dans la première : diminution ou abolition de la contractilité farado-musculaire, exagération quelquefois de la contractilité galvano-musculaire, pied bot paralytique par suite du défaut d'action des muscles, diminution de nutrition des régions affectées, raccourcissement des os, peau lisse quelquefois avec altérations trophiques. Dans la seconde : conservation de la contractilité farado-musculaire, jamais augmentation de la contractilité galvano-musculaire, pied bot par suite d'exagération d'action musculaire, nutrition normale, souvent même exagérée. »

En résumé (car nous devons insister un peu longuement sur la caractéristique tracée par M. Onimus, pour mieux mettre les cliniciens en état de juger de l'exactitude de ses observations), les caractères principaux de la contracture pseudo-paralytique infantile sont en partie ceux d'une affection cérébrale et en partie ceux d'une affection de la partie supérieure de la moelle, et cependant on ne peut conclure ni que c'est une affection cérébrale, ni que c'est une affection spinale; mais elle tient des deux régions, ou mieux elle doit être le résultat d'une lésion située précisément dans la partie qui sépare le cerveau et ses annexes de la moelle. Elle doit avoir son siège entre la protubérance et la moelle allongée, car, si l'on veut éclairer les faits pathologiques par les expériences physiologiques, on ne peut trouver d'analogie que dans les phénomènes que présentent les animaux auxquels, après avoir séparé le cerveau proprement dit, on vient à piquer ou à exciter (piquer et non détruire) une portion du segment inférieur de l'isthme encéphalique.

Lèse-t-on, détruit-on sur des canards, des pigeons, des grenouilles, etc., le cerveau, l'*attitude* reste normale ; les mouvements restent réguliers et fatalement les mêmes après chaque impression, par suite de l'absence de toute influence psychique. Enlève-t-on le cervelet, les mouvements sont conservés, mais irréguliers; il y a titubation, il n'y a pas contracture. Mais si une irritation, même légère, est produite sur l'isthme de l'encéphale, l'animal penche d'un côté ou de l'autre, suivant le côté où la lésion a été faite, et tous les muscles de ce côté sont plus ou moins contracturés :

« Ainsi la grenouille chez laquelle on a enlevé uniquement les deux lobes cérébraux, placée dans l'eau, reste forcément à la surface, et le côté droit est absolument au même niveau que le côté gauche. Mais si sur cette même grenouille, ou sur une autre dont les lobes cérébraux sont intacts, on vient à piquer légèrement la partie supérieure de l'isthme encéphalique d'un côté, aussitôt la moitié correspondante du corps tend à tomber au fond de l'eau, et les membres de ce côté ne peuvent jamais être de niveau avec ceux du côté opposé. En somme, l'attitude de ces animaux rappelle celle des malades atteints de contracture pseudo-paralytique infantile. » Comme pour ceux-ci, il y a une sorte de tassement des membres, une fatalité dans les mouvements, une paralysie qui n'est qu'apparente, et une incoordination qui est le résultat d'une excitation trop grande. Pendant la marche ou les tentatives de marche de l'enfant, le corps est entraîné dans le sens de la contracture la plus forte, comme l'animal, surtout dans l'eau, est attiré d'un côté, au point même que ce côté devient comme l'axe des mouvements, et que quelquefois ceux-ci ne peuvent plus se faire en ligne droite; il y a un roulement de l'animal sur lui-même. Les extrémités des membres, de plus, ont comme une apparence de pied bot par exagération de la tonicité musculaire. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1883.)

Sur un cas de perforation intestinale sans lésion des parois abdominales, par le docteur Gangolphe.

Un individu reçut dans une rixe un coup de pied ou un coup de genou dans la région du bas-ventre. Perte de connaissance, puis collapsus prolongé, douleurs horribles dans le ventre, etc., tous les symptômes d'une péritonite violente avec symptômes d'obstruction intestinale. Comme il existe une hernie qui, au dire du blessé, est devenue irréductible après l'accident, et que les douleurs paraissent plus vives dans cette région, M. Vincent pratique (quatrième jour) l'opération de la hernie; l'anse intestinale paraît saine. Le soir, on incise l'intestin laissé en place; quelques lavages internes à l'eau tiède; pas d'évacuations. Mort le huitième jour de l'accident. A l'autopsie, pratiquée par M. Lacassagne, on constate une perforation de l'intestin grêle à 80 centimètres de la valvule iléo-cæcale. La partie herniée était fermée par la dernière partie de l'S iliaque.

Comme l'auteur lui-même, nous ne publions ce fait qu'à cause de l'incertitude que peut faire naître, dans les cas de ce genre, la coïncidence d'une hernie; car la perforation intestinale sans lésion des parois de l'abdomen, sous l'action d'un coup violent, a lieu d'être rare. Ici, rien n'indiquait clairement l'existence d'un étranglement; mais la possibilité seule de cette complication en présence de symptômes d'obstruction, indiquait parfaitement l'intervention opératoire. (*Lyon médical*, 1883, n° 30.)

De la présence de micrococcus dans les crachats des pneumoniques, par M. F. Ziehl.

Klebs signalait dès 1875 la présence de microorganismes dans les poumons des pneumoniques; Eberth et Friedländer ont confirmé cette découverte, et Koch a même publié des photographies de ces microbes. Leyden alla chercher directement au sein du poumon l'exsudat pneumonique, au moyen d'une seringue de Pravaz, et obtint des résultats identiques. Ziehl enfin en a constaté l'existence dans les crachats.

Il semble toutefois qu'on ne les trouve isolés et en grande abondance que dès le début de la pneumonie : plus tard ils sont mélangés des organismes les plus divers. Sans doute la présence de ces microbes a peu de valeur diagnostique, mais peut-être permet-elle d'être plus affirmatif en ce qui concerne l'étiologie. Ziehl estime que toutes les fois que l'examen histologique permet de constater ces micrococcus, on est en droit de déclarer que la pneumonie est de nature infectieuse. Cette conclusion paraîtra sans doute quelque peu téméraire.

Nous rappelons que les coccus en question ont une forme ellipsoïde : leur longueur atteint 1 μ, leur largeur 1/3 μ. Ils sont souvent accouplés ou disposés en chaînette. (*Cent. für med. Wiss.*, 1883, n° 25.)

De la curabilité des lésions valvulaires du cœur, par M. Drasche (de Vienne).

L'auteur confirme la possibilité, déjà constatée par les anciens, de la guérison de l'insuffisance des valvules cardiaques, soit par la résorption des exsudats, soit par la dilatation des valvules intactes qui arrivent ainsi à remplacer celles qui sont racornies. — Chez un homme de quarante-huit ans, on avait reconnu à l'auscultation et à la palpation les signes les plus incontestables de l'insuffisance aortique : après quelques semaines de durée, ces symptômes avaient disparu. A l'autopsie de ce malade, mort d'hydropisie, on trouva les lésions de la néphrite brightique, de l'endartérite déformante avec hypertrophie cardiaque excentrique considérable. Les valvules sigmoïdes étaient rigides et tuméfiées et cependant fonctionnaient normalement à l'épreuve hydrostatique. Drasche admet que l'insuffisance aortique constatée pendant la vie était due à un recroquevillement des bords libres, compensé plus tard par des dépôts qui avaient rétabli la régularité des bords. Suivant lui, lorsque les souffles de l'insuffisance aortique diminuent d'intensité, qu'ils sont moins étendus et plus courts, que la puissance et la fréquence de l'action cardiaque restent indemnes et que d'ailleurs il n'y a pas de signe de rétrécissement de l'aorte, on peut en conclure que la lésion est en voie de guérison.

Il est possible que l'on ait trop de tendance à admettre en principe l'incurabilité absolue des lésions valvulaires, mais il faut avouer aussi que les observations du professeur de Vienne sont loin d'être suffisamment démonstratives. (*Wiener med. Wochensch.*, 1883, n°s 1-3.)

Travaux à consulter.

Des altérations du sang chez les hommes et les animaux privés de rate, par M. Zesas. — L'ablation de la rate produit, dans le sang, des altérations transitoires (augmentation des leucocytes, diminution des hématies) qui persistent tant que d'autres organes (glandes thyroïde et lymphatiques) n'ont pas remplacé la rate dans ses fonctions. (*Archiv. für klin. Chirurgie*, t. XXVIII.)

Emploi du mercure contre les occlusions intestinales, par M. Bettelheim. — Malgré le discrédit dans lequel est tombée cette vieille méthode, l'auteur en est partisan. Il a rassemblé soixante-dix cas publiés depuis trente à quarante ans, et a trouvé que le vif-argent est en somme un moyen excellent et souvent héroïque de rétablir la circulation intestinale, compromise par des scybales, des ascarides, un étranglement interne, un volvulus, une intussusception. Jamais on n'a observé d'accident attribuable au médicament. Aussi, lorsqu'on aura épuisé la série des moyens indiqués en pareil cas (laxatifs, opiacés, douches intestinales, changements de position, électricité, massage), on pourra recourir au mercure sans danger pour le malade. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. XXXII.)

Action anesthésique des acétals, par M. V. Mering. — Expériences sur le *diméthylacétal* ($C^4H^{10}O^2$) et le *diéthylacétal* ($C^6H^{14}O^2$), instituées en partie sur les animaux, en partie sur l'homme. Ces substances sont beaucoup moins actives que le chloral; par contre, elles sont moins irritantes pour les voies digestives et n'impressionnent pas le cœur. Par surcroît, elles sont extrêmement coûteuses. A quoi bon des expériences de ce genre? (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 43.)

Antipyrétiques nouveaux, par M. Filehne. — On trouve depuis quelque temps, dans le commerce, deux alcaloïdes obtenus artificiellement, nommés *kairin* et *kairolin*, qui posséderaient, d'après l'auteur, des propriétés antipyrétiques évidentes. Le premier a pour formule $C^{10}H^{13}NO$. Son chlorhydrate est une poudre cristalline d'un blanc sale, d'un goût désagréable. A la dose de 3 à 5 décigrammes toutes les heures, chez un adulte, il maintient un certain abaissement de température, à condition d'être continué jour et nuit. Le second a une action moins transitoire, mais qui n'est pas encore suffisamment connue. Ces propriétés des alcaloïdes artificiels méritent d'attirer l'attention du monde scientifique. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 45.)

Recherches sur l'érythrophléïne, par MM. Harnack et Zabrocki. — L'alcaloïde de l'écorce de mancone produit sur les animaux une action complexe qui représente une combinaison des effets de la digitaline et de la picrotoxine. Il fournit deux produits de décomposition auxquels on ne peut attribuer ni l'une ni l'autre de ces actions. L'avenir thérapeutique de cette substance paraît être très borné. (*Archives de Klebs*, t. XV.)

Traitement hygiénique de l'albuminurie, par M. Senator. — Aucun des médicaments prônés contre ce syndrôme ne possède la moindre valeur; à peine peut-on avoir quelque confiance en l'iodure de potassium. Comme hygiène, M. Senator recommande les viandes blanches, les poissons, les végétaux frais, le lait, les eaux alcalines, le séjour prolongé au lit, l'abstention des exercices musculaires, le séjour à la Riviera ou en Egypte. (*Wiener med. Presse*, 1882, n° 43.)

Des injections sous-cutanées de pilocarpine dans l'urémie, par M. Thomayer. — Trois observations de néphrite grave : injections de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine; amélioration notable. Des faits du même genre et tout aussi favorables ont été publiés récemment par Demme et Bœgehold. Ces recherches devraient être continuées. (*Wien. med. Presse*, 1882, n° 40.)

Digestibilité de la viande, par M. P. Hönigsberg. — De la viande crue, cuite et rôtie fut mise en contact avec du suc gastrique artificiel. Après la digestion, la syntonine fut déterminée en neutralisant les peptones par l'ébullition, l'hémialbuminose par l'acétate de fer. La solution, finalement traitée par l'acide phosphorwolframique permit de déterminer l'azote. On trouva dans la viande crue 39,7 pour 100 d'albumine transformée en peptone, 26,6 dans la viande cuite, 48 pour 100 dans la viande rôtie La digestibilité des viandes rôties serait donc supérieure aux autres. (*Wien. med. Blatter*, n°s 19-20, 1882.)

De la transfusion du sang non défibriné, par M. Landerer. — Dans ses expériences, l'auteur a eu pour but de retarder autant que possible la coagulation du sang frais, de manière à rendre possible la transfusion lente. Pour cela, il mélange le sang d'une solution de sel de cuisine saturée d'*acide carbonique* (1 portion de sang pour 5 de solution à 6 décigrammes pour 100 de chlorure de sodium à la température ordinaire). Résultats discutables. (*Archives de Klebs*, t. XV.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

De la dilatation naturelle et artificielle du col, vers la fin de la grossesse, par M. le docteur J.-M. Stéphane François. — Paris, 1883. O. Doin.

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie les causes, le mécanisme de la dilatation naturelle du col utérin, ainsi que les modifications de structure et de consistance présentées par le col pendant son effacement progressif. Il reconnaît d'ailleurs que cet effacement doit se produire avant que l'on puisse tenter la dilatation, et que l'on ne possède jusqu'ici aucun moyen artificiel capable de le provoquer rapidement. Lorsque le col est effacé, on peut, en cas de nécessité, recourir à la dilatation artificielle de l'orifice, pour déterminer l'accouchement forcé ou prématuré, et en particulier dans le cas de *placenta prævia*. La dilatation digitale, peu efficace, devra toujours être tentée avant de recourir au débridement par l'instrument tranchant; on pourra encore employer, dans le même but, l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny ou la poche artificielle des eaux, inventée par M. Poullet. L'auteur décrit en terminant un procédé qui n'a pas encore été mis à l'épreuve, et qui consiste dans une combinaison des différents moyens qu'il vient d'étudier, pour provoquer l'accouchement exempt de graves complications, lorsqu'un cas de *placenta prævia* aura été diagnostiqué avec certitude.

Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire, par M. le docteur A. Hue, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La péritonite aiguë généralisée peut se montrer comme complication des kystes ovariques à la suite d'une ponction exploratrice ou évacuatrice; on l'a également observée à la suite d'une rupture spontanée du kyste, d'un traumatisme abdominal, avec ou sans rupture de la poche ovarique, d'une grossesse, etc. Elle peut d'ailleurs évoluer avec le cortège ordinaire de symptômes aigus et alarmants, propre à l'inflammation de la séreuse péritonéale, ou bien sa marche revêt une allure essentiellement insidieuse qui peut égarer le clinicien. Il est d'autant plus utile de la diagnostiquer de bonne heure, qu'elle constitue une indication de prompte intervention chirurgicale; en effet, l'ovariotomie, pratiquée dans de semblables circonstances, a été, le plus souvent, suivie d'un succès presque inespéré, ainsi que le démontrent les observations rapportées par M. Hue. En présence de ces heureux résultats, l'auteur est d'avis que, dans les cas de péritonite suppurée compliquant l'étranglement interne, ou lorsque le diagnostic différentiel avec l'étranglement est impossible, l'ouverture de l'abdomen et la *toilette* du péritoine, pratiquées suivant les règles de la méthode antiseptique, *n'ont rien d'une témérité outrée*, et qu'il sera possible, par ce mode de traitement, de sauver un certain nombre de malades.

Ueber pylephlebitis suppurativa, par M. Strehler. Brochure in-8° de 95 pages. — Zurich, 1879.

Dissertation inaugurale de l'Université de Zurich, contenant 1° un résumé sommaire de tous les cas publiés; 2° trois observations personnelles; 3° les conclusions à tirer au point de vue étiologique, symptomatique, etc. Comme toutes les thèses allemandes, ce travail se fait remarquer par la surabondance des renseignements bibliographiques et la rareté des idées spéciales à l'auteur. C'est une bonne compilation cependant, et très complète. Les cas rassemblés par Strehler sont au nombre de quatre-vingts, et cependant le diagnostic n'est guère devenu plus facile. Il est curieux de constater combien les erreurs actuelles sont fréquentes, tandis que cependant Schœnlein arrivait, il y a quarante ans, à reconnaître la maladie.

Zur Ætiologie des lupus vulgaris, par M. Raudnitz.

Travail de statistique fait sous l'inspiration du professeur Pick (de Prague), portant sur 209 cas de lupus chez des personnes originaires de la Bohême. Sur ce chiffre on compte 131 femmes contre 78 hommes. Le point de départ de la maladie est le nez, la lèvre, l'angle interne de l'œil (dans 38,2 pour 100 des cas), la joue (27,4 pour 100), le tronc et les extrémités (24,5 pour 100). Dans le tiers des cas, on constatait la coïncidence de la scrofule; dans le dixième, celle de la tuberculose, jamais celle de la syphilis héréditaire. Quelques exemples d'origine traumatique du lupus. Une carte jointe au travail montre que les cercles les plus atteints sont ceux de Prague, Karolinenthal et Trautenau. Tout cela ne constitue pas une étiologie du lupus, comme le promettait le titre, et, en effet, toute la théorie de l'auteur sur ce point consiste à dire que le lupus n'est ni de la scrofule ni de la tuberculose, ce que nous n'ignorons pas.

La syphilis du poumon, par M. Pancritius. 1 vol. in-8°. Berlin, 1881.

Monographie volumineuse basée sur plus de cent (!) observations personnelles. La nature syphilitique des lésions est douteuse dans la plupart des cas. L'auteur fait preuve d'ailleurs d'une très grande assurance, et dit que l'avis du simple praticien a en pareille matière autant d'importance que celui du clinicien, attendu que « la syphilis est une maladie de la race, qu'il faut observer toute la famille, que par suite son évolution ne peut être facilement suivie dans les hôpitaux ». Il rend justice aux travaux français, qui ont depuis longtemps démontré l'existence des lésions syphilitiques du poumon. Il montre qu'anatomiquement cette lésion est une sclérose marchant progressivement *du hile vers la périphérie*. Il décrit un *premier stade actif* (matité interscapulaire, diminution de la respiration) et un *second stade passif* (phénomènes classiques de la phthisie confirmée, mais sans lésion des sommets). Il termine enfin par un tableau demi-schématique de l'évolution de la maladie, où l'imagination nous paraît jouer un grand rôle.

L'actinomycose de l'homme, par M. E. Ponfick. 1 vol. in-8° de 132 pages. — Berlin, 1882.

L'auteur expose en grande partie, d'après des recherches personnelles, la question de l'actinomycose, déjà résumée dans la *Gazette*. Nous remarquons, outre une étude biologique très complète du champignon étoilé qui est le fond de la maladie, des expériences sur sa transmissibilité, et *trois* observations nouvelles des plus intéressantes, mais ne différant pas sensiblement de celles qui ont été publiées antérieurement. L'ouvrage, qui a été écrit pour le vingt-cinquième anniversaire professoral de Virchow, se termine par cinq planches qui montrent les lésions produites par le parasite, et les phases de son développement.

VARIÉTÉS

M. Rochard. — Les nombreux amis de M. Rochard seront heureux d'apprendre que l'accident dont il a été victime n'a eu aucune suite sérieuse. On peut voir au compte rendu de la dernière séance de l'Académie, que M. Legouest a donné au sujet de son collègue les nouvelles les plus rassurantes.

Scorbut dans les prisons de la Seine. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Lancereaux a donné communication d'un rapport sur plusieurs cas de scorbut observés à l'infirmerie centrale de la Santé et au Dépôt des condamnés, chez des récidivistes ayant passé une partie de leur vie dans les prisons, et se trouvant ainsi prédisposés à contracter la maladie. Relevant à cette occasion les cas de scorbut observés depuis 1871 dans les prisons et examinant le régime alimentaire qui y est appliqué, il montre que la cause principale de cette maladie réside dans la privation des légumes verts, et surtout des pommes de terre. Aussi a-t-il conseillé à l'administration de faire en sorte que les détenus aient pendant toute l'année une certaine quantité de pommes de terre et de végétaux frais, quelle qu'en soit la nature.

Concours de l'internat. — Voici, sauf modifications, la liste des juges tirés au sort pour le concours de l'internat : MM. Siredey, Gallard, Descroizilles, Trélat, J. Championnière, Schwarz, Maygrier.

Mission Pasteur. — La mission Pasteur vient de quitter Alexandrie pour rentrer en France.

La médecine en Algérie. — Le préfet d'Alger vient d'adresser aux sous-préfets, administrateurs et maires du département, une circulaire relative aux médecins étrangers qui exercent la médecine en Algérie sans titres réguliers, ou qui, ayant obtenu une autorisation provisoire, négligent de régulariser leur situation quand arrivent les sessions d'examens. Le ministre prie ses subordonnés de lui signaler les faits de ce genre dont ils pourraient avoir connaissance, afin de prendre des mesures en conséquence.

Code sanitaire international. — Une conférence internationale se réunira à Rome au mois de novembre prochain, afin d'élaborer un code sanitaire international.

Asile public d'aliénés de Mareville. — Un concours public s'ouvrira le mercredi 21 novembre 1883, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de trois internes à l'asile. Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés :
Au grade de médecin en chef : MM. Gillet, Lecomte et Richaud, médecins principaux.
Au grade de médecin principal : MM. Perlié, Borius et Piesvaux, médecins de 1re classe.

Mortalité a Paris (39e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 septembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 836, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 4. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 26. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 31.
Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 31. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 73; au sein et mixte, 26; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; de l'appareil circulatoire, 55; de l'appareil respiratoire, 36; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 5.
Conclusions de la 39e semaine. — La mortalité parisienne continue à être extraordinairement faible. Le nombre des décès notifiés au service de la statistique n'a été cette semaine que de 836. Il y a plusieurs années qu'on n'avait observé un chiffre aussi peu élevé. La comparaison des chiffres des deux dernières semaines donne les chiffres suivants : rougeole, 5 décès au lieu de 16; coqueluche, 12 au lieu de 22; fièvre typhoïde, 36 au lieu de 35; variole, 4 au lieu de 5; scarlatine, 1 au lieu de 0; diphthérie et croup, 26 au lieu de 22; bronchite aiguë des enfants, 19 au lieu de 16; pneumonie, 39 au lieu de 43. Ces chiffres doivent être considérés comme très voisins de la moyenne que l'on observe vers cette époque de l'année. L'athrepsie des jeunes enfants, 105 au lieu de 118.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traitement de la scoliose, par le docteur Baudry. In-8 avec 33 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Conférences de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur G. Sée), par M. F. Raymond. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Manuel des maladies mentales, par M. le docteur M. Bra. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Vichy-Cusset et leurs eaux minérales. Étude des eaux et de leurs propriétés ; leur mode d'action ; maladies traitées à Vichy, par M. le docteur Grellety. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme, par M. le docteur James Braid, traduit de l'anglais par M. le docteur Simon, avec une préface de M. le professeur C.-E. Brown-Séquard. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Paris, 11 octobre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LOCOMOTION. — DERMOSCOPIE. — LES ÉCOLES DE MÉDECINE MILITAIRE ET LA RÉORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE.

Académie de médecine : Locomotion. — Dermoscopie.

La discussion engagée entre M. Giraud-Teulon et M. Marey sur la locomotion humaine paraît close. A une nouvelle note lue par le premier, le second s'est borné, sauf quelques brèves explications, à répondre par une invitation à des expériences faites en commun à la station physiologique du Parc-aux-Princes. Les deux adversaires n'étant pas d'accord, même sur les faits, notamment sur celui du soulèvement des pieds dans l'accroupissement rapide, il semble bien, en effet, que le débat serait, quant à présent, mieux placé au Parc-aux-Princes qu'à l'Académie. Tel qu'il est pourtant, nous comptons en faire le sujet d'une appréciation.

— L'inventeur de la *dynamoscopie*, M. le docteur Collongeus a imaginé encore une autre méthode, la *dermoscopie* Dans une boîte vitrée, est suspendue par un fil de coton une croix en bois de sureau, au-dessous de laquelle est un cadran. C'est un hygromètre. Si l'on y introduit les mains par deux ouvertures ménagées à cet effet, la croix, en tournant sur elle-même, marque en chiffres le changement hygrométrique opéré par l'évaporation de la sueur. De ce fait très simple et très conforme aux lois de la physique, l'auteur tire des déductions quelque peu inattendues au profit de la physiologie et de la clinique.

Les Écoles de médecine militaires et la réorganisation du Corps de santé de l'armée.

Nous avons tenu, jusqu'à ce jour, à ne signaler qu'en peu de lignes, sans vouloir les discuter ni surtout les critiquer, les divers décrets ou les circulaires officielles qui avaient pour objet la réorganisation du Corps de santé de l'armée. Les motifs de cette réserve ont été compris par ceux qui suivent avec une juste sympathie les efforts tentés, depuis le 16 mars 1882, pour assurer le bon fonctionnement d'une loi

FEUILLETON

Lettres médicales.

Parrot, Spillmann, Thuillier. — Les poudres hématiques. — Diffamation contre un confrère. — On demande un médecin. — La vivisection.

Qui a passé à Strasbourg sans visiter, dans la petite église de Saint-Thomas, le tombeau du maréchal de Saxe, avec le beau groupe de Pigalle? La Mort, d'un geste simple et tranquille, comme celui d'une personne qui accomplit une besogne quotidienne, présentant d'une main au maréchal le sablier, lui montre de l'autre le tombeau entr'ouvert; le maréchal, son bâton de commandement à la main, y descend le front calme, malgré les supplications de la France en larmes qui cherche à le retenir. Grande œuvre d'art, dont le motif, un peu commun dans son réalisme, est relevé par l'expression des figures et la beauté de l'exécution. Voilà ce que c'est que de marquer dans la guerre ou dans la politique; sans être même le vainqueur de Fontenoy, on attire à soi par des monuments fastueux, et pour aussi longtemps que dure le marbre ou le bronze, les regards des générations futures. Sans sortir de cette église, qu'elles sont humbles et petites à côté de celle du *héros*, et comme elles se cachent le long d'une muraille obscure, les images de ces illustrations universitaires qui ont rendu d'éminents services à la science et à l'enseignement, et parmi lesquelles on distingue un des nôtres, Reissessen, illustré depuis vingt ans déjà par ses travaux sur la structure des poumons quand il mourut à l'âge de quarante-cinq! Et qu'importe? Les vrais monuments votifs et les vrais autels sont ceux qui s'élèvent d'eux-mêmes dans les cœurs. Hélas! cher confrère, ce n'est pas l'occasion qui nous en manque en ce moment! Ceux-là aussi le pays les pleure, et, vous et moi, nous aurions voulu les disputer à la

que nous avions appelée de nos vœux et peut-être hâtée par d'incessantes réclamations contre les actes de l'autorité administrative qui, depuis si longtemps, opprimait le corps de santé. On n'ignorait pas, et nous le connaissions nous-même, tout le travail qu'avaient accompli en quelques mois les médecins-majors attachés à la nouvelle Direction du service de santé et toute l'ardeur qu'ils apportaient à leurs délicates et difficiles fonctions. Il fallait donc attendre et nous attendions avec patience que les nouveaux décrets, que les instructions données aux chefs du service médical dans les différents corps d'armée aient produit les résultats qu'on doit en espérer, pour apprécier plus justement certaines critiques dont nous ne pourrions aujourd'hui contester la valeur. Mais, tout en reconnaissant combien est complexe l'œuvre de réorganisation que nécessite la loi qui a consacré l'autonomie du corps de santé, et combien il faut de modération et de prudence pour juger les actes de ceux qui sont chargés d'en appliquer les dispositions, nous devons dire ici quelques mots d'un décret qui cause aujourd'hui une assez vive et très légitime émotion.

Certes nous approuvons, sans réserve aucune, l'idée qui a dicté au ministre de la guerre la circulaire du 1er octobre que nous avons reproduite dans notre précédent numéro. Trop de fois nous avons, depuis dix années, réclamé, dans ce journal, la création d'une ou de plusieurs Ecoles de médecine militaire pour ne pas applaudir à une réforme depuis si longtemps jugée nécessaire. « Les Ecoles médico-militaires, écrivions-nous le 28 juin 1872, peuvent seules assurer au Corps de santé militaire, organisé sur les bases que nous avons proposées, un recrutement fixe, durable et sérieux, » et, dans le même article, nous réclamions l'autonomie du Corps, la création de médecins divisionnaires chefs de service dans chaque corps d'armée, enfin la répartition des médecins suivant leurs aptitudes dans les Ecoles, les hôpitaux ou les corps de troupe. Nous n'avons rien à effacer des lignes que nous écrivions alors, pas même ce reproche adressé à l'ancienne Ecole de Strasbourg d'imposer au budget de la guerre une dépense trop considérable et d'accumuler en une seule ville un trop grand nombre d'étudiants. On a pu voir, il y a huit jours, que le rapport qui précède le nouveau décret reproduit les mêmes arguments. Tout nous semblerait donc acceptable dans la réorganisation qu'il propose si nous n'étions sérieusement touchés par des considérations d'un ordre différent.

On verra, en lisant le document que nous publions aujourd'hui, que diverses modifications sont apportées au régime de l'ancienne Ecole de Strasbourg. Deux Ecoles sont créées, l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Les élèves seront répartis par ordre d'ancienneté, et en tenant un juste compte du désir qu'ils auront manifesté au moment de leur inscription, entre ces deux Ecoles. Or, il nous est pénible d'avoir à le dire, mais, quels que soient les motifs qui ont fait écarter la ville de Lyon, nous ne pouvons que regretter, dans l'intérêt même de l'avenir du Corps de santé militaire, l'interdit dont a été frappée — ou dont s'est frappée elle-même — la deuxième Faculté de France. Nous savons fort bien qu'une entente entre la municipalité d'une ville et l'administration de la guerre est indispensable pour mener à bonne fin une aussi grande entreprise; nous savons aussi que l'on a fait valoir contre Lyon des arguments d'un ordre extra-scientifique qui peuvent avoir touché certains esprits. Il nous sera permis toutefois de regretter que les grandes ressources scientifiques et cliniques que présente la ville de Lyon soient perdues pour l'éducation de nos *chirurgiens* militaires et que, de part et d'autre, on n'ait pas tenté quelques efforts pour arriver à un meilleur résultat. Espérons du moins que la Faculté de Bordeaux, qui doit l'Ecole de médecine militaire à la persévérante insistance et à l'intelligente activité d'un de ses maîtres les plus sympathiques aussi bien dans l'Université que dans l'armée, saura se donner tout entière à la nouvelle tâche qu'elle a ambitionnée. Quant à la Faculté de Nancy, nous connaissons et nous approuvons sans restriction aucune les motifs qui l'ont fait choisir. Parmi les maîtres qui vont avoir à instruire les futurs médecins de l'armée, plusieurs ont été professeurs ou agrégés à Strasbourg. Ils n'ont oublié ni pourquoi ni comment on avait pu, en quelques années, y arriver à de si brillants résultats; et, à l'exemple de leurs anciens collègues, ils sauront, nous en avons la ferme espérance, multiplier leurs ressources anatomiques et cliniques et continuer, comme ils l'ont fait depuis 1870, à former, dans l'intérêt de la médecine d'armée, les meilleurs élèves du Val-de-Grâce.

Nous n'insisterons point d'ailleurs sur ce côté de la question qui nous préoccupe. Les élèves du service de santé militaire feront, par leur instruction professionnelle et leurs connaissances scientifiques, juger la valeur des Facultés qui les auront formées, et il appartiendra à l'administration de la guerre de tenir la main à ce que les exercices scolaires et l'enseignement théorique soient toujours bien dirigés dans les Ecoles nouvelles. Nous préférons nous borner pour

---

mort autant au moins que des guerriers célèbres, ces trois savants qui viennent, à de si courts intervalles, de disparaître d'entre nous : Parrot, Thuillier, Spillmann.

L'intérêt du public s'est attaché surtout à Thuillier; il apparaît avec la triple auréole de la jeunesse, du talent et du martyre, et sur cette auréole déjà brillante se projette l'éclat d'une autre qui rayonne à cette heure dans le monde entier. Thuillier a risqué une existence à son aurore, toute dorée de rêves de bonheur et de succès, déjà même désignée à l'histoire de la médecine par une part personnelle dans les découvertes de M. Pasteur (sur le *rouget*); il l'avait risquée pour les progrès de la science et le soulagement de l'humanité. Son malheureux sort portait donc tout particulièrement à la compassion et à l'admiration. Aussi avons-nous appris sans étonnement le noble témoignage que lui en ont donné sur place les adversaires des doctrines pastoriennes, M. Koch et ses collaborateurs, en venant déposer des couronnes sur sa tombe, avec des paroles plus significatives encore que des fleurs ou des branches de laurier. Faut-il vous raconter les navrants détails de cette maladie foudroyante, qui a fait son œuvre en quelques heures; car que valent, devant le funeste résultat, quelques heures de répit gagnées par les efforts désespérés d'une thérapeutique ardente comme l'amitié. Quelle surprise! Il y avait quinze jours que les membres de la commission n'avaient vu un cholérique, et l'on se croyait à la fin de la campagne. Thuillier était allé le 14 septembre à Tantah assister à une autopsie de peste bovine, et le 17 au lazaret des animaux de l'abattoir, pour y recueillir du sang de bœuf : c'est ce jour-là qu'il se mit au lit pour ne plus se relever. Il a succombé le 19, à sept heures du matin. Ses restes, embaumés, ont été déposés dans un cercueil en zinc scellé, et toutes les formalités ont été accomplies pour qu'ils soient rapportés en France après le délai légal, qui est, paraît-il, d'un an. C'est un long terme; mais, à supposer qu'on ne puisse l'abréger, la pauvre victime trouvera ici des regrets aussi amers et une aussi profonde sym-

aujourd'hui à signaler quelques obscurités ou quelques lacunes du nouveau décret.

Si nous en avons bien compris les dispositifs, les élèves du service de santé passeront cinq années dans les Ecoles préparatoires; ils devront subir devant la Faculté tous les examens probatoires dans l'ordre, dans les délais et selon le mode prescrits par les règlements universitaires. Dans l'intérieur de l'Ecole ils seront soumis à des interrogations et astreints à suivre des conférences dirigées par des répétiteurs. Les notes obtenues à ces interrogations, combinées avec les résultats des examens subis devant la Faculté, serviront à déterminer le rang de passage d'un élève d'une année à l'autre. Tout cela paraît clair. Mais si un élève échoue à un ou à plusieurs examens de doctorat; si, par le fait de ces échecs dont chacun le recule de trois mois, il n'arrive pas, en même temps que ses camarades, à passer « d'une année à l'autre », quelle décision sera prise contre lui? A l'Ecole de Strasbourg un examen était subi à la fin de chaque année, et deux échecs successifs entraînaient le licenciement de l'élève. Avec le nouveau système ne s'expose-t-on pas à garder, pendant cinq années et à grands frais, — car il nous paraît bien difficile d'exiger un remboursement quelconque d'un boursier, dont les parents sont dénués de fortune et qui, renvoyé de l'Ecole, deviendra soldat de 2e classe — des élèves tout à fait incapables de devenir de bons médecins d'armée? Ne craint-on pas d'autre part que les retardataires, c'est-à-dire les élèves insuffisants et peu laborieux, n'entravent dans le cours de leurs études ceux de leurs camarades qui viendront à leur suite et auxquels un échec les réunira fatalement? Il y a là, pour les répétiteurs aussi bien que pour les directeurs des Ecoles nouvelles, une source d'embarras que le nouveau décret n'a pas prévue.

Une autre difficulté du même genre se retrouvera à l'Ecole du Val-de-Grâce. Jusqu'à ce jour les médecins stagiaires devaient suivre à l'Ecole d'application des cours théoriques et des exercices pratiques ayant une sanction réelle. Ceux qui ne satisfaisaient pas aux examens de sortie ne pouvaient obtenir le grade de médecin aide-major. Ils demeuraient soumis à leurs obligations militaires. Désormais, admis comme aides-majors dès qu'ils auront obtenu le titre de docteur en médecine, ils devront appartenir à l'armée, quelle que puisse être leur insuffisance à leur sortie du Val-de-Grâce. Quelle sera dès lors la sanction de l'enseignement de l'Ecole d'application? Qu'adviendra-t-il le jour où les aides-majors stagiaires négligeront de suivre les cours ou les exercices pratiques dont l'utilité ne saurait être contestée? Le nouveau décret ne répond pas à cette question.

Serait-ce que l'on considère l'examen d'admission à l'Ecole du Val-de-Grâce comme suffisant? Mais alors quel démenti donné aux Facultés et aux Ecoles préparatoires? Que de conflits, que de difficultés on se prépare en refusant d'admettre à l'Ecole d'application un élève qui a obtenu son diplôme et son certificat d'aptitude en quittant l'Ecole préparatoire!

Il est non moins impossible de deviner ce qu'il faut entendre par un casernement « moins étroit » après la 14e inscription et par un régime militaire « conciliable avec l'esprit scientifique et conforme à la dignité des jeunes gens » lorsqu'il est dit à l'article 20 que les adjudants sous-officiers nommés à l'Ecole ont sur les élèves les droits disciplinaires de leur grade. Nous n'avons pas oublié ce qui s'est passé à plusieurs reprises à l'Ecole de Strasbourg, alors que, ne sachant comprendre ni les justes susceptibilités des jeunes gens dont ils avaient mission de diriger la conduite, ni la dignité et l'équité dont un chef doit toujours donner l'exemple, il arriva à certaines autorités médico-militaires de chercher à imposer aux élèves du service de santé une surveillance étroite et mesquine. Le droit de punition directe conféré à des sous-officiers vis-à-vis d'étudiants en médecine — fussent-ils militaires — soulèvera aussi, nous le craignons, bien des révoltes. Hâtons-nous d'ajouter qu'il appartiendra aux directeurs et surtout aux sous-directeurs des nouvelles Ecoles de se souvenir du passé.

Nous ne nous arrêterons pas d'ailleurs, pour les motifs que nous avons exposés au début de cet article, à tout ce qui nous paraît encore obscur ou défectueux dans le décret que nous reproduisons plus loin. Nous ne voulons pour aujourd'hui en retenir que ce qu'il a de louable sans réserve. La création d'Ecoles préparatoires de médecine militaire constitue à nos yeux un sérieux progrès, qui permet d'espérer un bon recrutement de la médecine militaire, qui promet surtout — le rapport qui précède le décret a omis d'insister à cet égard — de créer au sein du Corps de santé de l'armée une émulation féconde en résultats utiles. Ce que nous tenons à constater, c'est que la création de dix emplois nouveaux de répétiteurs, nommés par concours, choisis parmi les aide-majors et les médecins majors de 2e classe, encouragera les médecins sortis du Val-de-Grâce à rester dans le Corps en attendant une position scientifique digne de leur travail et de leurs aptitudes. Nommés pour quatre années répétiteurs dans une

---

pathie que le premier jour. En attendant, la *Gazette* vous l'a déjà dit, un monument va lui être élevé par la colonie française à Alexandrie, et une plaque commémorative sera dédiée à sa mémoire dans le vestibule de l'Ecole normale. La douleur publique aura reçu, d'ailleurs, une première consolation dans le cortège d'hommes éminents qui suivait le convoi, dans les discours prononcés sur sa tombe par MM. Raindre, consul général de France en Egypte; Chambry, représentant du corps médical; les docteurs Hassan-Pacha, au nom de la commission, et Ardouin-Bey, au nom des amis du défunt. Le *Phare d'Alexandrie* raconte que le gouvernement avait envoyé à la maison mortuaire une garde de vingt hommes; mais que, sur la demande de M. Straus, qui désirait conserver à la cérémonie un caractère privé, cette garde n'a pas accompagné le corps au cimetière.

Les regrets causés par la mort du professeur Parrot sont loin aussi d'être effacés. Un des nôtres vous a rappelé (p. 539) les principaux services qu'il a rendus à la science médicale, les circonstances de sa dernière maladie, auxquelles il faut ajouter ce beau trait de dévouement et d'abnégation du professeur Potain, mettant au-dessus de l'honneur d'aller donner ses soins à l'héritier de la couronne de France le devoir de veiller au chevet de son ami et collègue, l'humble enfant d'Excideuil. J'ai sous les yeux l'hommage qui vient d'être rendu à Parrot par M. A. Proust, dans une des dernières séances de la *Société d'anthropologie*. Le panégyriste le dit avec raison : s'il a été remarqué surtout pour ses recherches d'anatomie pathologique, il n'a jamais cessé d'en tirer des enseignements au profit de la thérapeutique et de l'hygiène. Ses travaux sur l'*athrepsie* et sur la *syphilis* en sont les preuves les plus convaincantes et les plus considérables. Ce qui est moins connu et ce que rappelle M. Proust, c'est que M. Parrot s'est beaucoup livré à l'étude de l'archéologie préhistorique et a publié à ce sujet des mémoires importants : notamment sur les grottes de l'église Saint-Martin d'Excideuil et sur celles de Tourtoirac, dans le Périgord. Sa grande

École préparatoire, ils y travailleront sans relâche — les fonctions multiples dont ils se trouvent chargés par le nouveau décret les astreindront à un excès de labeur — et après ces quatre années ceux d'entre eux qui n'obtiendront pas la position d'agrégé du Val-de-Grâce devront pouvoir espérer que la Direction du Corps de santé leur tiendra compte de leurs services scientifiques et les nommera à un poste de choix dans un hôpital militaire important. Il conviendrait, en effet, de dire bien haut et de prouver, non par des paroles, mais par des actes, que la nouvelle Direction, répudiant les errements anciens, saura tenir compte aux médecins militaires instruits et laborieux des services qu'ils auront rendus dans l'enseignement. Si elle persiste à priser les services exclusivement militaires plus haut que les titres scientifiques; si elle ne tient pas à honneur de récompenser, non par un avancement trop rapide, mais par la nomination à des postes de choix dans de grands hôpitaux, dans des centres intellectuels qui favorisent le travail scientifique, tous ceux qui auront consacré plusieurs années à l'enseignement dans les Écoles préparatoires, l'administration centrale verra, comme par le passé, les répétiteurs qu'elle aura nommés concourir pour l'agrégation des Facultés et quitter l'armée. Elle verra les démissions croître en raison même de la valeur des médecins qui se seront formés, qui se seront instruits par le travail personnel et par l'enseignement. Si, au contraire, après avoir favorisé le recrutement des médecins de l'armée par la création de nouvelles Écoles, elle offre à ces médecins des situations enviables et compatibles avec l'enseignement universitaire, elle verra ses cadres rester remplis et les plus distingués de ses médecins rehausser l'estime dont jouit le Corps médico-militaire par les situations éminentes qu'ils auront conquises.

Nous faisons des vœux pour qu'il en soit bien ainsi et pour que la création des nouvelles Écoles soit, pour le Corps de santé tout entier, une cause de relèvement et de succès. L'antagonisme qui malheureusement persiste encore et qui même — si nous en croyons des renseignements assez précis et certainement autorisés — tend à s'affirmer de plus en plus entre les médecins qui ont obtenu par des services exclusivement militaires la position de médecin en chef d'hôpital ou de directeur du service de santé dans un corps d'armée et ceux qui doivent à leurs titres scientifiques une juste renommée, devra disparaître le jour où l'on saura comprendre que les cadres sont assez larges et les positions spéciales suffisamment nombreuses pour rendre à chacun ce qui lui est dû. Il y a là une question de tact et de mesure, que tous, chefs de service et subalternes, devront bien comprendre. Alors seulement on pourra voir dans l'armée tous les médecins unis dans un même sentiment de confraternité, d'union, de concorde.

Il nous reste à dire quelques mots de la modification apportée au règlement de l'École du Val-de-Grâce. Après avoir essayé, il y a deux ans, de faire revivre un règlement suranné, datant de 1852, et d'obliger les professeurs de cette École à cesser leurs fonctions dès qu'ils avaient atteint le grade de médecin principal de 1re classe, l'administration centrale s'est vue contrainte de céder devant une manifestation électorale, qui lui prouvait — par l'absurde — que ses prétentions étaient inacceptables. Le décret nouveau reconnaît que « l'idée était défectueuse et l'application impossible ». Mais « pour déterminer dans le Corps de santé militaire un courant de travail et *ne pas laisser une chaire occupée trop longtemps par le même professeur, qui s'y spécialise* et, dans une certaine mesure, s'éloigne un peu du Corps de santé lui-même », on limite à dix ans la durée du professorat. Nous ne voulons pas, dans un journal que lisent des professeurs et des savants, insister sur la maladresse de l'argument que nous avons souligné. Il nous serait trop facile de prouver qu'un professeur qui ne se spécialise pas est incapable d'enseigner une branche spéciale de la médecine. Disons seulement qu'il eût été plus habile de faire remarquer que, l'enseignement du Val-de-Grâce étant surtout pratique et les professeurs étant choisis parmi les agrégés, quinze années d'enseignement pourront le plus souvent paraître suffisantes.

Disons aussi que, dans un avenir prochain, on reconnaîtra sans doute qu'avant tout et surtout il importe de choisir, pour des fonctions spéciales, les hommes que leurs aptitudes ou leurs travaux antérieurs et, par conséquent, les services qu'ils peuvent rendre au Corps tout entier, désignent plus particulièrement à l'attention de leurs chefs. Jamais on n'a contesté, dans l'artillerie, le génie ou l'état-major les situations exceptionnelles qu'ont values à des officiers éminents les services qu'ils ont rendus à la France. Membres de l'Institut et du Bureau des longitudes ou bien recommandables par des travaux spéciaux sur un sujet déterminé, ces officiers ont toujours été maintenus ou, après certaines expéditions ou campagnes, rappelés dans les comités et les bureaux de la guerre et mis à même de continuer leur enseignement et leurs études. Il devrait en être de même dans un Corps

---

instruction, ses aptitudes littéraires, la pénétration de son esprit, lui eussent assuré de grands succès dans cet ordre d'investigation, si sa destinée l'y eût maintenu; et il en eût été de même pour l'histoire de la médecine, qu'il ne professa que peu de temps. Frère d'un artiste des plus distingués, il était artiste lui-même à sa manière; il l'était par sa physionomie, par ses cheveux flottants, par ce visage maigre, à nez droit, à lèvres minces, à menton aigu, où les quelques plis radiés de la tempe, le léger rictus de la bouche, la douce finesse du regard tempéraient la rigidité des lignes et la brusquerie des angles, répandant un demi-sourire sur un fond sévèrement dessiné. De face, c'était un visage aimable; de profil, un camée vigoureux. Il était artiste surtout par un goût éclairé du beau, qu'éveillaient sans cesse les œuvres de peinture et de sculpture au milieu desquelles il vivait; par un vif sentiment de la beauté littéraire; par une diction élégante dans sa chaire et une conversation instructive et charmante dans les salons. Quant au caractère de l'homme, M. Proust l'a résumé en peu de mots : « Parrot était digne de toute l'affection et de tout le respect de ceux qui l'ont connu. Ses nombreux amis, ses élèves dévoués affirmeront que toutes les qualités qui peuvent faire aimer un maître, même un collègue et respecter un homme de science, se trouvaient réunies chez lui. »

Devant ces deux figures de Thuillier et de Parrot, Spillmann semble, à première vue, effacé. Tour à tour, dérobé par les murs du Val-de-Grâce ou de l'École de Strasbourg, perdu dans les camps, séparé de nous par la mer, ballotté entre Alger et le Maroc, il provoqua moins aisément l'attention, et, quand son nom a déjà du retentissement dans les milieux où le sort l'a porté, l'écho n'en pénètre que difficilement dans la foule des confrères. Cependant, nous qui avons vu Spillmann de près, nous le regardions comme très capable de tenir sa place sur un grand théâtre de pratique et d'enseignement. Ses amis de la médecine militaire disent que sa première éducation scientifique a été

qui est tout à la fois scientifique, professionnel et administratif. Il en sera ainsi le jour où, après quelques tâtonnements indispensables, le Corps de santé sera bien dirigé, le jour surtout où l'on comprendra qu'il faut savoir utiliser toutes les ressources disponibles et ne pas considérer les hommes comme des unités tactiques.

Nous ne voulons point prétendre qu'il ne soit pas nécessaire de limiter, dans certains cas, la durée de l'enseignement au Val-de-Grâce. Nous croyons même que, dans l'intérêt de l'enseignement aussi bien que dans l'intérêt des médecins de régiment ou d'hôpital, il serait bon de n'appeler au titre de médecin inspecteur que ceux des principaux qui, dans les fonctions de directeur d'un corps d'armée, auront donné des preuves de capacité administrative et d'esprit militaire. Mais ce nous semble être une raison de plus pour ne pas arracher aux fonctions de l'enseignement des hommes distingués qui ne peuvent rendre que par l'enseignement des services utiles à l'armée.

Nous le répétons cependant. Il faut voir à l'œuvre le Corps de santé; il faut attendre le nouveau règlement que vient d'élaborer une commission spéciale, pour porter, en toute sincérité, un jugement impartial sur toutes ces questions. Nous aurons donc plusieurs fois encore l'occasion d'y revenir.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude du zona, mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des sciences (1883), par M. le docteur Ch. Deshayes (de Rouen).

A une de vos précédentes assises, au Congrès de 1878, M. le docteur Leudet, dans un remarquable travail, appelait votre attention sur le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire. Il établissait (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1878) d'accord avec MM. Noel Gueneau de Mussy (*Clinique médicale*, t. I) et Peter (*Clinique médicale*, 1873) que dans un certain nombre de cas les douleurs des phthisiques suivaient exactement des ramifications nerveuses, au tronc comme aux membres, et que ces troubles nerveux, comme le zona, dont l'anatomie et la physiologie donnent la raison d'être, sont provoqués très probablement par action réflexe. J'aborderai aujourd'hui ce même sujet, le zona, mais au point de vue anatomique seulement.

La nature essentiellement névralgique du zona, généralement admise par les cliniciens, encore douteuse pour un certain nombre, ne saurait être, suivant nous, contestée, et l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter va nous fournir une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion.

Déjà Grisolle écrivait il y a vingt-cinq ans, article *Zona* : « Ces douleurs, évidemment névralgiques, sont parfois rebelles, et résistent opiniâtrément pendant des mois et » même durant plusieurs années. »

A mesure que les observations se sont multipliées, et que la nature du zona s'est trouvée mieux connue, on a vu que non seulement il y avait douleur nerveuse, c'est-à-dire *névralgie*, mais encore inflammation du nerf correspondant, c'est-à-dire *névrite*; et le professeur Jaccoud écrivait dès 1869, dans son *Traité de pathologie interne* : « Les rapports ré» cemment découverts entre la névrite et le zona sont un » puissant argument en faveur de cette proposition. » Et d'ailleurs la preuve matérielle de la lésion nerveuse dans la névrite n'est plus à faire.

D'autre part, l'influence du système nerveux sur la production des affections cutanées devient chaque jour plus évidente, et M. Leloir, dont les *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse* viennent d'être couronnées par l'Académie de médecine, a démontré que dans certains cas tout au moins, le vitiligo, l'ecthyma, le pemphigus diotrimus, des gangrènes cutanées et peut-être l'ecthyma, sont des affections d'origine nerveuse qui doivent être rapprochées des autres affections cutanées d'origine trophique, *zona*, certains pemphigus aigus, lèpre, mal perforant, gangrène du décubitus. Il admet, avec Vulpian, que les troubles trophiques de la peau et les éruptions qui en sont la conséquence, tiennent à la lésion de la substance grise de la moelle, ou à l'interruption des fibres nerveuses des nerfs périphériques.

Quoi qu'il en soit, et pour revenir au sujet qui m'occupe, le cas de zona que j'ai observé l'année dernière me paraît établir d'une manière évidente la nature nerveuse de cette affection.

Il s'agit d'une éruption herpétique siégeant sur certaines parties de la face et de la cavité buccale, et ayant pour siège anatomique les régions innervées par les deux branches terminales de la 5ᵉ paire, le *nerf lingual* et le *nerf dentaire inférieur*.

Pour une entente plus facile du sujet, quelques données anatomiques très sommaires nous paraissent utiles à rappeler ici.

5ᵉ paire. *Trijumeau*. — Nerf mixte qui préside à la sensibilité de la face, et aux contractions des muscles de la mastication. Du ganglion de Gasser partent trois rubans

---

laborieuse, et que personne n'eût alors deviné en lui un maître futur de la chirurgie. Ajoutez qu'il avait senti l'aiguillon de la nécessité. Tant mieux. Les esprits détendus et assouplis par le travail, soumis à un exercice continu, gardent souvent mieux leurs qualités acquises que de plus favorisés ne gardent leurs qualités natives. Tous les travaux publiés par Spillmann depuis une dizaine d'années, à commencer par le second volume de l'*Arsenal chirurgical*, pour finir par ses derniers articles du *Dictionnaire encyclopédique*, attestent l'étendue et la précision de ses connaissances, ses grandes qualités de praticien et la sûreté de son jugement. Il enseignait comme il écrivait, avec une abondance et une facilité remarquables.

Et ceci reporte notre pensée à un incident de son début à l'Ecole de médecine d'Alger. Quand il vint prendre possession de sa chaire de pathologie externe et de médecine opératoire, il crut se trouver en présence d'une opposition qui lui paraissait avoir son centre dans l'administration municipale et rayonner jusque dans l'Ecole. Il s'attendait donc à être mal accueilli à sa première leçon. Se souvenant qu'un des rédacteurs de ce journal lui avait facilité les voies à sa nomination, il lui écrivit pour lui annoncer sa résolution formelle de se démettre. Ce rédacteur fut assez heureux pour lui rendre courage et, grâce à la loyauté et au grand sens du directeur de l'Ecole, M. le docteur Texier, tout se passa bien et, bientôt, il n'y eut pas à Alger de professeur plus populaire, plus estimé et aimé de ses élèves et de ses collègues, que le regretté Spillmann. Il est mort à cinquante ans — presque le jeune âge d'un savant.

— La magistrale relation de la *maladie de M. le comte de Chambord* m'a rappelé un racontar d'une feuille semi-politique. Il s'agissait d'une conversation entre un député du plus pur parfum légitimiste et un autre député de l'odeur la plus caractérisée de républicanisme. Celui-ci, physiologiste éminent, aurait dit à son collègue : « Votre

plexiformes, divergents à la manière d'une patte d'oie, et qui sont, en procédant d'avant en arrière : 1° la branche ophthalmique de Willis ; 2° la branche maxillaire supérieure ; 3° la branche maxillaire inférieure. A ce dernier nerf aboutit directement la racine non ganglionnaire du trijumeau.

Dans notre observation, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par la distribution des filets nerveux, la branche maxillaire inférieure seule a été prise. En effet l'ophthalmique de Willis par ses divisions va se distribuer à la peau de la joue (nerf lacrymal) ; à la peau du front, du nez et de la paupière supérieure (nerf frontal) ; à la peau du dos du nez (nerf nasal), etc.

Or, chez mon malade, aucune de ces régions n'a offert la moindre éruption, ni la moindre douleur.

Il en est de même pour la branche maxillaire supérieure. Ses rameaux sont : 1° le rameau orbitaire ou lacrymo-temporal ; 2° les nerfs alvéolo-dentaires postérieurs ; 3° le nerf alvéolo-dentaire antérieur, et 4° les rameaux terminaux ou sous-orbitaires.

Je passe les autres rameaux ganglionnaires (du ganglion de Meckel).

De ces rameaux, les premiers vont, on le sait, se distribuer à la peau de la région malaire ; les autres à la muqueuse buccale, aux gencives, aux dents supérieures (nerfs dentaires) et enfin à la peau et à la conjonctive de la paupière supérieure, à la peau et à la muqueuse du nez, à la muqueuse de la lèvre supérieure. Or, ici encore, aucun trouble n'a pu être noté dans toutes ces parties.

Reste la troisième branche, le nerf maxillaire inférieur.

Nerf maxillaire inférieur. — Sort du crâne par le trou ovale pour aller s'épanouir dans la fosse zygomatique en sept rameaux ; c'est au nerf maxillaire inférieur qu'appartient la portion non ganglionnaire du trijumeau.

Cette portion non ganglionnaire, que l'on a encore appelée nerf masticateur, fournit au masséter, au temporal, au ptérygoïdien externe, au ptérygoïdien interne, etc. Je n'ai point à m'occuper de cette branche, car il n'existait chez mon malade aucune trace de douleur dans la région temporale ni massétérine.

Les nerfs musculaires du maxillaire inférieur venant de la petite racine ou portion non ganglionnaire du trijumeau, il est également évident que cette partie est restée indemne.

Les sept branches fournies par l'épanouissement du maxillaire inférieur sont : 1° le temporal profond moyen ; 2° le massétérin ; 3° le buccal ; 4° le temporal superficiel ou auriculo-temporal ; 5° le ptérygoïdien interne (ces cinq branches sont dites collatérales); 6° le lingual ; 7° le dentaire inférieur. Ces deux dernières appelées terminales. Le nerf buccal étant un nerf mixte, ou musculo-cutané, donne, il est vrai, quelques rameaux terminaux, et se distribue à la région malaire et buccale, ainsi qu'à la commissure ; mais je crois qu'on peut ne pas en tenir compte ici.

Les deux branches terminales, le *lingual* et le *dentaire inférieur*, ont *seules* été affectées chez mon malade.

Quelle est en effet leur distribution? Outre la corde du tympan qu'il reçoit du facial, le nerf lingual reçoit encore un rameau anastomotique assez considérable, qui vient du dentaire inférieur; chez mon malade, il n'y a eu ni douleurs, ni troubles auriculaires.

Le nerf *lingual* donne un certain nombre de filets aux *tonsilles*, à la *muqueuse pharyngienne correspondante*, à la *muqueuse buccale* et aux *gencives*.

Au niveau de la glande sous-maxillaire le nerf lingual est uni par plusieurs filets au ganglion sous-maxillaire, dont la plupart des filets s'enfoncent dans la glande sous-maxillaire.

Or, chez mon malade, la salive a été plus abondante et toutes ces régions ont été le siège de vésicules herpétiques. Le nerf lingual fournit également à la glande sublinguale un grand nombre de filets. Enfin il vient s'épanouir sur le bord de la langue, et se consumer dans la muqueuse de la pointe. Or les deux tiers antérieurs de cet organe, côté droit, étaient le siège de l'herpès et douloureux.

De son côté le nerf *dentaire inférieur* vient s'engager dans le canal dentaire, qu'il parcourt dans toute son étendue, et fournit, chemin faisant, les filets des grosses et petites molaires, des filets osseux et gingivaux.

Parvenu au niveau du trou mentonnier, il se divise en deux branches : l'une mentonnière, l'autre incisive.

Le rameau mentonnier, continuation du nerf dentaire inférieur, s'épanouit en filets divergents, qui se distribuent à la *peau*, à la *membrane muqueuse* et à la *couche glanduleuse* de la *lèvre inférieure*.

C'est au *bord libre* de la *lèvre inférieure* qu'est destiné le plus grand nombre de ces nerfs.

Le rameau incisif, extrêmement grêle, continue le trajet primitif du nerf dentaire inférieur, et se divise en trois ramuscules pour fournir à la *canine* et aux *deux incisives* correspondantes.

Or, chez mon malade, toutes ces parties étaient le siège de douleurs ou d'éruption, ainsi qu'il résulte de l'observation suivante. Il s'agit d'un véritable zona de la bouche.

Le zona de la bouche a déjà été observé; quelquefois, dit Cazenave, il s'étend jusque dans la bouche. La maladie, en général, occupe plus souvent le côté droit que le côté gauche, dans le rapport de 19 à 1 (7 Frank) et dans celui de 37 à 16 (Rayer, Cazenave et Schedel).

Observation. — M. Duchemin, trente et un ans, pharmacien à Rouen, de tempérament légèrement nerveux, vient me trouver fin mai 1882, accusant, outre un malaise général, une douleur des plus vives, de nature névralgique, lancinante, occupant la ré-

---

roy se meurt, votre roy est mort, s'il ne prend de ma poudre. — Quelle poudre? — Eh bien, ma poudre, celle que j'ai inventée. — Mais quoi encore? — Une poudre nutritive dont les ingrédients, empruntés au sang, s'assimilent pour ainsi dire sans travail digestif. Le roy s'en va d'inanition, il faut le nourrir. — Merci, merci au nom du roy, au nom de la religion, au nom de la France ! »

Cette conversation, cher confrère, je ne l'ai pas entendue, et le *Gaulois*, qui l'a rapportée le premier, a naturellement l'humeur gauloise, et il l'a eue certainement ce jour-là. Mais il est très vrai que notre célèbre confrère attribue une grande valeur nutritive au sang et qu'il en conseille l'emploi sous la forme sèche; et il est exact aussi qu'une formule donnée comme sienne est depuis quelque temps exploitée à Paris aux alentours de la Faculté de la médecine.

Après tout, c'est une bien vieille pratique que celle de l'emploi du sang comme médicament ou comme aliment : sang de bouc, sang de chèvre, sang de jument, sang de taureau, sang de colombe, sang de perdrix, etc. Que dis-je? sang de menstrues ! Et celui-ci, je dis le sang menstruel de la femme, on en buvait comme des autres ! Il est vrai qu'il pouvait rendre fou, et que le plus prudent était de ne l'employer qu'en topique contre les douleurs goutteuses ou contre le feu sacré (érysipèle). Il ne faisait pas bon non plus avaler du sang de taureau. Tandis que le pacifique canard et la mère oie donnaient leur sang pour guérir les fièvres malignes et une foule d'affections internes, le taureau ne livrait le sien que pour empoisonner les gens; et point n'ignorez que telle fut la fin *sanglante* de Thémistocle. Il faut croire pourtant que ce poison a perdu de sa nocuité depuis ces temps reculés, puisque Voltaire, à l'imitation de ses voisins de Ferney, s'en faisait servir quelquefois une tasse, dont il disait se bien trouver. Ce serait un heureux effet de l'*évolution* de la race bovine. Le sang de bouquetin ou de chèvre, desséché et mis en poudre, eut de la célébrité au moyen âge. Enfin de nos jours nous avons vu se renouveler l'usage du sang chaud : les

gion mentonnière droite, depuis le raphé médian jusqu'à la commissure labiale. Cette douleur a débuté assez brusquement dans la nuit : sensation de chaleur et de cuisson dans cette région. Les deux incisives inférieures, la canine et les deux premières molaires sont également le siège de douleurs particulières, différentes du mal de dents ordinaire.

Le premier jour, ces douleurs dentaires étaient supportables, et ne devinrent très aiguës que le lendemain. Il n'existait et il n'existe encore aujourd'hui, plus d'un an après, aucune érosion, aucune carie de ces dents.

En même temps sensation d'engourdissement dans *tout le côté droit de la langue* et chaleur dans l'arrière-gorge.

Aucune trace dans le passé ni dans le présent de syphilis, d'alcoolisme, de rhumatisme, ni de tuberculose pulmonaire. Diagnostic : névralgie.

Le lendemain, je constate une éruption vésiculeuse tout à fait caractéristique. J'avais affaire à une poussée herpétique, ou mieux à un zona, très nettement limité au raphé médian, et occupant toute la région cutanée mentonnière droite. Les vésicules, au nombre de 18 à 20, étaient petites et persistèrent cinq ou six jours, pour se flétrir, se dessécher, etc.

Les dents paraissaient plus chaudes au malade, mais naturellement ne présentaient ni vésicules ni points rouges. En revanche, elles étaient le siège d'une douleur intolérable, et ni le sulfate de quinine, ni l'opium ne purent les calmer complètement.

La névralgie dentaire persista également à l'état aigu, de cinq à six jours, puis s'apaisa peu à peu, et ne disparut complètement que quinze jours après. Les dernières molaires inférieures comme les dents supérieures étaient complètement indemnes. Le toucher et le contact de tout corps solide ou liquide ramenait la douleur au maximum.

Deux jours après l'éruption cutanée, la langue, déjà cuisante et engourdie, présente à son tour un certain nombre de vésicules, de 20 à 25, également caractéristiques. La muqueuse des deux tiers antérieurs à droite, surtout à la pointe, était le siège de l'éruption herpétique.

Je n'ai point noté de troubles particuliers dans la fonction du goût.

En même temps quelques vésicules moins nombreuses, mais très évidentes et absolument semblables à celles de la muqueuse linguale, existaient sur l'amygdale droite, avec douleurs lancinantes, et jusque sur la muqueuse pharyngienne, d'où résultait une gêne considérable dans la déglutition.

Cette éruption herpétique de la gorge rappelait assez l'angine herpétique de Lasègue, mais l'amygdale n'était point tuméfiée, et l'élément névralgique dominait.

Sur la muqueuse buccale correspondante à la région cutanée malade, de même que sur la muqueuse des gencives, des incisives, canine et prémolaires droites, existent également des vésicules.

La salivation était manifestement accrue : le malade salivait abondamment.

La douleur névralgique de toutes ces régions, surtout à la peau et à la langue, a persisté près de trois semaines après la dessiccation et la disparition des vésicules, ainsi du reste que cela a lieu assez souvent.

La cause probable de ce zona a été par moi, et par M. Duchemin lui-même, attribuée au froid humide qui régnait alors. Le malade s'était aussi beaucoup surmené depuis quelque temps.

Cette observation, remarquable surtout au point de vue de la délimitation anatomique très nette des parties lésées, ne saurait comporter de plus grands détails, et je conclurai de ce qui précède : 1° que les deux branches terminales de la cinquième paire, le lingual et le maxillaire inférieur, ont été seules affectées, dans la plupart sinon dans tous leurs rameaux ; 2° que la névrite a été, quant à sa marche, centripète ou ascendante, puisqu'elle a progressé de la périphérie vers le centre ; 3° que le zona peut affecter plusieurs branches d'un même tronc ; 4° qu'il peut affecter en même temps plusieurs tissus, tels que la peau, les muqueuses et même les *dents ;* 5° enfin qu'il s'agit bien là d'une névrite attestée par le trajet nerveux très nettement suivi par l'éruption et la douleur des dents.

Épidémiologie.

Trois cas de scorbut secondaire, observés à la prison de la Santé par M. de Beurmann, ancien chef de clinique de la Faculté.

Pendant l'épidémie de scorbut dont nous venons d'être témoin à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, nous avons dû nous occuper des conditions étiologiques qui président au développement de cette affection dans le milieu particulier où se trouvaient placés nos malades. Les remarques que nous avons faites à ce point de vue seront exposées, en même temps que la relation sommaire des faits observés, dans un travail que nous nous proposons de publier prochainement. Mais, au milieu de ces indications générales, pour la plupart confirmatives des notions acquises sur la pathogénie du scorbut, quelques faits nous ont paru offrir un intérêt particulier et devoir être mis en lumière.

Les lésions scorbutiques ne sont pas toujours développées primitivement chez des individus indemnes de toute lésion organique. Dans un certain nombre de cas, elles sont survenues chez des sujets préparés par les altérations pathologiques antérieures. Chez nos trois malades, il existait depuis un certain temps des lésions de la peau, autour desquelles se sont produites tout d'abord les manifestations du scorbut. Il s'agit donc bien de cas de scorbut secondaire, comme le titre de nos observations l'indique ; mais ce mot de secondaire n'a pas tout à fait ici la signification qu'il comporte généralement. Tous les auteurs notent que, dans les épidémies, les malades atteints d'affections chroniques ou en voie de cachexie sont le plus souvent frappés, et le sont de la manière la plus grave. Les faits observés tous les jours montrent

---

abattoirs ont eu, comme les stations thermales, leurs buveurs, peut-être leurs baigneurs, et quatre ou cinq confrères ont proposé l'emploi du sang desséché, les uns comme moyen d'insinuer du fer dans les veines des anémiques, les autres comme substance alimentaire. Je vois encore Foy, le petit pharmacien bossu de l'hôpital Saint-Louis, tout fier de ses *capsules hématiques*, dans lesquelles l'extrait de sang artériel était mêlé de phosphate de chaux. Foy visait surtout à ferruginer les malades ; mais Rambaud a surtout conseillé le sang desséché comme analeptique, et ce conseil il l'a suivi personnellement, et avec grand avantage, a-t-il écrit, dans la convalescence d'une longue et grave maladie.

Donc, cher confrère, quand même la conversation de couloir aurait un fond d'exactitude, elle n'aurait rien de bien extraordinaire. Mais (permettez-moi de retourner un vers célèbre) :

La vraisemblance peut parfois n'être pas vraie.

— Si le médecin doit se montrer compatissant, respectueux des souffrances d'autrui, c'est surtout quand il est appelé à constater un décès. En présence d'une famille affligée, c'est un devoir pénible pour lui, poignant pour les assistants, que de procéder à un interrogatoire et de se livrer à des constatations, peut-être minutieuses, que les circonstances apparentes auront rendues nécessaires. Mais il y a des degrés dans l'affliction comme des différences dans la valeur des héritages ; il y en a aussi dans l'éducation des héritiers ; si bien qu'il n'est pas très rare de voir des familles recevoir le médecin vérificateur comme un petit employé de mairie et se prêter de la plus mauvaise grâce du monde à l'accomplissement de sa fonction. Fonctionnaire, *payé pour cela*, voilà le gros mot. Cela me rappelle un confrère, non médecin de l'état civil, mais médecin du bureau de bienfaisance, qui, appelé auprès d'une femme en couches, fut enfermé dans la chambre par le mari pendant cinq grandes heures, sans autre moyen d'en sortir que de crier par la fenêtre *à l'assassin !*

qu'en pareil cas, ni l'insuffisance de l'alimentation, ni la misère physiologique, ne suffisent à expliquer le développement de la maladie secondaire. En effet, malgré les conditions misérables dans lesquelles vivent un grand nombre des phthisiques, qui sont journellement admis dans les hôpitaux de Paris, le scorbut n'apparaît jamais chez eux comme complication terminale. Il faut donc, même chez les prédisposés, même chez les cachectiques, un ensemble de conditions particulières, dont la réunion est nécessaire pour créer la maladie : cette nécessité est précisément un des caractères qui séparent le scorbut des autres cachexies, et lui donnent cette individualité tranchée qu'on a tenté de lui refuser.

Chez nos trois malades, la dépréciation de l'état général, causée par les affections antérieures, a bien pu entrer en ligne de compte dans les conditions pathogéniques du scorbut; mais les manifestations cutanées ont joué le rôle de causes occasionnelles ayant déterminé l'apparition des accidents en certains points déterminés. C'est là un fait sur lequel l'attention des auteurs ne paraît pas avoir été attirée et qu'il était intéressant de signaler.

Dans les grandes épidémies, où la gravité menaçante et la multiplicité des cas donnent la première place aux questions de traitement et de prophylaxie, cette relation devait passer inaperçue. Dans les épidémies actuelles, au contraire, où la maladie ne se produit que dans des conditions tout à fait spéciales, et ne manque pour ainsi dire jamais de céder à un traitement connu, ces faits peuvent être observés à loisir et prennent un intérêt particulier. Ils montrent comment, au milieu d'une collection d'individus soumis aux mêmes influences générales, certains peuvent être frappés en vertu de conditions pathologiques locales. D'autre part, ils peuvent servir à élucider la nosographie encore assez obscure des affections purpuriques.

Nous avons essayé, dans la relation des faits, de séparer aussi nettement que possible ce qui appartenait aux affections primitives de la peau de ce qui devait être rattaché au scorbut secondaire. Cette distinction nous a semblé, dans les trois cas, très facile à faire. On verra qu'il s'agit, chez nos malades, d'éruptions apparues successivement et ayant conservé, malgré leur juxtaposition, leurs caractères propres et leur évolution personnelle. Ajoutons que, à l'époque où ces malades étaient à l'infirmerie centrale, une quinzaine de scorbutiques avérés se trouvaient en traitement avec eux. Les points de comparaison ne nous manquaient donc pas, et nous pouvions à loisir rapprocher nos malades de types absolument purs de la maladie. Cette comparaison n'a laissé subsister aucun doute pour nous sur l'identité des lésions développées secondairement chez nos malades.

Obs. I. *Scorbut léger, survenu dans le cours d'un érythème noueux; pas d'antécédents arthritiques connus; ecchymoses peu étendues aux jambes; quelques pétéchies; gencives à peine atteintes; un peu d'œdème.* — Le nommé Guibert, tourneur en cuivre, âgé de dix-neuf ans, détenu à la prison de la Santé, entre à l'infirmerie centrale le 25 mai 1883.

C'est un jeune homme assez bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie grave. On ne trouve aucune trace de rhumatisme, ni dans ses antécédents personnels, ni dans ses antécédents héréditaires. Depuis l'âge de seize ans, il a subi dix condamnations. Sa détention actuelle remonte à douze mois. Il est resté pendant les mois de février et de mars dans une cellule du rez-de-chaussée exposée au nord. Il travaillait toujours assis et souffrait beaucoup du froid. Pendant quatre mois, il n'a mangé que la nourriture de la maison, n'ayant pas d'argent pour acheter des aliments à la cantine.

Il y a six semaines, il a commencé à éprouver des douleurs autour des genoux et aux reins, surtout le soir. Quinze jours après, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, sont apparues des taches rouges, un peu saillantes, douloureuses, qui ont persisté jusqu'à son entrée à l'infirmerie. Dans la quinzaine suivante, des taches, en tout semblables aux premières, se sont formées autour des genoux et sur la partie antérieure des jambes. Pendant tout ce temps, le malade souffrait de vives douleurs dans les jointures, il avait un peu de fièvre et son appétit avait diminué.

Au moment de son entrée à l'infirmerie, on constate qu'il existe, en effet, sur les jambes une éruption caractérisée par des taches rouge vif entourées d'un cercle jaune-verdâtre de couleur ecchymotique. Ces taches, arrondies, sont isolées les unes des autres; leur diamètre varie depuis celui d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celui d'une pièce de 2 francs. Elles sont groupées sur la face antérieure du cou-de-pied, autour de la rotule et le long de la crête du tibia. Elles reposent toutes sur une petite masse dure, s'isolant nettement des parties voisines, et donnant la sensation d'une nodosité enchâssée dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces caractères, ainsi que les douleurs articulaires et l'état fébrile signalé par le malade, appartiennent manifestement à l'érythème noueux, et il n'est pas douteux que le malade n'ait été atteint de cette affection au début des accidents actuels. Mais il est venu s'y joindre, depuis quelques jours, des phénomènes particuliers, étrangers à l'érythème et ne pouvant relever que du scorbut. Il s'agit donc d'un scorbut secondaire. En effet, un certain nombre, la moitié au moins, des nodosités que nous avons décrites étaient le siége d'hémorrhagies récentes, dont la teinte violacée contrastait avec les couleurs rouge et verdâtre de l'érythème. Ces suffusions sanguines occupaient le pourtour des papules érythémateuses; elles étaient irrégulièrement distribuées, déchiquetées sur leurs bords, et ne s'accompagnaient d'aucune espèce de tuméfaction dépassant les limites des nodosités primitives. Celles-ci avaient conservé leur forme et leur couleur, sauf dans les points où la teinte violacée des hémorrhagies récentes était venue la masquer. Il était manifeste que ces dernières s'étaient produites longtemps après l'érythème noueux et d'une manière indépendante, puisqu'elles n'avaient ni la même distribution, ni les mêmes limites, ni la même coloration, et qu'elles ne s'accompagnaient d'aucune induration leur appartenant en propre. En même temps on trouvait sur les jambes les petites ecchymoses des bulbes

---

Il arrive quelquefois que les familles grincheuses se répandent en injures dans la rue ou dans un journal de la localité. C'est une bonne chance pour le médecin à qui l'on ouvre ainsi une voie légale pour remettre les gens à leur place et leur ôter l'envie de recommencer. C'est à quoi n'avait pas pensé un ami du genre épistolaire qui, tout récemment, dans une feuille de province, *s'indignait* de la *grossièreté* et de la *conduite révoltante* d'un médecin vérificateur des décès. Notre confrère assigna en police correctionnelle le gérant du journal et l'auteur de l'article. Là des témoins, parmi lesquels trois maires de la commune, vinrent témoigner de la considération dont jouit le docteur L...; et en fin de compte le gérant fut condamné à huit jours de prison, l'auteur de la lettre à 50 francs, et tous deux solidairement en 2000 francs de dommages-intérêts et quatre insertions au choix de la partie civile.

— Une des pages de la couverture de la *Gazette hebdomadaire* se fait un plaisir d'indiquer, quand on veut bien l'en aviser elle-même, les postes médicaux disponibles. Mais elle ne sait pas tout, votre gazette, et puis ses annonces sont bien sèches et ressemblent fort à celles des bureaux de placement : « On demande un caissier, telle rue, tel numéro. » Si vous connaissez quelque jeune docteur sans asile, vous ferez mieux de l'adresser au rédacteur en chef du *Pays*. « J'ai besoin, écrit-il à un ami, dans le Gers, à Plaisance, chef-lieu de mon canton, d'un médecin, homme jeune, intelligent et impérialiste militant. Il y jouirait d'une situation agréable et rémunératrice. Demandez donc aux vaillants Corses, vos abonnés, s'ils ne connaîtraient pas un de leurs compatriotes qui consentirait à venir se fixer chez moi. » On voudrait un Corse, il est vrai ; mais on n'en a pas toujours sous la main. Si vous teniez un Champenois ou un Limousin, peut-être auriez-vous chance de le faire accepter. En tous cas, vous comprenez bien ce dont il s'agit : se procurer un impérialiste pour faire de la médecine, ou un médecin pour faire de l'impérialisme.

pileux, si souvent signalées dans le scorbut; ces pétéchies étaient rares, probablement à cause du développement peu considérable du système pileux chez le malade, mais elles étaient très caractéristiques.

En dehors des points que nous venons de signaler, il n'existait à la surface de la peau aucune tache ecchymotique, mais le tissu cellulaire sous-conjonctival des deux côtés était le siège d'une suffusion sanguine occupant la totalité du globe de l'œil et s'étendant même, surtout à gauche, au tissu cellulaire des paupières inférieures. Ces ecchymoses, d'un rouge vif, entouraient complètement les deux cornées, en donnant lieu à un certain degré de chémosis, aussi le malade avait-il une physionomie étrange qui attirait forcément l'attention. Du reste, la vision était intacte, et le jeu des paupières se faisait librement. Le malade ne s'était pas aperçu du moment où s'était produit le raptus hémorrhagique, et il n'éprouvait qu'une gêne tout à fait insignifiante, due à un léger degré d'hypercrinie conjonctivale.

Les gencives étaient légèrement tuméfiées, un peu bourgeonnantes au niveau des incisives inférieures. La sertissure des dents offrait une teinte violacée, et toute la muqueuse buccale était un peu enflammée.

Après quelques jours de repos et do régime, les douleurs et les altérations gingivales disparurent. L'éruption des jambes se modifia de manière à montrer encore plus nettement qu'au début l'indépendance relative de l'érythème et des hémorrhagies scorbutiques. Au bout d'une quinzaine de jours, les nodosités se résolvaient graduellement, la coloration rouge et verdâtre, qui les recouvrait, s'effaçait, tandis que les ecchymoses violacées persistaient et ne se résorbaient que trois semaines environ après la disparition des traces de l'érythème.

Les pétéchies des bulbes pileux suivaient la même marche et les suffusions sanguines sous-conjonctivales disparaissaient aussi sans donner lieu à aucun accident.

Au moment de l'entrée de G... à l'infirmerie, on trouvait de chaque côté du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, une série de ganglions légèrement tuméfiés et un peu douloureux à la pression. Ces ganglions, développés pendant la durée de sa détention, comme chez un grand nombre de prisonniers, sont revenus graduellement à leur volume normal sous l'influence du régime de l'infirmerie.

A la fin du mois de juillet, toute trace d'ecchymoses et de papules avait disparu de la surface des jambes, les conjonctives avaient encore une légère teinte jaunâtre, dernier vestige de l'épanchement sanguin sous-muqueux, si abondant au début. L'état général était satisfaisant, et G... ne se plaignait plus que de quelques douleurs qui avaient reparu au niveau du genou et du cou-de-pied.

Le 3 août, il sortait complètement guéri.

Obs. II. *Scorbut et syphilis; syphilides papulo-squameuses des jambes, compliquées d'ecchymoses scorbutiques; peu de pétéchies; pas d'altération des gencives; œdème des pieds; périostose syphilitique.* — Le nommé B..., âgé de trente-cinq ans, négociant (?), détenu à la prison de la Roquette, entre à l'infirmerie centrale le 28 juin 1883.

C'est un homme d'apparence assez vigoureuse, bien qu'il soit très amaigri. L'année dernière il a passé trois mois à Mazas, et a eu pendant cette première détention des douleurs persistantes aux jambes, et en différents points du corps des taches rouges, sur la forme et la dimension desquelles il s'explique assez mal.

Il est entré à la prison de la Roquette après deux mois de prévention à Mazas; il avait quelque argent, et s'est toujours assez bien nourri; mais il a souffert du froid. Au mois de février dernier il a eu une éruption de taches rouges sur le front, en même temps il avait des croûtes sur la tête, et il perdait les cheveux en grande quantité. Ces accidents, ainsi que ceux qui s'étaient produits l'année précédente, se rattachent probablement à la syphilis que le malade a contractée peu de temps avant sa première détention.

Quelques jours après son entrée à la Roquette, au commencement de mars, il s'aperçut que ses jambes étaient couvertes de boutons d'une couleur violacée, faisant saillie à la surface de la peau et ne donnant lieu à aucun écoulement. On lui donna des bains et de l'iodure de potassium, mais les taches ne disparurent pas, et au bout d'une huitaine de jours il commença à avoir les pieds enflés. L'œdème augmentait beaucoup pendant la marche et montait jusqu'à la partie moyenne des jambes.

Aujourd'hui on trouve, au niveau de la face interne des tibias, une série de papules arrondies de la largeur d'une pièce de 1 franc environ, à bords mal délimités, d'une couleur rouge-violet, ne s'effaçant à aucun degré sous la pression du doigt, assez douloureuse au toucher. Les deux pieds sont le siège d'un œdème rénitent, qui occupe les deux malléoles et s'accompagne d'une coloration brunâtre de la peau.

Au-dessous de la malléole externe gauche, on découvre une tache ecchymotique non papuleuse, de forme irrégulière, très nettement différente des taches saillantes et arrondies qui existent à la face antérieure des jambes. A droite, dans le point correspondant, on trouve une petite ecchymose de même aspect. A la face interne du genou droit, il existe également une ecchymose violette de la largeur de la paume de la main, ne s'accompagnant d'aucune saillie à la peau.

Il n'y a pas de pétéchies au niveau des bulbes pileux, qui paraissent peu développés, la peau du malade étant presque entièrement glabre. Les gencives sont un peu tuméfiées, violacées sur leurs bords, mais elles n'ont jamais été saignantes ni douloureuses.

Au bout d'une huitaine de jours, pendant lesquels le malade est soumis au régime ordinaire des scorbutiques, auquel nous ajoutons 2 grammes d'iodure de potassium par vingt-quatre heures, l'œdème des jambes a presque entièrement disparu; les deux ecchymoses de la malléole externe gauche et du genou droit ont pris une teinte soufrée et sont en train de s'effacer. L'état général est meilleur, et le malade a repris un peu d'embonpoint. Mais les taches papuleuses de la face antérieure des jambes persistent presque sans modification, elles sont seulement un peu moins douloureuses, et les macules ecchymotiques dont elles s'accompagnaient ont disparu pour faire place à une teinte franchement cuivrée.

Quelques jours plus tard, le malade se plaint de douleurs profondes aux deux jambes, et indique comme foyer maximum la partie moyenne de la face interne des tibias. A ce niveau, on constate une tuméfaction profonde résultant manifestement de la présence de périostoses en voie de développement. La dose d'iodure de potassium est portée à 4 grammes, et on applique sur les régions douloureuses de larges morceaux d'emplâtre de Vigo.

— Tout à l'heure, cher confrère, en faisant une marge à mon papier blanc, je me réjouissais du grand nombre de sujets dont j'aurais à vous entretenir aujourd'hui. Je voulais, en terminant, me divertir un peu avec vous de la théâtrale « démonstration » dont la ligue contre la vivisection vient de gratifier les Parisiens. Je ne puis vous en dire qu'un mot. Théâtrale deux fois, cette démonstration; car elle a eu lieu au *théâtre des Nations* et elle était à grand spectacle, avec huit tableaux. Ces tableaux étaient obtenus à l'aide de projections représentant les principaux instruments de torture à l'usage des Torquemada de la physiologie. Il y a eu des frémissements d'horreur, probablement des syncopes. Je ne crois pourtant pas qu'aucune dame ait accouché séance tenante. On pourrait causer longtemps là-dessus, surtout en prenant le sujet par le côté philosophico-religioso-politique où se sont plu conférenciers et conférencières. Mais, lecteur assidu de la *Gazette*, vous savez qu'elle a émis à plusieurs reprises sur cette question des vues naturellement pleines de bon sens. Le tout ici est de se défier des exagérations; or les idées des antivivisecteurs, principalement lorsqu'ils sont réunis, sont un peu comme leurs projections: elles agrandissent les choses.

Les jeunes convalescentes. — L'administration municipale vient d'accorder une subvention de 1500 francs à une œuvre des plus utiles, celle des Jeunes convalescentes. Son but est la fondation, à la campagne, d'une maison de convalescence où sont admises gratuitement, pendant le temps nécessaire à la consolidation de leur santé, les jeunes filles sortant des hôpitaux de Paris qui, à la suite d'une maladie grave, ont besoin du grand air. Cette maison qui, à son début, ne possédait que seize lits, dispose actuellement d'un nombre de quatre-vingts.

Huit jours après, les douleurs ont à peu près disparu, ainsi que la tuméfaction de la face interne des tibias. Les parties couvertes par l'emplâtre présentent une teinte érythémateuse uniforme; les taches papuleuses qui existaient à ce niveau sont beaucoup plus modifiées que celles qui n'ont pas été couvertes par le topique. Leur saillie a presque entièrement disparu, et leur coloration s'est notablement atténuée.

Le 1er août, B... est mis en liberté; il ne présente plus trace de manifestations scorbutiques, et les accidents syphilitiques, dans le cours desquels celles-ci s'étaient montrées, sont en train de disparaître.

Obs. III. *Scorbut léger; tuberculose pulmonaire; syphilis; ecthyma des jambes: ecchymoses au niveau de plusieurs bulles ecthymateuses, ecchymoses isolées, peu de pétéchies, gencives légèrement atteintes, un peu d'œdème.*—Le nommé C..., domestique, âgé de trente-trois ans, entre à l'infirmerie centrale le 4 juillet 1883.

C'est un homme d'apparence chétive; en 1869, il a été traité pour une bronchite tuberculeuse, pendant laquelle il a craché le sang à plusieurs reprises. Depuis cette époque il n'a pas cessé de tousser. A deux reprises, il a été obligé de s'aliter pendant plusieurs mois. Cependant, depuis 1877, sa santé générale a été assez bonne. Il a des antécédents syphilitiques manifestes.

C... a été arrêté le 24 février; il a fait un séjour d'un mois à la prison de Versailles, puis il a été renvoyé à Mazas, où il est resté trois mois en cellule. Pendant le dernier mois de sa prévention, il a eu quelques troubles digestifs et a maigri beaucoup. Il ne recevait rien du dehors et trouvait sa ration suffisante.

Il y a trois semaines, il a vu apparaître à la face interne des jambes une éruption bulleuse discrète; les points atteints, au nombre d'une quinzaine, se couvraient, au bout de deux ou trois jours, de croûtes humides, qui ne se détachaient que pour se renouveler bientôt. Cette éruption s'accompagnait de quelques douleurs et d'un peu d'œdème.

A la fin du mois de juin, C... était condamné, envoyé à la prison de la Roquette, et, après quatre jours, transféré à l'infirmerie centrale.

Au moment de son entrée, nous constatons des signes manifestes de tuberculose plus marqués au sommet droit, où on entend des gargouillements et un souffle indiquant la présence d'une caverne. De chaque côté du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, on trouve deux paquets ganglionnaires volumineux. Sur les jambes, on découvre une éruption croûteuse discrète ayant toutes les apparences de l'ecthyma arrivé à une période avancée de son évolution.

Dans les points où les croûtes sont tombées, la peau a encore une teinte violacée et est le siège d'une desquamation lamelleuse. A ces caractères ordinaires viennent se joindre en cinq points, trois sur la partie antérieure de la jambe droite et deux sur la partie antérieure de la jambe gauche, de petites suffusions sanguines ecchymotiques dépassant les limites de la bulle ecthymateuse primitive, et paraissant s'être produites longtemps après. De plus, au niveau de chacune des deux malléoles externes, on trouve une ecchymose violacée de la largeur d'une pièce de 5 francs indépendante de toute lésion antécédente.

A la partie antérieure des cuisses, on voit un certain nombre de pétéchies occupant les bulbes pileux. Il y a un peu d'œdème rénitent des malléoles.

Les gencives sont rouges, un peu tuméfiées et douloureuses, mais les dents ne sont nullement ébranlées. En somme, à côté d'une éruption ecthymateuse, se sont produites des suffusions sanguines, les unes superposées en quelque sorte à l'ecthyma, les autres isolées. L'apparition de ces ecchymoses a été précédée d'une sensation de fatigue extrême et de douleurs vives aux jambes. Il y a quelques pétéchies, de l'œdème dur des malléoles, les gencives sont un peu altérées. Dans les conditions où nous nous trouvons placés en ce moment, ces lésions ne nous paraissent pouvoir être attribuées qu'au scorbut.

L'évolution des accidents montre, du reste, l'indépendance de l'éruption ecthymateuse et de l'éruption purpurique. Pendant que le premier persiste longtemps et ne s'efface que peu à peu, en laissant des taches pigmentaires, les ecchymoses disparaissent rapidement, en même temps que les pétéchies et l'œdème, sous l'influence du traitement ordinaire.

A partir du 1er août, il n'y a plus trace de manifestations scorbutiques. Les macules consécutives à l'ecthyma persistent encore sur les jambes, et, si le malade reste encore à l'infirmerie, c'est à cause des lésions tuberculeuses pulmonaires et ganglionnaires que nous avons constatées chez lui, et qui n'ont pas subi de modifications importantes.

On voit que, chez nos trois malades, des affections cutanées, parfaitement caractérisées, ont précédé l'apparition des ecchymoses scorbutiques. Celles-ci se sont développées d'abord dans les points de la peau déjà altérés, puis dans des régions voisines. Les affections sur lesquelles le scorbut est ainsi venu se greffer sont : l'érythème noueux, la syphilis tertiaire de la peau et l'ecthyma. Dans le premier cas, ses manifestations ont survécu à la disparition des lésions érythémateuses. Dans les deux autres, l'éruption scorbutique avait déjà complètement disparu, alors que la syphilis et l'ecthyma entraient à peine en voie de guérison.

Celle-ci est toujours survenue rapidement, les manifestations scorbutiques ayant été, dans les trois cas, extrêmement légères, et ayant cédé aussitôt que les malades se sont trouvés placés dans des conditions hygiéniques meilleures et ont été soumis à un traitement approprié. A ce point de vue, ces malades ont, malgré leurs antécédents pathologiques, participé au caractère bénin de l'épidémie dont nous avons été témoin. Peut-être, chez eux, les manifestations du scorbut ont-elles été si peu graves parce que l'existence d'une affection cutanée antérieure avait déjà éveillé leur attention, et qu'ils ont attendu moins longtemps que d'autres pour venir chercher à l'infirmerie des soins appropriés.

Cependant les signes observés nous ont paru assez caractéristiques pour ne laisser aucun doute sur la nature scorbutique des accidents que présentaient nos malades. Il est vrai que les lésions gingivales ont été nulles dans un cas et très peu marquées dans les autres, que l'œdème a été restreint dans les trois cas, et que l'éruption pétéchiale des bulbes pileux a été très discrète; mais il est certain que si ces malades n'avaient pas été soustraits aux conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles ils étaient placés, ces différents accidents se seraient aggravés successivement, et que le tableau pathologique serait devenu plus complet et plus sombre. En raison de la provocation causée par la présence d'une affection cutanée antérieure, les ecchymoses ont ouvert la scène au lieu d'être précédées par les pétéchies; elles ont donné l'éveil, et par là même soustrait le malade aux influences fâcheuses qui pesaient sur lui, le régime a été modifié, et la maladie s'est trouvée enrayée dès le début.

Nous avons, du reste, remarqué d'une manière générale que les diverses manifestations du scorbut se montraient chez chaque malade avec une intensité très inégale, et nous avons, le plus souvent, trouvé des raisons locales, expliquant la prédominance du symptôme le plus marqué. Ainsi les lésions des gencives étaient, sans aucun doute, plus précoces et plus profondes chez les malades dont les dents étaient depuis longtemps en mauvais état, et qui ne prenaient aucun soin de leur bouche. Les pétéchies, rares et peu développées chez les individus à peau glabre et nette, prenaient, au contraire, une extension énorme chez ceux dont le système pilo-sébacé était très abondant, et surtout chez ceux dont la peau, sale, rugueuse, présentait un certain degré de lichen pilaris. Les premières ecchymoses siégeaient presque toujours au niveau des malléoles, au point où s'exerce la pression des sabots portés par les détenus.

Il y a là une série d'influences spéciales tout à fait comparables à celle qui a présidé à l'apparition précoce des ecchymoses et à leur localisation particulière chez les trois malades dont nous venons de rapporter l'histoire. Ces faits montrent donc que, dans l'évolution du scorbut, il faut tenir un grand compte des conditions locales qui peuvent favoriser le développement des lésions cutanées ou gingivales. Au point de vue pratique, elles montrent l'influence des soins de propreté qui peuvent, en améliorant l'état de la peau et de la bouche, supprimer ces provocations et retarder ainsi l'appa-

rition des manifestations scorbutiques chez des sujets prédisposés par leur hygiène générale.

Ces trois observations viennent aussi à l'appui de l'opinion qui fait du scorbut une maladie autonome et tend à le séparer des cachexies d'origine plus ou moins obscure, accompagnées d'hémorrhagies à la peau.

En effet, bien qu'il s'agisse de cas où la maladie a été légère, nous trouvons les caractères essentiels du scorbut suffisamment indiqués pour ne laisser aucun doute. Nous ne reviendrons pas sur l'énumération de ses caractères; mais nous pensons que jamais les malades atteints de purpura hémorrhagique simple ou de la maladie de Werlhoff aient présenté en même temps, dès les premiers jours, des ecchymoses étendues, des pétéchies des bulbes pileux, de l'œdème dur et des altérations gingivales sans que ces lésions aient été précédées d'aucune hémorrhagie. A ce point de vue, nous nous rangeons à l'avis de notre vénéré maître, M. Lasègue, qui, ayant observé dans le même milieu que nous, séparait nettement le scorbut des affections voisines, et écrivait : « Le scorbut n'a pour nous aucune solidarité avec les affections qui s'en rapprochent, mais qu'on n'est pas autorisé à confondre avec lui. Il est ou il n'est pas, et, comme on ne l'observe pas avec ses caractères distinctifs chez les individus isolés, nous ne croyons pas à l'existence d'un scorbut sporadique. »

Les faits que nous avons observés nous ont laissé la même impression, et nous pensons que la relation de l'épidémie que nous venons de suivre à l'infirmerie centrale des prisons contribuera à établir l'exacte délimitation de cette entité morbide, même dans ses formes les plus légères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Recherches sur le cancer encéphaloïde, par M. *C. Sappey*. — Ces recherches ont pour but de démontrer que le cancer encéphaloïde reconnaît pour cause une altération profonde des globules blancs du sang. Cette altération est d'abord essentiellement locale. Mais, en traversant le foyer primitif de la maladie, les globules blancs du sang s'altèrent, dégénèrent et prennent ensuite trois directions différentes. Les uns sortent des capillaires sanguins, se déposent sur le point malade et deviennent le centre de formation d'une tumeur dont la tendance est de s'accroître indéfiniment. D'autres se portent vers les ganglions, qui subissent bientôt une dégénérescence secondaire. D'autres restent dans le sang veineux et propagent le cancer dans toutes les parties de l'économie. Soit que l'on considère le cancer à son début, soit qu'on le considère pendant la durée de son évolution ou dans la dernière période de son développement, ce sont donc toujours ces globules blancs dégénérés qui apparaissent sur la scène et qui jouent le rôle principal.

L'auteur entre ensuite dans des descriptions minutieuses propres à démontrer l'exactitude de ses propositions. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Sur la destruction et l'utilisation des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses et notamment du charbon. Note de M. *Aimé Girard*. — M. Darreau a adressé récemment à l'Académie une réclamation de priorité au sujet de recherches que l'auteur lui avait soumises, un mois auparavant, sur la destruction et l'utilisation agricole des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses et notamment du charbon. M. Girard répond à cette réclamation. Un de ses homonymes, M. A.-Ch. Girard, à propos de la solubilisation si prompte des cadavres entiers dans l'acide sulfurique, écrivait en 1881 : « ... Et c'est ce procédé que, depuis dix ans, et en le ramenant aux conditions les plus simples, M. Aimé Girard préconise, tant au Conservatoire des arts et métiers qu'à l'Institut agronomique. » « Ce procédé, ajoute M. Aimé Girard, je l'ai appliqué au traitement des cadavres des animaux charbonneux aussitôt que M. Pasteur eut démontré les dangers de l'enfouissement. » (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Dosage du chloroforme dans le sang d'un animal anesthésié. Note de MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — Le principe fondamental de la méthode repose : 1° sur la distillation du sang dans le vide, permettant d'obtenir le chloroforme en solution et en vapeur; 2° sur la propriété que possède ce dernier de réduire d'une manière indirecte la liqueur cupropotassique, lorsqu'on agit à la température de 100 degrés. Pour atteindre le but, il suffit d'extraire l'agent anesthésique par la distillation du sang, de soumettre une quantité connue de liquide distillé et chloroformé à l'action de la chaleur en présence d'un volume tel de liqueur de Barreswil que celle-ci soit réduite sans qu'il y ait excès ni de chloroforme ni de liqueur. Comparant ensuite la quantité de liqueur décolorée à celle que réduit une quantité déterminée de chloroforme en solution titrée, on arrive par une simple proportion à connaître la quantité de chloroforme contenue dans les liquides distillés, et partant la proportion que renferme un volume donné de sang. De leurs sept expériences, les auteurs concluent que la dose *anesthésique* est de 1 gramme de chloroforme pour 2 litres de sang environ ou 1/2000.

D'autres analyses multiples leur ont également montré que la *dose mortelle* est excessivement voisine de la *dose anesthésique*, ce qui est un danger dans la chloroformisation.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Marty*, pharmacien major en chef à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, envoie un travail sur la crémation.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A. Corradi* (de Pavie), le tome V des *Actes de la Société italienne d'hygiène* et une brochure reproduisant *trois lettres des anatomistes Aranzio, Canano et Fallopia*; 2° de la part de M. le docteur *Farmha*, une brochure sur *divers sujets d'hygiène publique intéressant la ville de Rio-de-Janeiro*.

M. *Bouley* présente, au nom de M. *Degive*, professeur à l'École vétérinaire de Cureghem-lez-Bruxelles, un mémoire manuscrit, relatant de nouvelles expériences sur l'*inoculation préventive de la pleuro-pneumonie contagieuse par injection intraveineuse*. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. *Goubaux, Leblanc* et *Bouley*.

M. *Fauvel* dépose le tome II des *Comptes rendus du congrès international d'hygiène et de démographie à Genève en 1882*.

M. *Larrey* offre, au nom de M. le docteur *Burdel* (de Vierzon), correspondant national, deux brochures ayant pour titres : *La vigne et le vin, manuel du planteur de vignes dans les terrains pauvres et spécialement dans la Sologne* et *Étude générale sur les eaux potables en Sologne au point de vue de l'hygiène*.

M. *Hardy* présente, de la part de M. le docteur *H. Jouraez*, un *Rapport* imprimé *sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Liège pendant le premier trimestre de 1883*.

Hygrodermométrie. — M. le docteur *Collongues* lit un mémoire sur l'hygrométrie médicale, à propos de la présentation d'un instrument propre, suivant l'auteur, à mesurer les fonctions sudorales de la peau. — Le mémoire de M. le docteur Collongues est renvoyé à l'examen de MM. Vulpian, Gavarret et Gariel.

Physiologie de la locomotion. — M. *Giraud-Teulon* réplique à la communication de M. le professeur Marey dans l'avant-dernière séance. Il conteste entièrement la nouvelle théorie émise par celui-ci pour expliquer la séparation du corps et du sol dans l'acte du saut, lorsqu'il admet que cette séparation peut être produite par un simple abaisse-

ment du corps, sans ressaut ni détente musculaire. M. Marey en effet a cherché à établir dans l'acte du saut deux formes très distinctes et le mécanisme lui en paraît différent suivant que l'acte préparatoire, la flexion préalable ou l'accroupissement, sera lent ou rapide; il croit que dans le premier cas les pieds n'abandonneront pas le sol, tandis que, si la flexion est rapide, les pieds s'en séparent. Par contre, M. Giraud-Teulon, examinant les rapports mutuels théoriques des forces en présence, c'est-à-dire les effets opposés de l'action des fléchisseurs et de la pesanteur, et recherchant avec soin les divers actes de ces mouvements, déclare que l'objectif évident des efforts constatés dans tous les cas est de conserver toujours au tronc un appui direct sur le sol en opposition avec la valeur de la force accélératrice qui l'entraîne de haut en bas; les pieds quittent si peu le sol, qu'on éprouve plutôt, à la fin d'un saut rapide, comme la sensation d'une pesée, d'une adhérence plus grande au sol; de fait, l'appui sur celui-ci n'est-il pas une des conditions de l'attitude accroupie, tout aussi bien que pour la station droite? M. Giraud-Teulon prétend, d'autre part, que l'observation directe des faits montre bien l'application de ces idées théoriques et qu'on ne saurait ni ressentir ni constater, dans l'acte du saut, la moindre séparation du corps et du sol, en même temps que, si les sauts sont répétés, il survient un endolorissement persistant plus ou moins longtemps, dans les extenseurs et leurs attaches. Faisant alors allusion aux procédés expérimentaux inspirés par M. Marey, il déclare enfin que le saut physiologique ne s'exécute ni sur un dynamomètre ni sur un tremplin élastique, mais sur le sol ferme; ce n'est guère qu'en sautant à l'imitation des danses des anciens sur une outre à demi pleine (sorte de dynamomètre aussi) que l'on pourrait imaginer qu'un simple mouvement de haut en bas, brusquement suspendu, pût donner lieu, par réaction élastique, à une projection de bas en haut; cette réaction remplacerait alors le ressaut musculaire; « mais supposer, dit-il, qu'on puisse obtenir d'un sol ferme ce même résultat, qu'en abaissant, sans plus, le corps, il puisse être renvoyé en l'air, voilà qui nous confond. »

M. *Marey* maintient ses explications et invite son contradicteur à s'assurer par lui-même de leur réalité, en assistant aux expériences pratiquées à cet effet à la station physiologique du Parc-aux-Princes; « vouloir se passer de dynamomètre dans de telles études, ajoute-t-il, ce serait vouloir apprécier des poids sans se servir d'une balance. »

M. *Giraud-Teulon* se réserve d'étudier des faits précis et de ne discuter que sur des éléments tangibles, les seuls compatibles avec la difficulté et la précision de tels problèmes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

Correspondance. — Tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche.— Observation de taille hypogastrique. — Angiome pulsatile de la région temporale.

M. *Verneuil* offre à la Société une brochure sur la consolidation des fractures chez les diabétiques.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation de M. Dardignac : « Tumeur dermoïde du plancher de la bouche, » et sur une autre observation du même médecin : « Névralgie de la branche ophthalmique du trijumeau, avec zona ophthalmique. » L'auteur se demande si, dans les cas de douleurs violentes, l'élongation du nerf nasal externe ne serait pas indiquée, puisque cette élongation a donné de bons résultats à M. Bordal contre les douleurs ciliaires rebelles.

— M. *Després* communique une observation de taille hypogastrique. Un homme de vingt et un ans souffrait depuis longtemps dans les reins; urines purulentes. M. Després constata la présence d'un calcul énorme dans la vessie (ce calcul pesait 145 grammes). La taille hypogastrique fut pratiquée en juin dernier. Le chirurgien employa le procédé de Rousset, le premier chirurgien français qui ait fait cette opération. Un tube à drainage fut passé dans l'urèthre d'arrière en avant.

Pendant la convalescence, le malade eut plusieurs accès d'inflammation rénale; il est aujourd'hui définitivement guéri. M. Després conseille d'inciser largement la paroi abdominale, et d'aller à la recherche de la vessie; s'abstenir d'injection viscérale et de ballon rectal. L'opération fut facile. Aujourd'hui les chirurgiens ont tendance à diminuer l'incision de l'abdomen pour ne pas blesser le péritoine.

La vessie n'est jamais absolument pleine ni absolument vide; il y a toujours de l'urine dans la vessie. Sur cinq cadavres, M. Després est entré quatre fois d'emblée dans la vessie. Le cinquième sujet était mort d'ascite, et avait probablement de l'anurie. Il y a toujours au moins un verre à bordeaux d'urine dans la vessie, et cet organe remonte suffisamment au-dessus du pubis pour pouvoir être atteint par le bistouri. L'ouraque s'épanouit en éventail sur la vessie. Quand la vessie ne contient presque pas de liquide, on peut encore l'atteindre, parce qu'elle se vide comme l'intestin, ayant des fibres longitudinales.

Avant d'arriver sur la vessie, on aperçoit les veines épigastriques. L'incision sera faite sur toute la hauteur des muscles pyramidaux (7 à 9 centimètres); c'est l'incision de la ligne blanche. On cherche ensuite les deux veines, et on arrive à l'ouraque. On incise la vessie selon le volume du calcul; cette incision sera agrandie haut et bas avec des ciseaux. Le calcul extrait par M. Després avait 7 centimètres de diamètre.

Giraldès disait que la taille hypogastrique était la moins meurtrière de toutes les tailles. Suberbielle faisait la taille hypogastrique à tous ses calculeux, et il obtenait 29 guérisons sur 30 opérations.

M. *Périer*. Si M. Després avait fait sur le cadavre des expériences comparatives de taille avec injection préalable dans la vessie, ou application du ballon rectal, il aurait pu juger plus complètement la question, et voir que l'injection et le ballon permettaient d'arriver plus facilement à la vessie.

M. *Lucas-Championnière*. La taille hypogastrique doit remplacer la taille périnéale, et, quand le chirurgien n'est pas exceptionnellement habile dans la lithotritie, cette dernière opération devra aussi être remplacée par la taille hypogastrique.

Les chirurgiens actuels ont une tendance à agrandir l'incision abdominale et non à la diminuer. S'il y a des sujets chez lesquels on entre facilement dans la vessie, il y en a d'autres où on y arrive difficilement; tandis qu'avec l'injection dans la vessie et le ballon rectal, on arrive toujours facilement. Amussat disait qu'il faut arriver dans la vessie sans fouiller. Enfin il y a des vessies qui ne retiennent pas l'urine, quoi qu'en dise M. Després.

M. *Marc Sée*. Le péritoine descend plus ou moins, selon les sujets; M. Després n'en tient pas compte. Le muscle pyramidal n'existe pas toujours, et, quand il existe, sa longueur est très variable; ce n'est donc pas un bon point de repère.

M. *Després*. Le muscle pyramidal manque très rarement; il a 5 ou 6 centimètres de hauteur; cela doit être l'étendue de l'incision.

— M. *Poulet* lit une observation intitulée : « Angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille; ligature des troncs artériels afférents et injections coagulantes; insuccès. Guérison par l'extirpation. »

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Rejet des liquides par la plaie trachéale à la suite de la trachéotomie, par le docteur Lalesque.

A l'occasion d'un cas de sa pratique sur lequel il donne des renseignements circonstanciés, et où une heureuse terminaison ne permit pas d'asseoir sûrement le diagnostic anatomique, l'auteur passe brièvement en revue les conditions dans lesquelles on voit se produire le passage des liquides à travers la plaie trachéale à la suite de la trachéotomie. Ces conditions sont au nombre de quatre : 1° la blessure de l'œsophage; 2° la production d'une ulcération trachéo-œsophagienne; 3° la paralysie diphthéritique; 4° l'incoordination fonctionnelle des muscles du larynx et du pharynx. Tout, dans l'observation de M. Lalesque, faisait croire à l'existence d'une de ces ulcérations trachéo-œsophagiennes que produit assez fréquemment, on le sait, une canule pressant sur des tissus altérés par la maladie même qui a nécessité l'opération. L'enfant avait rendu par la plaie des lambeaux de tissu sphacélé. Cependant les liquides ingurgités tombaient « à plein flot et de haut en bas, verticalement, dans la plaie trachéale ». Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans le cas de perforation ulcéreuse. Ajoutons tout de suite que l'hypothèse a été définitivement écartée par la marche des accidents et leur cessation au bout de dix jours. S'agissait-il d'une paralysie diphthéritique, permettant l'entrée directe des liquides dans la trachée? Mais le rejet des liquides s'était montré le huitième jour, et nous venons de dire qu'il avait disparu le dix-huitième; c'est commencer bien tôt et finir bien tard pour une paralysie diphthéritique. En définitive, l'auteur se rattache à l'hypothèse de l'incoordination entre les mouvements respiratoires et le second temps de la déglutition, phénomène indiqué par Trousseau et mieux étudié depuis par Archambault. Le liquide introduit dans le pharynx, s'il n'est pas avalé avant l'inspiration, est appelé par celle-ci dans la trachée à la période de la maladie où le larynx n'est plus oblitéré par les fausses membranes, ce qui est en rapport avec la date de l'apparition des accidents chez le petit opéré de M. Lalesque.

Contre ce genre de dysphagie, la thérapeutique manque un peu de ressources. La sonde œsophagienne n'est ni d'un emploi commode chez les enfants, ni exempte de danger chez un sujet dont la canule peut ou se déplacer pendant les mouvements provoqués par le cathétérisme, ou être heurtée à travers les tissus par la sonde elle-même. M. Lalesque a eu recours au moyen recommandé tout particulièrement par Archambault dans l'article Croup du *Dictionnaire encyclopédique*, c'est-à-dire aux lavements nutritifs; ce fut le moyen exclusif d'alimentation pendant dix jours. (*Journal de médecine de Bordeaux*, août 1883.)

Note sur la paralysie générale prématurée, par le docteur Régis.

L'âge mûr (de quarante à quarante-cinq ans) est l'âge privilégié de la paralysie générale, et M. Luys a montré dans le développement progressif et la consistance croissante de la névroglie des centres nerveux une sorte d'*état préparatoire physiologique* aux altérations anatomiques qui sont propres à cette espèce de paralysie. On l'a observée néanmoins chez des sujets âgés de moins de quarante, de trente, même de vingt-cinq ans. Dans un cas, cité par Turnbull, le sujet, âgé seulement de dix-huit ans, aurait éprouvé les premiers symptômes du mal dès l'âge de douze ans. Il faut prendre garde d'ailleurs que, chez certains individus, la paralysie générale précoce peut être l'effet de l'alcoolisme. Pour sa part, M. Régis, sur 317 paralytiques généraux observés par lui, en a rencontré un âgé de vingt-quatre ans et un âgé de vingt-cinq ans : le premier avait été traité de la syphilis; le second était sous le coup d'une prédisposition héréditaire. Pour lui, le seul cas bien authentique de paralysie générale vraie, considérée comme une déviation du processus anatomique signalé plus haut, et offrant tous les symptômes classiques de la maladie, est celui qui a été l'occasion de son mémoire, et qui lui a été montré, à l'asile du Bouscat-Bordeaux, par le docteur Desmaisons. Le sujet n'avait que vingt et un ans, et les premiers symptômes remontaient à deux ans (il y avait quelques antécédents héréditaires). Affaiblissement intellectuel profond, *optimisme morbide* (sans délire ambitieux proprement dit), faiblesse musculaire généralisée et progressive, embarras de parole très marqué, inégalité des pupilles, évacuations involontaires, etc., rien ne manquait au tableau. C'est donc une observation extrêmement intéressante. (*Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, t. II. — Paris, 1883. Imprimerie nationale.

Nous devons à notre confrère, M. Vallin, secrétaire du comité consultatif d'hygiène, une innovation libérale qui permettra désormais de mieux connaître les documents qui jadis restaient entre les mains des administrateurs et des fonctionnaires dépendant du ministère du commerce et n'étaient point communiqués au public par la voie des journaux. En obtenant qu'une plus grande publicité soit donnée aux divers rapports relatifs aux services sanitaires extérieurs, aux épidémies, endémies et maladies contagieuses, ou bien aux diverses questions d'hygiène qui sont soumises au comité consultatif, M. Vallin a rendu service à tous ceux que ces questions intéressent. Or le nombre de ceux-ci s'accroît chaque jour en raison même des discussions qu'ont soulevées dans les Académies et dans la presse les études relatives aux maladies épidémiques et aux mesures de préservation qu'elles peuvent rendre nécessaires. Si chacun de ceux qui ont émis, au sujet des épidémies cholériques anciennes ou récentes, des idées souvent très contestables, avait eu sous les yeux la collection des rapports lus au comité consultatif, il est probable que ses conclusions eussent été modifiées. Ce qui frappe, en effet, lorsqu'on vient à parcourir le volume que nous avons sous les yeux, c'est la netteté et la précision des rapports lus par M. le docteur Fauvel. Nous relevons dans le même volume l'analyse des travaux des Conseils d'hygiène et de salubrité des départements, rapport rédigé par M. Vallin, un rapport de M. Rochard sur diverses réformes sanitaires, divers rapports sur des questions d'hygiène par MM. Brouardel, Gallard, Proust, etc. Quelques-uns d'entre eux sont, il est vrai, un peu concis, et il est à regretter que les discussions auxquelles ils ont certainement donné lieu au sein du comité n'aient pu être analysées au moins succinctement après chacun de ces rapports. On verrait, sans doute, par cette analyse des opinions émises, que quelques-unes des conclusions adoptées par le comité ont soulevé certaines objections; que d'autres ont été, au contraire, acceptées avec une unanimité qui leur donne plus de poids. Mais nous ne voulons pas entrer nous-même dans le détail de ces appréciations. Il nous suffisait de signaler cette publication, et d'indiquer l'intérêt qu'elle présente. Au fur et à mesure des discussions qui pourront avoir lieu désormais, il sera permis à chacun, en consultant ce recueil des travaux du comité d'hygiène, de connaître sur bien des questions l'avis de confrères aussi autorisés que pleins d'expérience.

VARIÉTÉS

Écoles préparatoires et écoles d'applications du service de santé militaire

TITRE Ier. — **Écoles préparatoires du service de santé.**

Art. 2. — Il est créé deux écoles préparatoires du service de santé : elles ont leur siège à Nancy et à Bordeaux.

Instituées près la Faculté de médecine et l'école supérieure de pharmacie de Nancy et près la Faculté mixte de Bordeaux, elles ont pour objet de diriger les élèves du service de santé dans leurs études pour l'obtention des diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe et de les préparer à leurs fonctions ultérieures dans l'armée.

Les élèves en possession de ces diplômes sont nommés aides-majors de deuxième classe au moment de leur entrée à l'école d'application.

Art. 3. — La durée des études dans les écoles est de cinq ans pour les élèves médecins et de quatre ans pour les élèves pharmaciens.

Aucun élève ne peut être autorisé à passer une année de plus à l'école à moins qu'il n'ait été forcé, pour cause de maladie, de suspendre ses études pendant plus de deux mois consécutifs.

Sauf le cas où il en aurait été exclu pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'école peut y être admis de nouveau par voie de concours, s'il remplit encore les conditions voulues pour s'y représenter.

Le temps passé par les élèves dans les écoles préparatoires leur est compté pour cinq ans de service.

Chapitre Ier. — *Mode et conditions d'admission des élèves.*

Art. 4. — Nul n'est admis aux écoles du service de santé que par voie de concours.

Le concours est public et a lieu tous les ans.

Le ministre de la guerre en détermine les règles chaque année ; il en arrête le programme et en fixe l'époque.

L'arrêté du ministre est rendu public avant le 1er avril.

Art. 5. — Le jury d'examen se compose pour les candidats médecins d'un médecin professeur et d'un médecin professeur agrégé à l'école d'application du service de santé; pour les candidats pharmaciens, le médecin professeur agrégé est remplacé par le professeur ou l'agrégé de chimie de l'école d'application.

Le médecin professeur dirige les opérations du jury et en rend compte au ministre.

Les examinateurs sont nommés tous les ans par le ministre.

Art. 6. — Nul ne peut concourir pour l'admission aux écoles du service de santé, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est né ou naturalisé Français ;

2° Qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole;

3° Qu'il a eu plus de dix-sept ans et moins de vingt ans au 1er janvier de l'année courante, s'il est candidat en médecine, et plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans à la même date s'il est candidat en pharmacie.

Aucune dispense d'âge ne peut être accordée ;

4° Qu'il a été reconnu apte à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera certifiée par un médecin militaire du grade de major de deuxième classe au moins; elle pourra être vérifiée par le jury d'examen ;

5° Qu'il est pourvu des diplômes universitaires exigés, suivant qu'il est candidat en médecine ou en pharmacie, pour les études médicales ou pharmaceutiques.

Les candidats en pharmacie doivent, en outre, avoir accompli un stage officinal de deux années au 1er novembre de l'année dans laquelle ils concourent, mais ils sont dispensés de l'examen de validation de ce stage.

Transitoirement, le ministre de la guerre pourra admettre à concourir des étudiants possédant déjà un certain nombre d'inscriptions et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité. Les conditions d'âge que ces candidats devront remplir et les examens qu'ils devront subir seront déterminés chaque année par le programme du concours.

Art. 7. — Avant l'ouverture des examens et à l'époque fixée par les programmes, les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des directeurs du service de santé des corps d'armée, dont les chefs-lieux sont compris dans l'itinéraire du jury d'examen.

Article 8. — Au terme des opérations, le jury d'examen dresse la liste par ordre de mérite des candidats admissibles. Le ministre de la guerre nomme élèves du service de santé militaire, en suivant l'ordre de cette liste, ceux de ces candidats qui remplissent les conditions voulues. Il fait connaître aux candidats reçus leur admission ainsi que l'école à laquelle ils devront être rendus le 1er novembre suivant.

Dans la répartition des élèves entre les écoles, il sera tenu compte à chacun, en suivant l'ordre de classement et jusqu'à concurrence des places disponibles dans chaque école, du désir qu'il aura exprimé à ce sujet en requérant son inscription comme candidat.

Tous les élèves pharmaciens sont réunis à Nancy.

Art. 9. — Le prix de la pension est de 1500 francs par an. Celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la guerre; les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'Etat et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses peuvent être accordées aux élèves qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'école.

Les bourses et demi-bourses sont accordées par le ministre de la guerre, sur la proposition d'une commission présidée par le médecin inspecteur général et composée du médecin professeur membre de ce jury et des sous-directeurs des écoles.

Art. 10. — Il peut être alloué, sur la proposition de la même commission, à chaque boursier ou demi-boursier, un trousseau ou un demi-trousseau à son entrée à l'école.

Art. 11. — Les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de diplôme, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge du candidat.

Art. 12. — Les élèves démissionnaires ou licenciés pour retard dans leurs études, indiscipline ou inconduite sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, de pension et de trousseau avancés par l'administration de la guerre.

Art. 13. — Au moment de leur entrée à l'école, s'ils sont âgés de plus de dix-huit ans ou dès qu'ils ont atteint cet âge, tous les élèves admis sont tenus de contracter un engagement de cinq ans.

Pendant la durée de leur séjour dans les écoles préparatoires les élèves sont considérés comme ayant obtenu des sursis d'appel.

Art. 14. — Les élèves démissionnaires ou licenciés sont mis à la disposition de l'autorité militaire pour accomplir leur temps de service.

Chapitre II. — *Section 1re. — Personnel de direction.*

Art. 15. — La direction de chaque école comprend :

Un directeur, ayant le grade de médecin principal de 1re classe;

Un sous-directeur médecin principal de 2e classe ;

Un médecin-major de 2e classe.

Il est adjoint à ce personnel, pour la surveillance des élèves, des adjudants sous-officiers en nombre suffisant.

Le directeur et le sous-directeur sont nommés par décret.

Le médecin-major ainsi que les adjudants sous-officiers sont nommés par le ministre de la guerre.

Art. 16. — L'autorité du directeur s'étend sur tout le personnel et sur toutes les parties du service de l'école.

Il a tous les droits, les prérogatives et les pouvoirs disciplinaires d'un chef de corps.

Il correspond directement avec le ministre.

Art. 17. — Le sous-directeur exerce, sous l'autorité du directeur, une surveillance journalière en ce qui concerne la marche des études, la police et la discipline.

En cas d'absence ou de maladie du directeur, le sous-directeur le remplace dans toutes ses fonctions.

Art. 18. — Les médecins-majors attachés aux directions des écoles sont nommés d'après les propositions faites à l'inspection ; ils devront avoir au moins un an de grade; leurs attributions sont déterminées par le règlement intérieur.

Art. 19. — Les pouvoirs disciplinaires des officiers du corps de santé attachés aux écoles sont les mêmes que ceux qui sont attribués aux officiers dont ils ont la correspondance de grade.

Art. 20. — Les adjudants sous-officiers sont également nommés

d'après les propositions spéciales faites à l'inspection; ils devront avoir au moins trois années de grade; ils ont sur les élèves et sur les hommes de troupe de l'école, les droits disciplinaires de leur grade.

Section II. — Personnel d'instruction.

Art. 21. — Le personnel d'instruction comprend :
Un répétiteur de chimie, de physique et de matière médicale;
Un répétiteur d'anatomie et de pathologie externe;
Un répétiteur de physiologie et de pathologie interne;
Un répétiteur de médecine opératoire et d'accouchements;
Un répétiteur d'hygiène, de thérapeutique et de médecine légale.
L'école de Nancy comprend de plus un répétiteur pour les études pharmaceutiques.

Les répétiteurs sont nommés pour quatre ans par le ministre de la guerre à la suite d'un concours dont le mode est déterminé par une décision ministérielle. Ne peuvent y prendre part que les aides-majors de 1re classe et les majors de 2e classe.

La nomination de répétiteur exempte le titulaire des formalités de l'examen exigé pour le passage au choix au grade supérieur.

Sans préjudice de leurs fonctions dans les écoles, les sous-directeurs et les répétiteurs remplissent des emplois de leur grade dans les hôpitaux militaires des villes où siègent les écoles.

Section III. — Personnel administratif.

. . . .

Chapitre III. — *Instruction.*

Art. 26. — Les candidats admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury mentionné à l'article 5, sont nommés par le ministre de la guerre, élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leurs lettres de nomination transmises aux doyens des Facultés ou au directeur de l'école supérieure de pharmacie, par les directeurs des écoles du service de santé, ils sont inscrits aux secrétariats des Facultés de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie.

Ils y suivent les cours, cliniques, conférences et exercices pratiques afférents à leur année d'études et dans les mêmes conditions que les étudiants civils.

Art. 27. — Les directeurs se concertent au besoin avec les recteurs, avec les doyens des Facultés et le directeur de l'école supérieure de pharmacie, au sujet des heures des cours, des conférences et des exercices pratiques, pour les coordonner avec les études intérieures des élèves.

Art. 28. — Les élèves subissent leurs examens probatoires dans l'ordre, dans les délais, et selon le mode prescrits par les règlements universitaires.

Art. 29. — Dans l'intérieur de l'école, les élèves suivent des conférences et sont soumis à des interrogations hebdomadaires dirigées par les répétiteurs et portant sur toutes les matières enseignées.

Les résultats de ces interrogations donnent lieu à des classements semestriels qui, combinés à la fin de l'année avec les résultats des examens subis à la Faculté ou à l'école supérieure de pharmacie, déterminent le rang de passage des élèves d'une année à l'autre.

Les élèves reçoivent encore dans l'intérieur des écoles quelques notions d'administration, d'instruction militaire et d'escrime, et pendant la dernière année de leur scolarité ils suivent un cours d'équitation dans un des manèges militaires ou civils de la garnison.

L'instruction militaire et l'équitation font l'objet de notes dont il est tenu compte pour les classements.

Art. 30. — La liste définitive des classements par ordre de mérite pour le passage d'une année à l'autre, est établie dès la reprise des études; elle est dressée par un jury composé comme suit :
Le directeur, président;
Le sous-directeur;
Les répétiteurs des cours et conférences afférents à chaque année d'études.

Les notes obtenues par les élèves à la suite des examens subis à la Faculté ou à l'Ecole de pharmacie, sont communiquées à ce jury.

Chapitre IV. — *Régime. — Police. — Discipline.*

. . . .

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 43. — Le ministre de la guerre détermine par des règlements particuliers ayant pour bases les dispositions du présent décret, tout ce qui est relatif au service intérieur, à la discipline, à l'administration et à la comptabilité.

Art. 44. — Les écoles préparatoires du service de santé sont inspectées annuellement :
1° Au point de vue du service général, par le médecin inspecteur général;
2° Au point de vue de l'instruction militaire, par un général de division;
3° Au point de vue administratif, par un intendant général.

TITRE II. — **École d'application du service de santé militaire.**

Art. 45. — Les élèves des écoles préparatoires du service de santé, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, passent, avec le grade d'aide-major de 2e classe, à l'école d'application militaire de Paris, près l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude qui détermine leur classement d'admission à cette école. Ils y font un stage d'un an.

Art. 46. — Les aides-majors stagiaires reçoivent la solde de leur grade augmentée de l'indemnité pour résidence dans Paris; il leur est alloué une première mise d'équipement fixée à 500 fr.

Au moment de leur entrée à l'école, les aides-majors stagiaires s'engagent par écrit à verser au Trésor tous les frais de scolarité, de pension et de trousseau avancés par l'administration de la guerre, dans le cas où ils quitteraient l'armée par démission avant d'y avoir servi pendant une période de cinq années comptant du jour de leur sortie de l'école.

Art. 47. — L'enseignement qu'ils reçoivent à l'école d'application est essentiellement pratique. Il a surtout pour but de leur donner l'instruction complémentaire en rapport avec les fonctions qu'ils auront à exercer dans l'armée, et de leur faire connaître les lois, décrets et règlements constitutifs de l'armée et du service de santé militaire.

Art. 48. — La chaire d'hygiène et de médecine légale comprend en outre l'enseignement de l'administration et de la législation de l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

Art. 49. — Les professeurs agrégés sont employés par le directeur suivant les besoins de l'enseignement et d'après l'avis du conseil de perfectionnement de l'école.

Art. 50. — Nul ne peut être nommé professeur s'il ne possède au moins le grade de médecin ou de pharmacien-major de première classe, et s'il n'a été professeur agrégé.

En cas de vacance d'une chaire, le conseil de perfectionnement de l'école établit une liste de présentation de trois candidats. Le directeur transmet cette liste avec ses observations au ministre de la guerre, qui prend l'avis motivé du comité consultatif de santé et prononce en dernier ressort.

La durée du professorat ne peut être de plus de dix ans.

Art. 51. — Nul ne peut être nommé professeur agrégé s'il ne possède au moins le grade de médecin ou de pharmacien-major de 2e classe, et s'il n'a satisfait aux épreuves d'un concours dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de perfectionnement de l'école et l'avis du comité consultatif de santé.

La durée de l'exercice des professeurs agrégés est de cinq ans.

Art. 52. — Les diverses branches de l'enseignement font l'objet de programmes; les programmes, après avoir reçu l'approbation du ministre, sont autographiés et distribués aux professeurs qui doivent s'y conformer et aux stagiaires.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois et sont faites par les professeurs. Elles donnent lieu pour les stagiaires à des classements qui sont transmis au ministre.

Art. 53. — Il est institué un conseil de perfectionnement composé des professeurs de l'école. Ce conseil est appelé, sur la convocation du directeur, à connaître de toutes les questions afférentes aux études.

Les professeurs agrégés peuvent y assister, mais avec voix consultative, lorsque le directeur juge à propos de les convoquer.

Art. 54. — Au terme de leur scolarité à l'école d'application, les aides-majors stagiaires subissent un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre. Les résultats de cet examen, combinés avec les notes obtenues dans les examens de deux en deux mois, déterminent pour chaque aide-major stagiaire son rang définitif dans le cadre des aides-majors de 2e classe.

Art. 55. — Chaque année l'école d'application est inspectée au

point de vue spécial par le médecin inspecteur général, d'après les mêmes règles que les autres écoles.

Art. 56. — Toutes les dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 57. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 1er octobre 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre,

Thibaudin.

M. Rochard. — L'auteur de la tentative de meurtre. — L'état de M. Rochard continue à être satisfaisant. Le sang avait complètement disparu des crachats dimanche dernier.

Nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 octobre une communication de M. Legrand du Saulle, de laquelle il résulte que l'auteur de la tentative de meurtre est probablement un nommé Chabert, qui est venu se dénoncer lui-même à M. Cazeneuve, chargé de l'enquête; cet homme est manifestement un aliéné qui avait été interné, en 1879, à l'asile Sainte-Anne d'abord, puis à l'hospice de Bicêtre; plus tard, en 1880, à l'asile de la Ville-Evrard, d'où il est parvenu à s'échapper. Chabert est un alcoolique en proie à la manie de la persécution, qui depuis longtemps accusait un maître d'hôtel de se livrer contre lui à toutes sortes de méfaits, et qui, le 26 septembre au soir, obéissant à une voix qui le poussait à tuer plutôt que de se tuer lui-même, tira, dit-il, « deux coups de revolver sur un homme qui passait et s'abritait sous un parapluie ».

Comme le fait remarquer M. Legrand du Saulle, il y a tout lieu de croire à la sincérité de la déclaration de Chabert; mais c'est un aliéné, et les témoins manquent.

Concours de l'internat. — Le jury du concours de l'internat s'est constitué vendredi dernier; il se compose définitivement de MM. Siredey, Henri Huchard, Descroizilles, médecins des hôpitaux; Blum, Championnière, Schwartz, chirurgiens; Maygrier, accoucheur des hôpitaux. (*Union médicale.*)

Préfecture de la Seine : Dixième arrondissement. — Le dimanche 28 octobre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour le service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Statue de Pinel. — Nous avons annoncé qu'un monument allait être élevé à Pinel sur la place de la Salpêtrière. Le groupe est terminé. M. Ludovic Durand a représenté Pinel tenant de la main droite les fers brisés; une jeune fille, placée à ses pieds, lève les yeux vers son libérateur; le docteur est vêtu du costume du Directoire.

Écoles préparatoires du service de santé militaire. — Un concours sera ouvert au Val-de-Grâce, le 17 décembre 1883, pour onze emplois de répétiteurs aux Ecoles du service de santé militaire. Deux emplois se rapportent à l'enseignement de la chimie, de la physique et de la matière médicale; deux emplois à l'anatomie et à la pathologie externe; deux emplois à la physiologie et à la pathologie interne; deux emplois à la médecine opératoire et aux accouchements; deux emplois à l'hygiène, la thérapeutique et la médecine légale; un emploi aux matières de l'enseignement pharmaceutique.

— Un concours pour l'admission aux Ecoles préparatoires du service de santé s'ouvrira à Paris, à Lille, à Nancy, à Lyon, à Marseille, à Montpellier, à Toulouse, à Bordeaux, à Nantes et à Rennes, le 12 novembre 1883, pour l'épreuve écrite. A Paris, le 3 décembre 1883; à Nancy, le 8 du même mois; à Lyon, le 12 du même mois; à Bordeaux, le 17 du même mois, pour les épreuves orales.

Asile Sainte-Anne. — Le lundi 3 décembre 1883, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à six places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes.

Mortalité a Paris (40e semaine, du vendredi 28 septembre au jeudi 4 octobre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 937, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 4. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 24. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 63; au sein et mixte, 43; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 50; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 40e semaine. — La mortalité parisienne continue à être faible. 937 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique; ce chiffre est supérieur à celui de la semaine dernière (836); mais nous avons dit que celui-ci devait passer pour exceptionnel. Fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 36); rougeole (6 au lieu de 5); variole (4 dans chacune des deux semaines); scarlatine (1 dans chacune des deux semaines); coqueluche (19 au lieu de 12); diphthérie (24 au lieu de 26); bronchite (19 dans chacune des deux semaines); pneumonie (44 au lieu de 39); athrepsie (111 au lieu de 105).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité, par M. le docteur Duboué (de Pau). 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Étude clinique sur Amélie-les-Bains. Ses eaux et son climat, par M. le docteur Louis Granier. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Des méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes, par M. le docteur Sabatier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Traitement de l'ankylose du genou, par M. le docteur Lagrange. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif, sauf le rectum, par M. le docteur Dupau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Traitement du cancer du rectum, par M. le docteur Piéchaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Vichy-Cusset et leurs eaux minérales. Étude des eaux et de leurs propriétés; leur mode d'action; maladies traitées à Vichy, par M. le docteur Grellety. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr

Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme, par M. le docteur James Braid, traduit de l'anglais par M. le docteur Simon, avec une préface de M. le professeur C.-E. Brown-Séquard. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Des modifications modernes de la lithotritie, par M. le docteur Kirmisson. 1 vol. in-8 avec 11 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

La variole à l'île de la Réunion, origine, évolution, prophylaxie, par M. le docteur Azéma. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la glossite exfoliatrice marginée. In-8 avec figures et 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HENOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 18 octobre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ECTOPIE CONGÉNITALE DU CŒUR. PHYSIOLOGIE DE LA LOCOMOTION ; ÉTUDE DE LA MÉCANIQUE ANIMALE A PROPOS DE LA COURSE. — FORMES ET PATHOGÉNIE DU PURPURA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

L'Académie de médecine a entendu dans sa dernière séance une lecture de M. Warlomont (de Bruxelles) sur l'*origine de la vaccine*, et une de notre collaborateur M. Blachez, sur la *chorée du larynx*. Nous publions ces deux mémoires *in-extenso*.

M. Marey a lu sur un cas d'*ectopie du cœur* un long rapport que nous apprécions plus loin ; et M. Constantin Paul a commencé la lecture d'un important rapport *sur le service des eaux minérales*.

Ectopie congénitale du cœur.

L'Académie a entendu mardi la lecture du rapport de M. Marey (au nom d'une Commission composée de MM. Marey, Sappey et Vulpian) sur un cas d'*ectopie* (hernie diaphragmatique) *du cœur*, observée chez une malade du service du docteur Tarnier à la Maternité. M. Marey a accompagné sa lecture de démonstrations à l'aide de tracés photographiés et grandis, que l'on retrouvera, avec toutes les indications nécessaires, dans le *Bulletin de l'Académie*. Nous ne pouvons que signaler ici, sans entrer dans aucun détail (voy. p. 697), l'intérêt physiologique de cet examen, qui a confirmé en tous leurs points les données fournies par l'étude de la fonction cardiaque sur les animaux.

La femme qui présente cette curieuse anomalie de position du cœur est la seconde qui ait été examinée en France avec tout le soin nécessaire ; son cas est identique avec celui que M. François-Franck avait étudié à Colmar en 1877 et dont il a donné la relation dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (juillet 1877), ainsi que dans les *Travaux du Laboratoire de M. Marey*, t. III. En rapprochant

FEUILLETON

Notes sur Xavier Bichat.

SECONDE PARTIE (1)

I. La maladie ; la mort ; les funérailles. — II. Hommages rendus à la mémoire de Bichat. — III. Ses lettres autographes. — IV. Ses portraits et médailles. — V. Ses papiers scientifiques.

III. — LETTRES AUTOGRAPHES DE BICHAT.

Ces lettres sont rares et atteignent dans les ventes un prix élevé ; le savant éclipse l'homme du monde ; il n'a pas le temps d'écrire à ses amis même les plus intimes ; sa vie passée au milieu des malades et des cadavres l'absorbe, et le soir, en rentrant dans son cabinet de travail, c'est pour méditer sur les faits qu'il a observés. D'ailleurs, son existence sera si courte... Il faut bien se presser !...

Nous avons fait connaître la lettre dans laquelle Xavier pose sa candidature comme professeur adjoint d'anatomie à l'Ecole de santé. Les archives de notre Faculté possèdent encore trois lettres de lui, ou plutôt trois billets ; ce sont, en effet, de simples envois de livres « de la part de Mme veuve Desault » : le troisième volume du *Journal de chirurgie* (messidor an III), le quatrième volume du même recueil (25 prairial an V), les œuvres chirurgicales de Desault (27 pluviôse an VI).

M. le baron H. Larrey, dont l'illustre père fut intimement lié avec Bichat, possède trois lettres autographes de ce dernier, adressées au chirurgien en chef de la grande armée. Les voici dans tout leur laconisme :

Société médicale d'émulation.

20 thermidor.

J'ai l'honneur de vous prévenir, citoyen, que vous avez été inscrit, d'après le vœu unanime de la Société, sur le tableau de ses

(1) Fin. — Voyez les numéros 27, 31 et 40.

les résultats obtenus dans ces deux examens et en y ajoutant quelques points nouveaux, M. Marey a montré toute l'importance physiologique de semblables études.

La masse ventriculaire tout entière fait hernie à travers le diaphragme incomplètement développé et fait saillie sous la peau de l'épigastre : on peut prendre le cœur dans la main, l'y sentir battre, appliquer à la surface les appareils explorateurs les plus variés. C'est en employant les procédés connus de l'inscription des mouvements du cœur chez cette malade qu'on a pu établir une fois de plus la réalité du choc *systolique* des ventricules et mettre en évidence la cause de l'erreur dans laquelle étaient tombés ceux qui, comme Beau, croyaient que le cœur donne son battement au moment où il se remplit, pendant la diastole ventriculaire. Cette démonstration nouvelle trouvait sa place à l'Académie de médecine, où avait lieu le débat resté célèbre entre Beau, d'une part, et Chauveau, Marey, Gavarret, etc., d'autre part (1862). Il a été aussi fait justice d'une opinion autrefois soutenue par Bouillaud et qu'admettent encore quelques cliniciens en Allemagne (Leyden par exemple), à savoir que, dans certains troubles de rythme du cœur, le ventricule droit et le ventricule gauche dissocient leurs systoles. Sur la malade étudiée par la Commission académique, on voit se produire de fréquentes systoles redoublées, sous l'influence des émotions ou d'un examen un peu prolongé : l'exploration simultanée des deux ventricules droit et gauche montre que le synchronisme normal de leurs systoles se maintient malgré les irrégularités les plus marquées du rythme.

La seule différence qui puisse être constatée entre les deux ventricules est relative à l'énergie de la contraction : le ventricule gauche donne une systole plus puissante correspondant à un effort expulsif beaucoup plus énergique.

La disposition du cœur en état d'ectopie chez cette malade n'a pas permis de constater aussi nettement que chez celle qu'avait examinée M. François-Franck les rapports des mouvements auriculaires et des mouvements ventriculaires : la masse auriculaire restée en arrière du sternum et des cartilages costaux a échappé nécessairement à l'application des appareils explorateurs. Cependant nous devons dire que, pendant les derniers mois de la grossesse de cette femme, MM. Constantin Paul et François-Franck avaient enregistré, en explorant les mouvements d'une petite saillie située à la base de la masse herniée, des battements indépendants de ceux des ventricules et se produisant immédiatement avant ceux-ci, c'est-à-dire des systoles auriculaires. La femme ayant accouché depuis, la masse cardiaque a dû subir un certain retrait qui a dissimulé les mouvements auriculaires. En tout cas il reste acquis, par l'examen de la femme de Colmar, que dans l'espèce humaine aussi bien que chez les animaux soumis par MM. Chauveau et Marey à l'examen cardiographique, les oreillettes donnent leur systole immédiatement avant les ventricules. Du reste tout ce que nous ont appris les études faites chez l'homme sur le pouls veineux-jugulaire, dont le principal soulèvement est dû à la systole de l'oreillette droite, établit la succession des systoles auriculaires et ventriculaires.

Puisque nous parlons de pouls jugulaire, nous ferons remarquer l'intérêt que présenterait l'examen des mouvements veineux du cou chez cette malade : son cœur est situé en dehors de la cavité thoracique et ne peut, par conséquent agir, dans ses expansions et resserrements successsifs, sur la pression intra-thoracique, pas plus sur la pression pleurale (comme nous l'allons voir) que sur la pression veineuse. Or on a récemment invoqué (Mosso), comme cause des mouvements des veines du cou, l'influence des aspirations créées par les resserrements systoliques ventriculaires sur le système veineux intra-thoracique : cette théorie, exposée avec détail dans ce journal (F.-Franck, *Gazette hebdomadaire*, mars-avril 1882), n'a évidemment point la valeur qui lui a été attribuée, car on retrouve les mêmes accidents veineux chez les animaux dont le thorax est ouvert. Nous ne doutons pas, sans avoir porté particulièrement notre attention sur ce point, qu'on ne constate chez la malade dont le système veineux intra-thoracique est soustrait à l'influence des aspirations péricardiaques les mêmes phénomènes qu'à l'état normal, moins accentués peut-être, dans la circulation veineuse du cou. Il y aurait là un détail complémentaire à rechercher.

L'absence d'action des changements de volume du cœur (expansion diastolique, resserrement systolique) sur le contenu de la cavité thoracique a été mis en évidence par une expérience très élégante et délicate exécutée par M. Marey sur la malade de M. Tarnier.

On sait que, chez les sujets normaux, l'air contenu dans l'arbre trachéo-bronchique subit des variations de pression rythmées avec les battements du cœur : à chaque diastole le poumon est refoulé par le cœur, qui se remplit et occupe une place plus grande dans la poitrine ; à chaque systole le poumon est attiré par le cœur, qui diminue de volume en évacuant son contenu au dehors ; de ces mouvements d'expansion

---

membres. Elle espère qu'en lui communiquant vos lumières, vous répondrez à l'empressement qu'elle avait de vous voir dans son sein.

Recevez l'assurance de mon estime respectueuse.

Xav. Bichat, *secrét.*

P. S. — Quelques objets intéressants doivent occuper la prochaine séance, où vous êtes invité à vous trouver.

Société médicale d'émulation.

Au 2me républicain.

Citoyen,

La Société était persuadée d'avance de l'intérêt que vous prendriez à ses travaux et de votre zèle à y contribuer. Elle est sensible à l'assurance que vous lui en donnez, et me charge de vous exprimer de nouveau le plaisir qu'elle a de vous voir au nombre de ses membres.

Vous trouverez ci-joint le diplôme commun à tous les membres.

Salut et fraternité.

Xav. Bichat, *secrétaire.*

P. S. — Les séances se tiennent tous les quintidis, à six heures.

IV. — Portraits et médailles de Bichat.

Je connais treize portraits ou prétendus portraits de Bichat, trois médailles et un médaillon; aucun n'offre des garanties de ressemblance; il n'est pas à supposer que Xavier ait jamais posé devant un peintre; d'un autre côté, la décomposition des traits fut telle immédiatement après le dernier soupir, que les dessins, le moule de la figure qu'on a pu faire n'ont été que très imparfaits.

N° 1. De profil, à droite, col rabattu sur l'habit. Lithographie que je possède, et qui est, je crois, assez rare.

N° 2. De profil, à droite, dans un médaillon ; gravure d'Adam. Il a été mis par la Société d'émulation en tête de la huitième année (1817) des *Mémoires* de cette compagnie.

N° 3. Vu de trois quarts; dessin de Maurin, lithographie de Delpech. Un ruban à la boutonnière !

N° 4. De trois quarts; habit de ville, cravate et gilet blancs; signé Vigneron; lithographie de G. Engelmann.

et de compression subis par le tissu pulmonaire résultent des oscillations aériennes faciles à constater chez les animaux par l'exploration trachéale et chez l'homme par l'exploration buccale, la glotte restant ouverte. Mais pour qu'on constate une rentrée d'air au moment de la systole, une expulsion au moment de la diastole, il faut nécessairement que le cœur exerce sur le poumon ses influences aspiratrice et compressive. Dans le cas de la malade dont il s'agit, rien de semblable ne peut se produire à cause de la position extra-thoracique du cœur; *tout au contraire* on voit, comme le montrent les courbes présentées par M. Marey, que les mouvements de l'air dans la trachée sont exactement inverses des mouvements normaux : au lieu d'un pouls bucco-trachéal *négatif* pendant la systole, on a un pouls *positif*, tout comme un pouls artériel ordinaire. C'est qu'en effet, dans les conditions particulières de la malade, le cœur n'agit sur le poumon qu'en projetant dans son tissu, à chaque systole, une ondée sanguine qui s'y fait place en expulsant ou en tassant une certaine quantité d'air : on a dès lors, dans le pouls bucco-trachéal, l'indication des afflux sanguins pulmonaires déplaçant l'air de l'arbre respiratoire.

Voilà un fait important, observé chez l'homme pour la première fois et qui n'avait pas été recherché dans l'examen antérieurement pratiqué sur la femme de Colmar.

Des expériences faites par les membres de la Commission découlent encore plusieurs autres points intéressants qu'il est impossible d'exposer ici : les effets cardiaques de la compression de l'aorte, ceux des arrêts respiratoires, des efforts, etc. Le lecteur en trouvera l'exposé, avec figures explicatives, dans le rapport de M. Marey.

Nous voulons seulement attirer l'attention, en terminant cet exposé sommaire, sur la facilité avec laquelle les sujets atteints de ces anomalies tolèrent les perturbations qui doivent en résulter. Le fait capital ici (nous le répétons à cause de cela même) est que le cœur, étant situé en dehors de la poitrine, ne peut exercer ni subir les variations normales, considérées comme essentiellement importantes, dans la pression intra-thoracique. Cependant ces sujets vivent; aucun trouble de la santé générale n'existe chez eux du fait de l'anomalie dont ils sont atteints; les deux femmes dont il a été question ont mené à terme leur grossesse, sans aucun accident respiratoire, circulatoire ou autre, bien que, théoriquement, la position extra-thoracique du cœur doive entraîner des troubles considérables.

F. F.

Physiologie de la locomotion. — Étude de la mécanique animale à propos de la course.

Les intéressants travaux de M. Giraud-Teulon sur la mécanique animale présentent une importance très réelle ; il a analysé avec soin les conditions qui président à l'équilibre et au déplacement des êtres vivants par une observation directe des phénomènes dont il a cherché l'explication dans les théorèmes de la statique et de la dynamique.

Prenant la question à un tout autre point de vue, M. Marey a demandé la solution des divers problèmes qui se posent à la méthode générale qu'il a appliquée avec tant de succès dans diverses circonstances, à la méthode d'inscription automatique qui fournit des données matérielles que l'on peut étudier à loisir et qu'il y a à interpréter rigoureusement.

Il n'est pas douteux que, lorsque ces deux maîtres sont d'accord sur un point, on ne doive le considérer comme entièrement élucidé et à l'abri de toute contestation : on peut être assuré que des études ultérieures pourront compléter l'explication sur quelques points de détail, mais qu'elles n'y apporteront aucune modification notable.

Mais on est, à bon droit, embarrassé lorsque des contradictions viennent à surgir entre les explications fournies par M. Giraud-Teulon et celles données par M. Marey, et il est nécessaire d'examiner la question avec beaucoup de soin et d'apporter une critique attentive à l'examen des arguments présentés par ces deux savants physiologistes.

Ce cas vient de se présenter et, ainsi qu'il a été annoncé dans ce journal, une discussion est pendante à l'Académie de médecine entre M. Giraud-Teulon et M. Marey. Jusqu'à présent, les arguments fournis par chacun des contradicteurs n'ont pas, ainsi qu'il arrive souvent d'ailleurs, réussi à convaincre l'autre. Ils sont d'accord d'ailleurs que la solution définitive ne peut être demandée qu'à une étude approfondie de résultats expérimentaux certains, obtenus dans des conditions minutieusement discutées, de manière à éviter, dans la mesure du possible, les causes d'erreur. Mais les expériences demanderont un temps assez long, leur interprétation ne peut, ne doit pas être hâtive ; il a paru que, pour exposer la question, il ne convenait pas d'attendre le moment où la solution serait acquise et qu'il y avait intérêt à en bien préciser les termes, à signaler les points qui ont donné lieu aux contestations et même à apprécier les arguments divers qui ont été fournis jusqu'à présent.

Laissant de côté ces arguments pour l'instant, nous allons

N° 5. De face; habit de ville boutonné, cravate blanche. C'est le portrait qui a été mis par les éditeurs en tête de l'*Anatomie générale*, édition de 1821, par Béclard. On l'a fait suivre de cet avis :

« Tous les portraits de Bichat, gravés ou lithographiés jusqu'à ce jour, sont loin d'être ressemblants. Les médailles de la Société médicale d'émulation, les bustes mêmes reproduisent à peine quelques-uns de ses traits. On les retrouve plutôt dans le tableau de ses derniers moments, exposé au salon de 1818 (voy. plus loin, n° 13). M. Pétroz, qui le possède actuellement, a bien voulu nous permettre de le consulter, et nous a confié le masque en plâtre moulé sur la figure de Bichat quelques heures après sa mort. C'est à l'aide de cette pièce, et d'après les avis de tous ceux qui l'ont, comme nous, connu très particulièrement, que nous avons réussi au delà de notre espérance, puisque le portrait que nous en avons fait graver pour cette édition, mis sous les yeux de personnes que Bichat a honorées de son amitié, a rappelé aussitôt à leur pensée le grand homme dont le souvenir leur est cher. »

N° 6. De profil, à gauche; imprimerie lithographique de Mlle Formentin.

N° 7. De face, dessin de Pierre Sudre; lithographie de Langlumé.

N° 8. De face, dans un encadrement; lithographie.

N° 9. De face, la chemise ouverte, la poitrine à nu; gravure de Lambert, sous la direction d'Ambroise Tardieu.

N° 10. Profil à gauche. Jolie gravure de Frémy.

N° 11. De profil, à droite, lithographie. Le libraire J.-B. Baillière en a enrichi le *Dernier cours de Bichat : anatomie pathologique*, qu'il a donné au public en 1825, d'après un manuscrit de Béclard. C'est une lithographie de C.-A. Racinet, « d'après un dessin fait d'après nature quelques heures après la mort de Bichat ». Dessin appartenant à Ollivier (d'Angers).

N° 12. En 1847, Mme Desnos a en...laidi les galeries du musée de Versailles par un portrait à l'huile de Bichat, qui

d'abord insister sur l'indication précise des points sur lesquels M. Giraud-Teulon et M. Marey sont en désaccord.

Les allures normales de l'homme qui se déplace sont au nombre de trois : la marche, la course et le saut.

Dans la marche, le corps ne cesse à aucun moment d'être appuyé sur le sol ; le contact d'un pied avec la terre ne cesse qu'après que l'autre pied est venu s'y poser, de telle sorte que pendant un temps, temps très court il est vrai, les deux pieds sont à la fois en contact avec le sol sur lequel s'effectue la marche.

Dans le saut, qu'il s'agisse du saut en hauteur ou du saut en longueur, pendant un certain temps le corps flotte en l'air, pour ainsi dire, les deux pieds ont quitté le sol. Le mécanisme du saut ne semble pas soulever de contestation ; il correspond à une élévation du centre de gravité du corps, qui est projeté en l'air, où il décrit une courbe parabolique jusqu'à ce qu'il vienne de nouveau rencontrer le sol. Quant à la cause de ce mouvement, elle ne paraît pas douteuse : elle est due à la réaction du support, du sol, au moment où les membres préalablement fléchis viennent à se détendre brusquement.

La course présente avec le saut un caractère commun, c'est que, pendant un certain temps, le corps flotte en l'air, que les deux pieds ont quitté le sol. Mais faut-il voir, dans la course, une série de sauts? M. Giraud-Teulon le pense, M. Marey ne le croit pas, et là commence le différend. Ici la difficulté nous paraît simple à lever, ce n'est qu'une question de mots, et il ne nous semble pas qu'il y ait dans les citations qui ont été faites de la *Machine animale* de M. Marey les contradictions que M. Giraud-Teulon y a vues.

Si, comme il nous semble que le veut ce dernier, on caractérise le saut seulement par la séparation complète des pieds du sol, il n'est pas douteux que la course se compose d'une série de sauts. Mais, et c'est, à ce qu'il nous paraît, le point de vue auquel se place M. Marey, il y a un autre caractère qu'il convient de signaler, c'est l'élévation du corps, sa projection en l'air (nous laissons de côté, pour l'instant, la cause de cette projection et nous prenons le fait seul) ; dans le saut, il ne saurait y avoir aucun doute, la projection se continue après que les pieds ont quitté le sol, et c'est pendant que le corps flotte que l'élévation atteint sa valeur maxima.

Pendant la course, dit M. Marey, les choses se passent autrement : le maximum d'élévation a lieu avant que le pied ait quitté le sol, et, pendant le temps que les deux pieds sont en l'air, le corps subit un *abaissement* progressif. Que le phénomène se produise ainsi effectivement, c'est un point sur lequel nous reviendrons ; mais s'il en est ainsi, ce qui n'a rien d'impossible et ce qui est le mécanisme admis par M. Marey, on voit que la course est tout autre chose qu'une série de sauts. Il ne nous semble pas qu'il puisse y avoir de difficultés sur ce point.

Mais la course se produit-elle effectivement comme l'indique M. Marey ? ou bien, au contraire, est-elle, comme le pense M. Giraud-Teulon, une série de sauts ? Ici la contradiction est complète, elle n'existe pas seulement dans les mots. Nous ne voudrions pas affirmer que l'une de ces opinions, nettement opposées, est nécessairement fausse, car nous ne sommes point assurés que la course se produit toujours dans les mêmes conditions. Il peut se faire que pour certains coureurs, la course soit la succession d'une série de sauts, tandis que pour d'autres elle se produise suivant le mécanisme indiqué par M. Marey ; à cet égard, l'observation et l'expérience seules peuvent nous renseigner et nous apprendre si la course est toujours identique à elle-même, s'il n'y a pas des distinctions à établir, si l'on ne peut admettre à la fois, par exemple, la *course* proprement dite et le *trotter*, la première allure étant celle signalée par M. Marey, la seconde celle qu'indique M. Giraud-Teulon.

Du fait en lui-même, sur lequel on n'est pas encore renseigné d'une manière suffisamment complète, la discussion a changé de terrain en passant au mécanisme suivant lequel se produit ou peut se produire la course. M. Marey, cherchant à se rendre compte de la manière dont, dans la course telle qu'il l'a indiquée, les pieds se trouvent séparés du sol, n'admet pas qu'il doive y avoir nécessairement un ressaut, une détente musculaire produisant son effet par la réaction du sol, comme dans le saut. Il conçoit que, sans cette réaction et par une simple flexion brusque des membres inférieurs, le corps peut, pendant quelques instants, rester suspendu dans l'air. Pendant ce temps, le corps tombe nécessairement ; mais, si les jambes se relèvent plus vite que le corps ne descend, la séparation peut se produire.

M. Giraud-Teulon nie qu'il en puisse être ainsi et que cette séparation puisse être autre chose que le résultat de la réaction du sol à la suite de l'intervention de l'*à-coup*, du *ressaut* musculaire. Ce mécanisme admis par tout le monde pour le saut serait le seul admissible pour expliquer la séparation complète des pieds du sol.

C'est sur ce point, point essentiel, que porte principale-

---

y est représenté en habit de ville, cravate et gilet blancs, la main droite sous le revers de l'habit. Cette toile, qui a 72 centimètres de hauteur sur 57 de largeur, porte le n° 4624 de la salle du Sud.

N° 13. *La mort de Bichat*, par Hersent. Cette toile, large de 3 pieds et haute de 2 pieds 6 pouces, a été exposée au salon de 1817. Nous ne savons ce qu'elle est devenue, et elle n'a pas été gravée ; mais Miel en a donné une description suffisante pour la faire connaître. Voici comment il s'exprime (1) : « Le moment représenté par le peintre est celui qui précède le dernier soupir. Les yeux du mourant ne sont pas encore fermés, mais déjà ils sont éteints. Deux de ses plus intimes amis, le docteur Esparron et le docteur Roux, assistent à ce douloureux spectacle ; le premier, debout derrière le lit, serre pour la dernière fois la main du grand homme qui expire ; le second, assis dans un fauteuil, paraît absorbé dans ses réflexions ; leurs soins ne sont plus les secours de la médecine, ce sont les adieux, les éternels adieux de l'amitié. La scène se passe dans une pièce entourée de livres ; elle est éclairée en avant par une seule lumière qui répand sur tous les objets une lueur sombre. La pendule, placée sur la cheminée, au fond de la chambre, va marquer la dernière heure de Xavier Bichat. Les trois figures sont des portraits. L'intérêt se porte d'abord et se concentre sur le mourant ; les expressions différentes des deux médecins, produites par un même sentiment diversement modifié, contrastent sans recherche et sans effort. Tout est simple, vrai, pathétique dans ce tableau ; tout y est sévère comme le sujet même. Il y a du Poussin dans cette composition de M. Hersent. »

Quant aux médailles frappées en l'honneur de Bichat, nous en avons vu trois :

1° En bronze de 5 centimètres. D'un côté, l'effigie à gauche, sous laquelle L. Dubour, F. Inscr. Xavier Bichat. Au revers : Traité des membranes. Recherches physiologiques

(1) E.-F.-A.-M. Miel, *Essai sur les beaux-arts*. Paris, 1818, in-8°, p. 116.

ment la discussion : des arguments de diverse nature ont été invoqués en faveur de l'une et l'autre opinions. D'un côté, des données expérimentales, de l'autre, des raisonnements basés sur les théories incontestables de la mécanique. Nous aurons à discuter les principaux arguments; mais, d'une part, nous devons dire que les faits résultant de l'expérience ne sont peut-être pas encore en nombre suffisant, qu'ils n'ont pas été discutés d'une manière complète et que de nouveaux renseignements nous paraissent nécessaires.

D'autre part, l'application des théories mécaniques à l'étude des mouvements des êtres animés, tout en étant absolument légitime et pouvant conduire à d'importants résultats, n'est pas sans présenter de très réelles difficultés. C'est que, en effet, le problème est complexe : il ne s'agit pas ici d'un point matériel ou même d'un *solide invariable* soumis exclusivement à des forces extérieures ; on se trouve en présence d'un *système articulé* soumis à la fois à des forces extérieures, notamment à la pesanteur et à la réaction des points d'appui et en même temps à des forces intérieures dues à l'action des muscles. La question est ardue, aussi ne sera-ce qu'avec prudence que nous exposerons et que nous examinerons dans un prochain article le côté mécanique du problème restreint, mais important, dont nous venons d'indiquer les termes.

(*A suivre.*) C. M. Gariel.

Formes et pathogénie du purpura (1).

(Article deuxième.)

Grâce au travail de synthèse clinique et pathogénique esquissé dans une précédente revue, les purpuras rhumatismaux exanthématiques constituent un groupe bien défini. Dans le cadre tracé par MM. Du Castel et Mathieu rentrent, avec les cas les plus nombreux du purpura simplex, quelques exemples de purpura hémorrhagique. Mais il est incontestable que les hémorrhagies viscérales y sont l'exception, tandis qu'elles deviennent la note dominante du syndrome dans le groupe des purpuras hémorrhagiques improprement réunis sous la dénomination de maladie de Werlhof.

Le purpura hémorrhagique n'est pas une entité morbide. C'est une expression symptomatique, tantôt primitive, apparaissant sans maladie préexistante, tantôt secondaire, survenant dans le cours des fièvres graves, des cachexies, des dyscrasies. Mais le type clinique n'est pas uniforme, et telle est la variabilité de ses allures, que ses formes diverses sembleraient constituer des espèces distinctes, si une série ininterrompue d'intermédiaires n'en démontrait l'étroite parenté. Cette réserve faite au point de vue nosologique, il importe de poser quelques jalons dans la description symptomatique et pour cela de rappeler les formes cliniques du syndrome.

I

Trois types principaux se dégagent des descriptions et des observations. Le premier est essentiellement caractérisé par l'apyrexie, la bénignité, un début brusque et une marche rapide : c'est la maladie de Werlhof. Dans une seconde variété la fièvre fait également défaut ou ne survient que tardivement; le début peut être brusque, mais l'évolution est lente. Un état de cachexie progressive se joint aux autres symptômes : c'est le purpura à forme scorbutique, qui se confond avec le scorbut sporadique. Enfin la fièvre, se montrant d'emblée et avec une certaine intensité, différencie le purpura fébrile de Rayer, le purpura infectieux de M. Mathieu.

En décrivant son *morbus maculosus hemorrhagicus*, Werlhof avait surtout pour but de montrer qu'il existe des pétéchies sans fièvre, bien moins dangereuses que les éruptions fébriles et qui n'offrent rien d'effrayant pour le médecin. L'affection à laquelle il a attaché son nom débute sans prodrome et sans fièvre par une hémorrhagie gingivale ou nasale. Le lendemain ou le surlendemain surviennent une éruption pétéchiale limitée aux membres inférieurs, puis gagnant les membres supérieurs et le tronc, un peu plus tard des taches plus larges, des sugillations, des plaques ecchymotiques. Les hémorrhagies ou les suintements sanguins continuent du côté des muqueuses et l'on peut observer de l'hématémèse et du melæna. Avec cela état général insignifiant : faiblesse, léger mouvement fébrile, diminution de l'appétit. L'amélioration marche rapidement dès qu'elle se déclare et la guérison a lieu du huitième au quinzième jour.

Ces données caractéristiques, résumées par Lasègue dans son Etude rétrospective (*Arch. de méd.*, 1877), constituent un schéma nettement défini. Mais bon nombre d'observations en diffèrent par l'intensité des accidents. Aussi M. Ma-

(1) Dans notre premier article, nous avons par erreur attribué à M. Sénac-Lagrange la notion de la diathèse congestive. Elle est due à M. H. Sénac (*Études sur la diathèse congestive et ses manifestations pathologiques*. Clermont-Ferrand, 1882).

---

sur la vie et la mort. Anatomie générale et descriptive. Né a Thoirette (Jura), ancienne Bresse, le xi novembre 1771. Mort a Paris le 22 juillet 1802.

2° En bronze de 4 centimètres. D'un côté, le buste à gauche, sous lequel L. Dubour, F. Inscr. Xavier Bichat. Au revers : Né a Thoirette en 1771. Mort en 1802.

3° En bronze et en argent, de 2 centimètres 2/3. D'un côté, le buste à droite, sous lequel Galle, F. Au revers : le bâton d'Esculape. Inscr. : Société médicale d'émulation de Paris. m.dccc.vii.

C'est la médaille que la Société médicale d'émulation fit frapper en 1807, et qu'elle donnait en jetons de présence ou en prix à ses lauréats. A Larrey l'honneur d'en avoir eu l'idée, ainsi que le prouve une intéressante correspondance établie entre lui et Tartra, alors secrétaire général de la Société (cabinet de M. le baron H. Larrey). On mit des soins pieux à faire graver cette jolie médaille, et on la fit d'après un buste de Bichat, d'après un médaillon fort rare, d'après aussi les renseignements fournis par les personnes qui avaient le mieux connu Xavier, tels que Esparron, Roux. Visconti fut aussi consulté relativement aux légendes, aux allégories à mettre sur le jeton.

Enfin, nous ne devons pas oublier un joli médaillon dû à David (d'Angers).

V. — Papiers scientifiques de Bichat.

Dans le commencement du mois de mars 1832, un frère puîné de notre Bichat, possesseur de ses papiers, écrivit à la Faculté de médecine de Paris, et lui proposait de les lui vendre. Il s'agissait d'une somme de 2000 francs. Mue par un noble sentiment, l'Ecole recevait avec sympathie cette proposition, et nommait, pour lui faire un rapport, une commission composée de Roux, Bérard et Cruveilhier. Le rapporteur fut Roux, et l'on ne pouvait faire un meilleur choix en la personne de l'ami intime du physiologiste. Aussi le rapport de

thieu décrit-il à côté de la forme bénigne une forme grave, où la mort peut être déterminée par l'abondance et la répétition des hémorrhagies nasale, buccale, intestinale, rénale. C'est dans ces cas surtout que l'on observe les phénomènes cérébraux étudiés par Duplaix (*Etude sur les hémorrhagies des centres nerveux dans le purpura hémorrhagique*, in *Arch. de méd.*, avril et mai 1883). Le délire, le coma, l'amaurose, les attaques épileptiformes et les paralysies viennent compliquer le tableau symptomatique résultant le plus souvent de l'anémie cérébrale, d'autres fois d'hémorrhagies méningo-encéphaliques multiples et diffuses, rarement en foyer.

La maladie de Werlhof se produit habituellement chez des gens affaiblis et épuisés, parfois aussi chez des sujets en parfaite santé. Parmi les causes incriminées, quelques-unes méritent d'être relevées : ce sont les commotions nerveuses. Une violente émotion fut l'origine d'un purpura hémorrhagique mortel chez ce jeune sculpteur, employé au musée de Fontainebleau, qui, dans l'exercice de ses fonctions, avait manqué de renverser et de briser un meuble précieux (Lancereaux). Chez le malade de M. Frémont (Observation rapportée dans la thèse de Du Castel), l'apparition de purpura fut précédée d'une fureur épouvantable à l'occasion d'une discussion de famille. M. Hartmann vient de publier dans la *Revue de chirurgie* (septembre 1883) une observation de purpura hémorrhagique survenu chez un jeune homme de dix-huit ans, qui, se trouvant assis sur un banc, fut renversé le dos contre terre par un de ses camarades placé derrière lui ; le cas est intitulé *purpura traumqtique*. Enfin c'est le lieu de rappeler que le même complexus symptomatique a été observé à la suite des traumatismes de l'urèthre (Sorel, Blum). Dans tous ces faits l'intervention du système nerveux est évidente ; elle semble confirmée par la brusquerie habituelle du début (Mathieu), par les intéressants phénomènes de raie méningitique et d'œdème neuro-paralytique observés par M. Clément, chez un malade atteint de maladie de Werlhof (*Revue de médecine*, 1882, p. 893). Le mode pathogénique nerveux ou myélopathique semblerait certes applicable à ces cas, mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il soit possible de se prononcer en connaissance de cause.

II

La maladie de Werlhof existe avec des signes précis et mérite d'être conservée sous ce nom, que justifient les besoins de la clinique et le respect de la tradition. Mais est-on autorisé à l'élever à la hauteur d'une espèce? Telle est la question que s'est posée Lasègue.

Tous les médecins ont été frappés des analogies du purpura hémorrhagique avec le scorbut. Pour Cazenave, Récamier, Andral, dont l'opinion est reproduite et partagée par les auteurs du Compendium, le purpura n'était que le premier degré du scorbut : c'était le scorbut de terre, le scorbut sporadique de nos contrées. On a essayé, dit Grisolle, de distinguer le pourpre du scorbut, mais nous croyons que ce sont des degrés ou des variétés d'une même affection. Il me paraît difficile, conclut à son tour M. le professeur Jaccoud, de ne pas admettre que le purpura et le scorbut sont deux variétés ou deux degrés d'une seule et même maladie, dont le trait essentiel est une *diathèse hémorrhagique accidentelle*. Enfin Lasègue, cherchant la place de la maladie de Werlhof, accepte non moins nettement sa parenté avec le scorbut.

C'est qu'il existe une forme chronique de la maladie de Werlhof ne différant en rien du purpura scorbutique. Les lésions des gencives existent dans les deux cas ; la localisation des taches purpuriques autour des follicules pileux est un signe pathognomonique sans valeur, puisqu'elle se retrouve dans les circonstances les plus diverses (Hillairet, Lailler, Ern. Besnier) ; les infiltrations sanguines sous-cutanées et intermusculaires, le sphacèle et l'ulcération consécutive des plaques ecchymotiques se retrouvent encore dans des conditions multiples. La durée et l'intensité des accidents sont en somme les seuls éléments distinctifs des formes du purpura hémorrhagique, depuis la maladie de Werlhof, à évolution rapide, jusqu'au scorbut sporadique ; le scorbut épidémique lui-même ne paraît être que la plus haute expression du syndrome. Pendant l'épidémie du siège de Paris, Lasègue a pu, chez les détenus des prisons de la Seine, observer une série progressive de cas commençant au purpura simplex le plus anodin pour aboutir au scorbut confirmé. Dès lors, suivant la remarque de cet éminent clinicien, la ligne schématique du scorbut semble s'étendre de la maladie de Werlhof sous sa forme la plus adoucie, jusqu'aux épidémies scorbutiques, qui présentent le summum possible de la maladie. Aussi M. Mathieu a-t-il réuni dans un même chapitre la maladie de Werlhof et le scorbut sporadique, formes aiguë et chronique du même type morbide.

Cette doctrine uniciste, très satisfaisante au point de vue clinique, est-elle vraie au point de vue de l'étiologie et de la nature ? Le scorbut est généralement attribué à une hygiène

---

Roux fut-il favorable (séance du 23 mai 1832). Seulement l'Ecole ne voulut point que toute la dépense incombât à ses « dépenses courantes », et elle demanda que le ministre de l'instruction publique y entrât pour une certaine part. Le ministre fut de bonne composition, et il répondit que lesdits 2000 francs seraient couverts, moitié « par les dépenses variables de la Faculté, » moitié par un crédit extraordinaire ouvert à cet effet par l'Université.

Et ainsi fut fait. Et ainsi la Faculté entra en possession du trésor, qui appartient aujourd'hui à la bibliothèque.

J'assure qu'on ne le consulte pas sans émotion. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces papiers pour reconnaître que Bichat, après avoir doté la science de pages immortelles sur l'anatomie et la physiologie, avait le projet, — annihilé par la mort seule, — de prendre la pathologie, l'anatomie pathologique, la thérapeutique et la matière médicale pour sujets de nouveaux chefs-d'œuvre; il voulait ainsi parcourir le cycle presque entier de la médecine, et allait justifier cette observation de Sandifort écrivant à Hallé : « Dans dix ans votre Bichat aura dépassé notre Boerhaave. »

Les manuscrits de Xavier sont représentés par deux volumes in-folio, non reliés, et par huit boîtes remplies de notes, de brouillons, de projets de mémoires, de plans d'études et d'observations prises à l'Hôtel-Dieu. Presque rien n'est rédigé ; mais sous la forme de tableaux synoptiques, mis à la mode par Chaussier, un de ses maîtres, Bichat a tracé sur feuilles volantes ou sur petits cahiers le programme d'ouvrages sur la pathologie et la thérapeutique. Ce sont comme des jalons placés sur la route que le grand génie avait formé le projet de parcourir.

1° *Anatomie générale*. Le manuscrit est presque entier, il a peu de ratures, et semble avoir été écrit comme d'un seul jet. Livré aux libraires Brosson et Gabon, — pour 25 louis, dit-on, — il en est revenu à l'auteur, pour les corrections, avec les *placards;* on voit, en effet, sur la *copie*, les noms des ouvriers typographes qui ont coopéré à la composition.

défectueuse, à des influences morales dépressives, et par-dessus tout à la privation de végétaux frais; de cette dernière circonstance résulterait la diminution des sels de potasse dans le sang. Or quelles sont les causes du purpura hémorrhagique à évolution lente? Ici encore l'on trouve mentionnés les privations, l'habitation dans un logement humide, les excès de travail, les chagrins et les émotions. Mais souvent aussi l'affection survient spontanément chez un sujet en pleine santé; ou bien l'on découvre dans la manière de vivre du malade quelque condition spéciale, comme le séjour habituel auprès des fourneaux et dans l'atmosphère confinée des cuisines; cette étiologie est signalée dans une observation de M. le professeur Hayem (*Soc. de biologie*, 1876); elle se retrouve dans un cas de Barth (*Société clinique*, 1882) et à cette occasion M. Quinquaud incriminait une intoxication lente par l'oxyde de carbone. Somme toute, les causes du purpura hémorrhagique à forme scorbutique ne sont rien moins que constantes. C'est une diathèse hémorrhagique accidentelle, une hémophilie acquise, fait d'une misère physiologique de nature indéterminée, résultant elle-même de circonstances très diverses.

Ce qui prouve la variabilité de son étiologie, c'est l'analogie frappante de quelques purpuras hémorrhagiques secondaires avec le purpura hémorrhagique primitif ou spontané. Les purpuras cachectiques, dont le purpura scorbutique est le type le plus parfait, revêtent souvent ses allures. Certaines formes de purpura rhumatismal (observation de Worms, Oriou, Perroud) se présentent avec le même aspect; aussi M. Du Castel propose-t-il de les appeler *purpuras rhumatismaux à forme scorbutique*, en se demandant si ces affections ne doivent pas leur ressemblance avec le scorbut à une altération spéciale du sang voisine de celle du sang des scorbutiques.

Si nous connaissions la nature intime de cette dyscrasie, le problème nosologique soulevé par ces intéressants rapprochements serait facilement résolu. Malheureusement les recherches les plus approfondies n'ont pu déterminer une lésion hématique constante et univoque; l'inopexie, condition commune des cachexies, est la seule altération qui soit indiquée avec une certaine unanimité. Les lésions des solides, et notamment les lésions vasculaires, quoique remarquables dans quelques cas (Hayem), font le plus souvent défaut. Et l'on se trouve ainsi amené à invoquer ce mécanisme général si justement mis en relief par M. Du Castel, l'excès de tension dans les vaisseaux résultant de la stase ou de la congestion. Mais quel est dans ce processus intime le rôle du système nerveux? Quelle est la part de la dyscrasie? C'est ce qu'il est difficile de dire quant à présent.

III

Il nous reste à signaler une troisième forme de purpura hémorrhagique, celle que M. Mathieu décrit sous le nom de *purpura infectieux*, et qui répond au purpura hémorrhagique fébrile de Rayer.

Le purpura hémorrhagique est chose commune dans les maladies générales et infectieuses. Il peut être la seule expression symptomatique de ces formes foudroyantes et malignes de variole qui tuent avant l'éruption. La méningite cérébro-spinale, le typhus exanthématique, la fièvre jaune, l'ictère grave donnent naissance aux mêmes accidents. Dans ces maladies l'éruption pétéchiale et les hémorrhagies viscérales sont manifestement la conséquence de l'empoisonnement du sang. Ce sont des purpuras toxiques ou infectieux secondaires.

Or on peut observer le cortège symptomatique du purpura infectieux, survenant primitivement, en l'absence de toute maladie déterminée et de toute contagion appréciable. Le purpura infectieux primitif a donc sa place marquée à côté du purpura rhumatismal, du purpura scorbutique et de la maladie de Werlhof.

L'affection survient sans cause connue, chez des sujets en pleine santé. D'emblée la température monte à 39 ou 40 degrés. Le pouls devient petit et fréquent. Aux pétéchies et aux suffusions sanguines cutanées, aux hémorrhagies viscérales, s'ajoutent une prostration profonde avec langue sèche, albuminurie, quelquefois douleurs et gonflement des jointures. C'est alors la forme pseudo-rhumatismale du purpura infectieux comprenant sans doute certains cas dits de rhumatisme hémorrhagique. La mort peut survenir en vingt-quatre ou quarante-huit heures par adynamie et épuisement. Ailleurs le début est plus insidieux. Un simple embarras gastrique fébrile ou bien un purpura sans gravité ouvrent la scène; les accidents viscéraux et l'état général ne se montrent qu'ultérieurement comme dans l'ictère simple, qui tourne brusquement à l'ictère grave, en raison d'une prédisposition spéciale ou du terrain sur lequel il évolue.

A l'autopsie de ces malades on ne trouve que les lésions communes des fièvres infectieuses. Les analyses du sang et des humeurs au point de vue des microbes n'ont encore donné aucun résultat. Mais, d'après la marche des accidents, il est

---

Bichat n'a pas renvoyé son manuscrit à l'imprimerie, et voilà comment nous le possédons. « L'activité de Bichat était prodigieuse, a dit M. Jousserandot (du Jura), qui l'avait connu. Je l'ai vu plusieurs fois refaire à l'imprimerie une feuille illisible pour lui et pour le typographe. Jamais il ne copia une seconde fois ce qui devait être livré à la presse le lendemain. Chose étrange, les deux derniers volumes de l'*Anatomie générale* furent composés les derniers. »

2° *Anatomie descriptive.* On sait que Bichat, surpris par la mort, n'a pu rédiger que les deux premiers volumes et une partie du troisième (jusqu'à la description du ganglion cervical supérieur, t. III, p. 321). L'ouvrage fut ensuite continué par Buisson et terminé par Roux.

3° *Eloge de Desault.* Ce n'est qu'un brouillon, un brouillon chargé de ratures. Tout en songeant et en rédigeant, Xavier a jeté dans les marges quelques coups de plume de sa façon, des lettres majuscules entrelacées, des arabesques, les noms de Xav. Bichat surmontés d'une figure en profil. Nous avons trouvé aussi, dans ce même cahier, et sur feuille volante, le dessin d'un lit forme consulat, portant les attributions funèbres de deux hiboux (?) au-dessous. Serait-ce le lit sur lequel le grand chirurgien a rendu le dernier soupir?...

4° *Observations prises à l'Hôtel-Dieu.* Elles sont nombreuses et occupent toute une boîte. Un certain nombre d'entre elles sont rédigées sur feuilles imprimées. Il y en a une du mois de juin 1802,—un mois avant la mort de Bichat.

5° *Traité des membranes.* Notes; brouillon.

6° *Recherches sur la vie et la mort.* Notes; projet de travail.

7° *Mémoire sur la membrane synoviale des articulations.* Brouillon du travail publié dans les *Mémoires de la Société d'émulation*, t. II, an VII, p. 350-370.

8° *Discours sur l'étude de l'anatomie.*

9° *Discours sur l'étude de la physiologie.*

10° *Discours sur l'histoire de l'anatomie.*

11° *Pathologie.* Deux boîtes. Une foule de notes; projet d'ouvrage.

permis de soupçonner une infection dont la nature nous échappe. Quoi qu'il en soit, le type morbide est bien défini. Aux recherches à venir d'en élucider le caractère intime.

En terminant cette étude générale des formes du purpura, il est bon de rappeler que nous avons en spécialement en vue les variétés symptomatiques, les schémas autour desquels peuvent se grouper les nombreux cas décrits par les auteurs. Deux faits surtout se dégagent des recherches modernes : d'une part, le rôle prépondérant du système nerveux dans la pathogénie de l'éruption pourprée et des hémorrhagies internes qui l'accompagnent; en second lieu, l'insuffisance et la variabilité des notions étiologiques qui renversent l'ancien échafaudage du purpura entité morbide. Le purpura est en somme la manifestation d'une diathèse hémorrhagique accidentelle ou symptomatique, et, suivant la juste remarque de M. Du Castel, le qualificatif étiologique est nécessaire pour en définir l'espèce.

P. Merklen.

Contributions pharmaceutiques.

MIXTURE DENTIFRICE.

L'eau de Botot est un excellent collutoire; mais, étant une teinture, c'est-à-dire une macération de substances dans l'alcool, elle n'a pas la suavité des alcoolats, ni même des solutions alcooliques d'essences. L'extractif qui s'y trouve dissous a bien sa petite utilité comme tonique des gencives, mais il nuit au parfum. La maison qui exploite une eau analogue a compris tout le parti qu'on pouvait tirer d'une liqueur fabriquée comme l'eau de Cologne, c'est-à-dire par distillation ou simple solution des essences dans l'alcool. Aussi cette mixture peut-elle servir tout aussi bien pour les lavages extérieurs que pour ceux de la bouche. Quand on la volatilise, elle ne laisse comme résidu que des traces d'extrait provenant de la matière colorante. Partant de ces observations, j'ai composé la formule suivante, qui donne une eau dentifrice fort agréable. La différence qui existe entre son prix de revient et celui des eaux dentifrices ordinaires, qui est deux ou trois fois moins élevé, n'est qu'apparente, parce qu'il en faut beaucoup moins pour produire le même résultat.

Mixture dentifrice.

Essence de menthe anglaise...	10 grammes.
— d'anis de France......	4 —
— de badiane..........	4 —
— de cannelle de Ceylan.	1 —
— de roses............	0gr,50.
— de girofle............	2 grammes.
Teinture d'ambre............	2 —
— de vanille..........	10 —
— de cochenille........	25 —
— de bois de Campêche..	2 —
— d'iris..............	6 —
Sucre candi en poudre........	10 —
Alcool à 90 degrés..........	1 litre.

Filtrer après quarante-huit heures de contact.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

La chorée du larynx. Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 16 octobre 1883, par M. le docteur Blachez, médecin des hôpitaux.

Bien que je n'aie observé que deux fois, chez les enfants, l'affection dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie, je n'ai nullement la prétention de décrire une maladie nouvelle. Cependant on chercherait vainement dans la plupart des traités classiques des faits absolument similaires. J'en ai trouvé l'indication sommaire dans un article du Dictionnaire en 30 volumes rédigé par deux illustres maîtres: MM. Guersant et Blache. Ce n'est qu'une indication. Les détails font absolument défaut.

Dans le chapitre que MM. Rilliet et Barthez ont consacré à la chorée, il n'en est pas question.

M. Bouchut, parlant des chorées partielles, cite des malades qui aboyaient à chaque expiration. Chez ces malades la chorée se manifestait d'ailleurs avec ses symptômes habituels.

Dans la clinique si intéressante de Ch. West, traduction du docteur Archambault, je ne trouve aucune observation de cas analogues.

Il résulte de ces recherches que la maladie serait tout au moins fort rare et que des médecins d'enfants, malgré une longue pratique, ont pu n'en observer aucun cas dans toute leur carrière.

En revanche, on rencontre assez souvent chez les femmes

12° *Anatomie pathologique.* Plan d'un cours; remarques. Comme nous l'avons déjà dit, Béclard ayant recueilli un cours fait par Bichat sur cette matière, et le manuscrit de Béclard étant tombé entre les mains d'Ollivier (d'Angers), le libraire J.-B. Baillière l'a publié sous ce titre : *Le dernier cours de Bichat : anatomie pathologique.* Paris, 1825, in-8°.

13° *Physiologie.* Une boîte. Notes, etc.

14° *Matière médicale.* Une boîte.

15° *Chirurgie.* Nombreuses notes et mémoires incomplets, entre autres : un mémoire sur les préparations qu'on fait subir aux malades qui doivent subir une opération grave.

16° *Thérapeutique; matière médicale.* Une boîte. On possède des traces de ce projet de Bichat dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris par P.-F.-M. Pairier (28 frimaire an XI — 19 décembre 1802, in-8°). Elle a pour titre : *Dissertation sur les émétiques, précédée de considérations sur la matière médicale.* Dédiée à la mémoire de Bichat. On y lit : « On reconnaîtra aisément, dans ces considérations générales et dans le reste de la dissertation, plusieurs des vues énoncées par le célèbre Bichat dans le cours de matière médicale qu'il n'a point fini. Bichat, cet homme illustre..., avait commencé à l'Hôtel-Dieu l'essai des médicaments simples, et avait déjà obtenu des résultats très satisfaisants qui faisaient espérer que la matière médicale aurait aussi désormais pour base des faits de la plus rigoureuse observation. »

Il y aurait peu d'intérêt à la publication de ceux de ces manuscrits qui ne figurent pas dans les œuvres imprimées de Bichat. Nous avions d'abord eu l'intention de reproduire le *Discours sur l'histoire de l'anatomie;* mais ni cette leçon d'ouverture d'un cours, ni les autres manuscrits, ne portent assez l'empreinte des grandes vues physiologiques et des doctrines qui ont illustré le nom de Bichat. Ce sont de simples reliques à conserver en mémoire d'un grand nom.

A. Chereau.

hystériques des phénomènes tout à fait analogues, mais qui se manifestent dans un ensemble morbide tout différent. On a étudié ces cas sous la dénomination assez mal choisie de *délire des aboyeurs*.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru que les faits dont il s'agit pouvaient mériter l'attention de l'Académie.

Quand il faudra en déterminer la nature, nous verrons à quelle classe d'affections ils doivent être rapportés et s'il convient, comme je l'ai fait, de les désigner sous le nom de *chorée* laryngée.

Je les envisagerai d'abord au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, et j'exposerai, parmi les méthodes thérapeutiques variées qui ont été employées, celle dont l'efficacité m'a été particulièrement démontrée.

Je pense qu'il convient d'exposer *in extenso* la première de ces observations, afin de bien préciser les caractères de la maladie que j'ai voulu étudier.

Obs. I. — Le jeune R..., âgé de dix ans, a été soigné dans sa première enfance d'une kératite chronique avec granulations conjonctivales. Des cautérisations au sulfate de cuivre ont été prescrites. L'enfant a guéri, conservant sur les deux cornées, la droite surtout, des opalescences demi-transparentes et qui apparaissent surtout quand, la pupille étant dilatée, elles se détachent sur le fond noir de l'œil. Le père était tuberculeux, la mère est arthritique; mais vigoureuse et de bonne santé. L'enfant est bien développé et ne présente aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Il vit dans d'excellentes conditions et n'a jamais eu de maladie grave.

Vers le milieu de janvier, il commence à tousser légèrement, sans fièvre. La toux devient bientôt rauque et augmente de fréquence. La gorge est saine. Quand je le vois, cinq jours après le début de cette indisposition, cette toux présente un caractère particulier. Elle est peu douloureuse et procède par quintes. Cinq ou six secousses se succèdent brusquement, s'accompagnant d'une sorte d'aboiement rauque et en même temps sonore, impossible à imiter dans les conditions normales. Cette toux cesse complètement pendant le sommeil, qui est tranquille et prolongé. Aucun râle ne se fait entendre dans la poitrine. L'enfant est gai, a bon appétit. Il ne se plaint que d'une légère fatigue dans le thorax et d'une pesanteur de tête très supportable. L'état général est excellent. Aucun mouvement choréique dans les membres. Je lui prescris le sirop de belladone associé à des prises de poudre de valériane. La dose du sirop est élevée jusqu'à déterminer un trouble de la vue. On en diminue alors la dose. Au bout de six jours, aucun résultat n'est obtenu. Je prescris la cravate froide appliquée pendant une heure, sans plus de succès. Les bains sulfureux réussissent mal. Dès le second bain, la voix est absolument éteinte. Les bains sont suspendus. On s'adresse au bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Au bout de quinze jours, les caractères de la toux se modifient, sans qu'il y ait amélioration. Tout au contraire, les accès, qui étaient très fréquents, mais de courte durée, sont beaucoup plus espacés, et durent pendant deux heures chaque fois. Les secousses de toux rauque et saccadée sont alors remplacées par une sorte de chant grave à deux notes, toujours identiques, et dont le timbre ne saurait être imité par un enfant du même âge. L'accès ne dure jamais moins de trois quarts d'heure. Pendant tout ce temps, l'enfant se promène avec agitation. La toux ne paraît pas le fatiguer beaucoup. Cependant, vers la fin de l'accès, la figure rougit et la lassitude se manifeste.

Tout a été employé pour interrompre cet accès. L'enfant, qui est docile, se prête à tous les essais. On le fait lire à haute voix; on fixe vivement son attention par quelque jeu intéressant. Quand l'accès s'annonce, il fait tout ce qu'il peut pour retenir son haleine. Rien n'y fait, l'accès suit son cours, jusqu'à ce que surviennent trois ou quatre secousses brusques de toux ordinaire qui terminent la crise. L'enfant est prévenu de son accès par un sentiment d'angoisse et de dyspnée particulier. Il peut le retarder en se mettant au lit. Comme ces accès se montrent rarement quand il est couché, il reste au lit une partie de la journée.

Abandonnant tout autre traitement, nous commençons le chloral à la dose de 1 gramme à 1gr,50 par jour dans du sirop de framboises. L'effet fut remarquable. Dès le second jour, il n'y eut que deux crises.

Au cinquième jour, l'enfant était à 1gr,80; les crises ont disparu. Le soir même, une fièvre vive se déclare avec douleur violente dans le mollet gauche. La pression y est insupportable, bien qu'il n'y ait aucun empâtement. Pas de douleurs articulaires. On suspend le chloral. La fièvre tombe au bout de vingt-quatre heures. L'appétit reparaît. Les douleurs sont calmes. Les quintes sont définitivement suspendues. Cependant il y a encore des envies de tousser, auxquelles l'enfant, fort intelligent, résiste énergiquement en respirant le moins possible. On reprend le chloral à la dose de 1 gramme. Deux jours après, la fièvre reparaît. L'enfant se réveille pendant la nuit, appelle sa mère et, ne la voyant pas venir, s'affole et court à travers les appartements à la recherche d'un domestique. On le calme; on le recouche; la fièvre dure toute la nuit et la journée suivante. Depuis deux jours, il accusait de vives démangeaisons à l'anus. L'examen ne nous offre rien d'anormal. On suspend définitivement le chloral et l'enfant est envoyé à la campagne, où il séjourne deux mois. Sa santé s'y est rétablie. Il prétend cependant qu'il a essayé à plusieurs reprises de se *donner* des crises, en toussant, sans besoin, plusieurs fois de suite. Il a réussi à provoquer quelques crises très courtes avec le chant bizarre qui les caractérisait.

A peine de retour à Paris, il a une rechute. Le chloral est repris et porté rapidement à 2 grammes. L'amélioration est manifeste. On le renvoie dans sa pension; mais les attaques reviennent. Il en a jusqu'à neuf par jour. Nouvelle amélioration par le chloral, qui est bientôt abandonné.

L'enfant quitte définitivement Paris. Je l'ai revu six mois après. Il n'avait plus de crises; mais au moindre refroidissement survenait une toux à caractère particulier, analogue à celle qu'il avait lors de ses quintes. Depuis, il s'est rétabli et a repris ses études.

En résumé : Enfant lymphatique, né de mère arthritique, pris au commencement de janvier d'une laryngite légère avec toux spasmodique et qui présente au bout de quelques jours des caractères tout particuliers. Aucun phénomène choréique n'apparaît dans les membres. Tous les mouvements sont réguliers. Les diverses médications : bromure de potassium, valériane, belladone échouent complètement. Le chloral seul donne un résultat décisif et rapide.

Deux accès fébriles très intenses signalent la fin de la maladie.

Obs. II. — Charles S..., six ans; enfant délicat, lympho-anémique, s'enrhume souvent et ses rhumes durent longtemps. — La mère est délicate. Une tante maternelle est morte phthisique. Le père est arthritique.

Il a été pris en décembre 1880 d'une bronchite sans gravité, mais qui a duré six semaines, sans qu'il quittât la chambre. En février 1881, il allait beaucoup mieux, quand il fut pris un jour, en sortant de table, d'une sorte d'éructation violente, sonore, qu'on attribua à des gaz venant de l'estomac. Quelques paquets absorbants : magnésie et charbon, furent administrés sans résultat. Le phénomène se reproduisit plusieurs fois après les repas.

J'assistai un matin à une de ces crises. Elle survint vers onze heures entre les deux déjeuners. C'est un cri grave, éclatant, tout à fait analogue au hêlement d'une chèvre mécanique. C'est à s'y méprendre. Ce cri revient huit ou dix fois en quelques minutes, toujours identique.

Les crises se renouvellent plusieurs fois dans la journée. Leur fréquence diminue quand on distrait l'enfant. Elles ne se produisent jamais pendant le sommeil, qui est excellent. Il est nerveux, toujours agité, très loquace, mais il n'a pas de vrais mouvements choréiques. Sa santé est parfaite. Sous l'influence du bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes et des bains sulfureux, les crises diminuèrent rapidement. Vers la fin de février, elles cessèrent définitivement.

Ici la maladie est de forme plus bénigne et bien plus accessible à la médication. Le bromure a complètement réussi.

La première fois que je me trouvai en présence de ces phénomènes assez bizarres, je cherchai à me mettre en garde contre toute simulation.

Je connaissais de longue date ces deux enfants. Élevés par des parents d'intelligence distinguée, ils étaient tous deux d'un caractère aimable et enjoué, fort dociles, n'ayant jamais présenté aucune bizarrerie. Je les ai suivis tous deux, en famille, dans leur milieu habituel. Jamais enfants ne furent moins suspects de simulation. Le premier surtout, plus âgé, plus éprouvé que l'autre par des crises prolongées qui le fatiguaient beaucoup, était fort péniblement affecté de son état et des inquiétudes qu'il inspirait à sa mère, qu'il chérissait profondément.

Chez tous deux, le cri, quoique très différent, était de ceux qu'un enfant bien portant, de leur âge, n'aurait pu assurément produire. Il fallait un état tout particulier des cordes vocales, un mode d'expiration tout spécial, pour émettre un son aussi grave, et en même temps aussi puissant. Le chevrotement très singulier que faisait entendre le second enfant était tout à fait inimitable. Tel il s'était produit le premier jour, tel il persista jusqu'à la fin, sans la plus légère modification. — Jamais ni l'un, ni l'autre, depuis leur guérison, n'ont pu émettre aucun son qui les rappelât, même d'une façon éloignée.

Dans ces conditions, et si prévenu que je fusse contre la sincérité de ces étranges phénomènes, j'abandonnai complètement l'idée d'une simulation.

Je dois dire que l'un de nos plus éminents confrères, appelé en consultation auprès du premier malade, ne s'arrêta pas un moment à cette idée, et qu'après avoir étudié curieusement ce cas, qu'il n'avait jamais rencontré dans sa longue pratique, il s'arrêta à l'idée d'une manifestation hystérique ou plutôt d'une sorte de chorée localisée. — C'était ce diagnostic que j'avais posé moi-même, après des examens multiples et de longues réflexions.

En analysant avec plus de soin les phénomènes observés, je remarquai que l'appareil laryngien ne devait pas seul être mis en cause. Très certainement un état particulier des cordes vocales ou plutôt de l'appareil musculaire qui les met en jeu, était nécessaire pour produire ces sons étranges et toujours identiques; mais la participation des muscles expirateurs, du diaphragme en particulier, n'était pas douteuse. Une expiration violente, convulsive intervenait certainement comme phénomène initial; quelque chose comme un spasme diaphragmatique. Le phénomène était donc complexe et impliquait l'association d'organes reliés d'ailleurs entre eux par d'étroites sympathies.

L'idée d'une affection de nature hystérique s'accordait peu avec l'état antérieur et habituel des enfants, leur âge, leur manière de vivre.

L'un avait dix ans, l'autre six ans. Ni l'un ni l'autre n'avaient été atteints de convulsions ou d'affections spasmodiques. — Le premier était un enfant tranquille, assidu, laborieux. L'autre, plus jeune, avait un caractère remarquablement doux et affectueux. Jamais aucune bizarrerie, aucune impulsion étrange, n'avait été observée chez lui.

Je remarque que tous deux étaient nés de parents manifestement arthritiques; la mère, pour le premier; le père, pour le second; arthritisme qui s'est affirmé par des accidents bien nets : accès multiples de coliques néphrétiques chez l'une; douleurs articulaires de l'épaule et musculaires chez l'autre.

Le diagnostic d'une chorée fruste, anormale, me paraissait être celui qui s'adaptait le mieux à la nature des accidents.

La difficulté résultait de cette circonstance, qu'en dehors d'une certaine agitation, d'une excitation psychique, aucun mouvement véritablement choréique n'avait été noté. En effet, des spasmes laryngiens, des aboiements, des cris bizarres ont été souvent notés dens la chorée, associés aux désordres moteurs qui la caractérisent; mais là tout se limitait au larynx ou, si l'on veut, à l'ensemble de l'appareil phonateur.

Il était également impossible de s'arrêter à l'idée d'une forme anormale de laryngite striduleuse ou spasmodique. L'absence absolue de toux dans l'intervalle des accès; la conservation de la voix, la liberté complète de la respiration éloignaient une pareille interprétation.

Le traitement, dont il nous reste à parler, ne pouvait nous renseigner davantage sur la nature de la maladie. J'avais cru en avoir promptement raison à l'aide des préparations de belladone associées à la valériane et portées rapidement à des doses élevées, c'est-à-dire jusqu'à un commencement d'intoxication. L'effet en fut absolument nul.

Je pensais être plus heureux en m'adressant à l'hydrothérapie. La cravate froide appliquée pendant plusieurs jours, et trois fois dans les vingt-quatre heures, n'améliora pas les accidents.

Le grand sédatif du système nerveux, le *bromure de potassium*, fut administré à doses élevées et croissantes pendant quinze jours. Même insuccès, au moins chez mon premier malade.

On ne peut pas dire que l'influence du bromure ne se soit pas fait sentir chez lui. Les accès furent modifiés; mais sans avantage, en ce sens que, s'ils s'éloignèrent sensiblement, ils devinrent, par contre, plus longs et plus fatigants.

Après avoir expérimenté sans succès la belladone, la valériane, l'hydrothérapie, le bromure, les bains sulfureux, je passai au chloral et j'obtins d'emblée, chez mon premier malade, un succès remarquable. Quand la médication fut instituée, l'affection était à son summum d'intensité. La dose fut rapidement portée de 1 gramme à 1gr,80. L'effet se manifesta dès le second jour. Au cinquième, les crises avaient disparu.

Faut-il attribuer à l'action du chloral la fièvre qui se manifesta à deux reprises à la suite de son administration et qui s'accompagna la première fois de douleurs rhumatoïdes dans les muscles du mollet; fièvre qui tomba en vingt-quatre heures, après la suspension du chloral, et qui reprit au bout de deux jours? — Je ne saurais me prononcer à cet égard; mais je crois que l'apparition de ce mouvement fébrile a pu avoir une influence favorable sur la terminaison des crises.

On sait le rôle que jouent souvent dans la chorée les maladies fébriles intercurrentes.

Chez notre second malade, plus jeune, plus délicat, le bromure de potassium à dose moyenne suffit à arrêter les crises.

Il nous paraît donc que deux agents : le bromure de potassium et le chloral sont particulièrement recommandables dans le traitement de la *chorée* laryngée.

En terminant, nous nous demandons de nouveau si cette dénomination de *chorée* laryngée est justifiée par nos deux observations.

Pour admettre la nature choréique des accidents, nous nous sommes fondés sur les antécédents arthritiques héréditaires des deux enfants; sur l'absence de ces phénomènes nerveux multiples et variés des troubles de la sensibilité qu'on observe chez les névropathes; sur l'intégrité complète des fonctions psychiques; sur la suspension absolue des accidents pendant le sommeil, qui, chez tous deux, resta calme et réparateur. Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs que cette dénomination de *chorée laryngée* est incomplète, en ce sens qu'elle suppose l'action isolée du larynx là où nous admettons un consensus de tout l'appareil moteur de la respiration.

Quelle que soit l'appréciation qu'on doive adopter, nous avons pensé qu'il était bon de mettre en relief deux faits morbides peu communs, surtout dans les conditions où nous les avons observés.

Médecine expérimentale.

Nouvelles recherches sur les origines de la vaccine, par le docteur Warlomont, de Bruxelles (1).

Après avoir remercié l'Académie de l'honneur qu'elle veut bien me faire en me permettant d'aborder cette tribune, j'ai à m'excuser de venir l'entretenir encore des origines de la vaccine, sujet qu'elle a déjà à ce point approfondi, qu'on était fondé à le croire épuisé. Je le fais cependant, parce que la question me paraît pouvoir être envisagée aujourd'hui d'un point de vue nouveau, celui de l'atténuation des germes.

Depuis Jenner, la question se pose de savoir si c'est au cheval ou au bœuf qu'il faut attribuer la palme à titre d'ani-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine de Paris, le 16 octobre 1883.

mal vaccinogène. C'est le cheval qui tient la corde aujourd'hui. C'est à lui qu'on attribue surtout l'honneur de fournir, dans des conditions voisines de la spontanéité, à la faveur d'une fièvre éruptive dite *horse-pox*, l'éruption spéciale à laquelle l'immortel inventeur de la vaccine a emprunté les éléments de sa renommée.

J'ai dit « dans des conditions voisines de la spontanéité ». Est-il besoin de rappeler que la spontanéité absolue d'une maladie virulente, représentée par un germe vivant, ne peut plus être considérée comme possible? Rien de ce qui a vie ne se crée sans la préexistence d'un germe; le microbe de la variole pas plus que l'acarus de la gale, pas plus que la plus modeste mousse ou que l'arbre le plus puissant, pas plus que le plus frêle puceron ou que le mammifère le plus monumental.

Que faut-il donc entendre par les mots « animal vaccinogène »? Étant reconnu que le principe virulent est représenté, dans la variole comme dans la vaccine, par un micrococque déterminé, l'idée de spontanéité ne peut plus y être représentée. Pour que le cheval ou que la vache produisent la vaccine, il faut que le principe en ait été semé en eux par les voies, encore à un certain point mystérieuses, de la nature. « Un phénomène *spécial*, comme la création d'une maladie virulente, ne peut naître autrement que sous l'influence de causes spéciales nettement déterminées. L'économie animale ne peut rien faire *spontanément* dans le sens propre du mot. Elle doit être sollicitée à l'action par une condition déterminante, c'est-à-dire par une cause. Que si cette condition manque, l'activité créatrice de l'organisme ne peut pas être mise en jeu (1). »

Quelle est donc, ici, cette condition expresse? En quoi consiste *la cause* en vertu de laquelle un animal de l'espèce équine ou de l'espèce bovine peut, à un moment donné, débiter des boutons de vaccine?

Deux opinions sont en présence : la première, la plus ancienne en date — elle régnait au temps où la doctrine de la spontanéité avait encore des racines — admet que le cheval et la vache peuvent créer la vaccine de toutes pièces; pour de plus exigeants, celle-ci ne se propage que de proche en proche, par voie d'inoculation, voulue ou non voulue. La seconde ne reconnaît qu'une origine, celle par voie miasmatique; de même que la variole naît chez l'homme sous l'influence d'un contage atmosphérique, de même le horse-pox ou le cowpox doivent puiser leur origine dans un germe répandu dans l'atmosphère?

Quel est ce germe? L'idée dominante est qu'il y a un virus vaccinal pour les animaux comme il y a un virus variolique pour l'espèce humaine. Il y a à cela une objection, et elle a de la valeur. Autant la transmission de la variole par voie miasmatique est démontrée, autant l'est peu, par cette même voie, la transmissibilité du horse-pox ou du cowpox. Il n'y a pas, à ma connaissance, un seul exemple de cette transmission.

Cette considération est l'une de celles — et elle n'est pas la moins puissante — qui m'ont amené, après Jenner, Thiele, Ceely, Robert, Piorry, Bouillaud, et, dans ces derniers temps, après M. Depaul et M. Jules Guérin, à penser que le horse-pox, le cowpox et la variole ont un germe commun, celui de la variole humaine.

J'ai déjà traité ailleurs cette question avec de grands développements. Je me permettrai d'en rappeler ici les termes principaux (2) :

« Que la variole flotte librement dans l'air ou qu'elle couve secrètement dans les germes, je suppose qu'elle se précipite indistinctement sur l'homme, sur le cheval et sur la vache, et qu'elle est acceptée par l'un comme par les autres. Dans cette hypothèse, bien autrement vraisemblable que celle qui crée un microbe spécial pour le horse-pox, ce qui en entraîne un autre pour le cowpox, toutes les obscurités s'évanouissent soudain.

» Le virus atmosphérique frappant l'homme, lui donne la variole confirmée, généralisée, s'il n'en a été mis à l'abri par une atteinte antérieure de la maladie ou par une inoculation préventive, variolique ou vaccinale, ou par une immunité originelle indéterminée. Les symptômes principaux par lesquels elle se manifeste sont : un état fébrile et le développement, sur diverses parties du corps, de papulo-pustules dont le caractère est bien connu.

« Que le virus créateur du horse-pox s'empare de l'organisme d'un cheval, dans des conditions identiques, et nous voyons se produire soudain ce même état fébrile, moins énergique seulement, et des pustules en différant à peine par l'aspect extérieur, et n'en différant pas par la structure intime.

» De plus, si l'on inocule la matière qu'elles renferment, elle crée l'immunité variolique ou vaccinale sur l'animal qui la porte aussi bien que sur l'homme. Et réciproquement en ce qui concerne le germe repris à ce dernier.

» Et il en est de même pour la vache. Avec cette différence seulement que les réactions y sont encore moins énergiques que chez le cheval.

» Eh bien, admettons un instant que ce virus soit le virus unique dispensateur de la variole des gens, et tout s'explique incontinent, à la faveur de la théorie de l'atténuation des germes.

» Rencontrant l'organisme du cheval, le virus s'y introduit et s'y installe dans un milieu différent de celui qui lui est familier. Il y subit une dépréciation semblable à celle que subit le virus charbonneux cultivé dans un bouillon spécial et à des degrés d'oxygénation et de calorification déterminés. Pour le charbon, une température de 45 degrés suffit à tuer, dans son bouillon, la bactérie, dont la culture, au contraire, y est rapide et abondante à celle de 42 à 43 degrés, c'est-à-dire à la différence de 2 à 3 degrés. Serait-il étonnant que rien que l'écart thermal, qui est d'un degré au moins de l'homme au cheval, fût pour quelque chose dans cette déchéance de l'élément virulent? Et de combien d'autres côtés encore cette différence dans la nature des deux milieux ne s'accentue-t-elle pas encore? Qu'y aurait-il donc de surprenant à ce que, sous l'empire de telles conditions, le virus variolique fût destitué, chez le cheval, d'une partie de sa virulence, de cette partie précisément qui le rendait propre à la propagation à distance et à la dissémination intime, susceptibles d'éveiller le cortège de symptômes généraux si imposant chez l'homme?

» Et, en réalité, le horse-pox n'est pas autre chose phénoménalement que la variole humaine, privée de ces deux éléments.

» Chez la vache, c'est la même chose, à cette différence près que l'écart thermal y est de 2 degrés au moins. La température chez l'homme, étant en moyenne de 37°,5, est de 38°,25 chez le cheval et de 39 degrés dans l'espèce bovine (Zundel). Et, chose curieuse, comme s'il fallait que les faits nous donnassent préventivement raison, voilà qu'à cette différence thermale répond une déchéance correspondante de la virulence. On sait, en effet, que le horse-pox est autrement actif que le cowpox, à telle enseigne qu'on l'a vu produire une éruption généralisée, et qu'il n'y a qu'une voix sur le danger de l'inoculer à l'homme, si on ne l'a pas fait passer au préalable à travers l'organisme du bœuf, qui, tout le monde le reconnaît, va le dépouiller de l'excès de sa virulence et le rendre à l'état de vaccin inoffensif, complétant ainsi l'œuvre commencée dans son premier voyage.

» L'hypothèse, telle que je viens de l'établir, de l'origine unique de la variole et de la vaccine, répond à toutes les objections. Reprenez une à une toutes celles qui ont été produites, et vous verrez que pas une ne tient devant la sup-

(1) Chauveau, *Contribution à l'étude de la vaccine originelle. Recherches comparatives sur l'aptitude vaccinogène dans les principales espèces vaccinifères* (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877).

(2) Warlomont, *Traité de la vaccine*, p. 116-126. Paris, J.-B. Baillière, 1883.

position, si plausible, de l'atténuation du germe, chef de la famille. Toutes les différences, quant au mode de propagation, à l'intensité des manifestations morbides, à la fréquence relative des deux maladies, à l'état épidémique ou endémique, invoquées par les auteurs et par moi-même (1), s'expliquent par elle sans aucun embarras.

Toutefois, pour faire passer cette opinion du champ des hypothèses dans celui des vérités acquises, il restait à en faire la démonstration pratique. Nous l'avons tenté. La commission lyonnaise avait démontré que le cheval ou que la vache rendent la variole et rien qu'elle, quand on la leur communique par inoculation. Mais que rendront-ils l'un et l'autre quand on leur aura confié la même maladie virulente par voie d'absorption générale? Les résultats de l'inoculation ne permettent pas de rien préjuger à cet égard. Personne, en effet, ne méconnaîtra la différence énorme qu'il doit y avoir entre l'élaboration des germes dans toute l'étendue de l'économie et celle qui va s'opérer dans un petit coin de territoire, ainsi qu'il arrive dans les divers procédés d'inoculation par soulèvement d'un lambeau épidermique. Et cette différence, la nature ne nous la montre-t-elle pas déjà, quand elle nous fait voir l'intensité des phénomènes issus de l'absorption générale dans la variole humaine, le horse-pox et le cowpox naturels, et ces phénomènes à peine ébauchés dans ces mêmes affections créées par la lancette?

Non, avant de pouvoir arriver à la conclusion qu'on s'est trop pressé de vouloir tirer du résultat des inoculations, il y a encore bien des étapes à franchir : il y a d'abord l'injection intracellulaire, intraveineuse et intralymphatique de la variole humaine chez le cheval et chez la vache, puis la contamination variolique, par voie atmosphérique, de ces mêmes animaux, au moyen de matières virulentes inspirées sous la forme de poudres fines. Si de ces injections ou de cette contamination sort la variole, la thèse de l'unicité attendra encore sa démonstration. Que s'il en résulte la vaccine, oh! alors, la grande querelle sur l'origine de la vaccine sera terminée du coup; la vache et le cheval ne seront plus dès lors que les laboratoires où la nature se charge d'atténuer elle-même les germes dont elle a besoin pour accomplir l'œuvre de prophylaxie imaginée par Jenner.

Eh bien, ce sont ces expériences que j'ai établies, de concert avec M. Hugues; ce que M. Chauveau a fait pour la vaccine, nous l'avons fait pour la variole. Nos expériences à cette fin ont porté sur seize chevaux.

(*A suivre.*)

(1) *La variole et la vaccine obligatoire à l'Académie royale de médecine de Belgique*. Broch. in-8°, p. 92. Bruxelles, 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De la mesure des forces dans les différents actes de la locomotion, par M. *Marey*. — L'auteur rappelle ces expériences dans son débat avec M. Giraud-Teulon à l'Académie de médecine, après le résumé que nous avons déjà donné de cette discussion. Voici les passages qu'il nous semble encore utile d'extraire de la présente communication :

L'organe essentiel du dynamomètre inscripteur que j'emploie est une poche de caoutchouc pleine d'air et susceptible de céder aux pressions qu'elle supporte. L'air de cette poche communique par un tube avec un *tambour à levier inscripteur* (voy. la *Méthode graphique*, p. 446). De ce genre étaient les semelles dynamométriques appliquées sous la chaussure, dans les expériences que j'ai faites autrefois sur la marche de l'homme. Pour remédier à l'insuffisance et à certaines imperfections de ces appareils, j'ai construit un dynamomètre inscripteur avec le concours de M. Demeny, préparateur à la station physiologique du Collège de France, et de M. Otto Lund, mécanicien attaché à cet établissement. Voici la disposition de l'appareil. Le réservoir à air compressible affecte la disposition suivante. C'est un tube de caoutchouc à parois épaisses et roulé en spirale aplatie. L'extrémité centrale de ce tube est fermée; l'extrémité périphérique est ouverte; elle se met en rapport avec le tube d'un tambour à levier inscripteur. Cette spirale est soudée à deux feuilles de caoutchouc; le tout forme un disque aplati, qui peut, sans s'écraser entièrement, supporter une pression assez forte.

Dans notre dynamomètre, neuf spirales de caoutchouc sont disposées, par séries de trois, sur une planchette carrée; toutes les spirales communiquent, par un tube collecteur, avec un tambour à levier inscripteur. Une autre planchette semblable recouvre ces spirales et est réunie, par quatre tiges boulonnées, à la planchette inférieure. L'ensemble de ces pièces constitue le dynamomètre inscripteur des pressions normales; nous l'appellerons *la tablette dynamométrique*. Toute pression exercée sur cette tablette produit une courbe dont les ordonnées sont positives. Les composantes horizontales des pressions obliques appliquées au dynamomètre s'inscrivent au moyen d'une disposition particulière imaginée par M. Demeny.

En outre, comme certains autres actes de la locomotion exigent qu'on mesure des efforts de traction, nous avons construit pour cet usage un dynamomètre basé sur le même principe, mais un peu modifié pour ces nouveaux besoins.

A. *De l'appui des pieds sur le sol.* — Lorsqu'un poids est placé sur le dynamomètre, l'aiguille de l'instrument inscripteur s'élève à une certaine hauteur et s'y arrête, indiquant une pression positive constante, qu'elle conserve indéfiniment. Mais, si un homme ou un animal est placé dans les mêmes conditions, pour peu qu'il ne se tienne pas complètement immobile, on voit le style inscripteur agité d'oscillations continuelles. Celles-ci expriment que la force avec laquelle les pieds pressent sur le sol varie continuellement. Ces variations, tantôt positives et tantôt négatives, tiennent aux réactions des contractions musculaires, dont les effets tantôt s'ajoutent à ceux de la pesanteur et tantôt s'en retranchent.

Lorsqu'un acte musculaire a pour effet d'élever le centre de gravité de notre corps, ses réactions se transmettent de proche en proche à nos extrémités inférieures et créent un accroissement de pression positive sur le dynamomètre. Cet effet est suivi d'une action de sens inverse quand le mouvement d'élévation se ralentit, car alors la masse du corps, animée d'une vitesse ascendante, tend par son inertie à continuer son chemin en sens inverse de la pesanteur. Plus l'élévation a été brusque, plus l'effet de cette vitesse ascensionnelle est intense; il s'accuse au dynamomètre par une diminution de pression. Enfin cette diminution de pression cesse quand notre vitesse est éteinte, et nous n'exerçons plus sur le dynamomètre que la pression qui dépend de notre pesanteur.

Les mouvements des bras et ceux de la tête, lorsqu'ils s'accomplissent dans le sens vertical, donnent lieu à des réactions sensibles, mais plus faibles. Ainsi, les bras étant abaissés, si on les élève brusquement, on constate, au moment de leur élévation, une augmentation de la pression des pieds sur le sol. Quand le mouvement ascensionnel s'arrête, la pression sur le dynamomètre diminue et tombe au-dessous du niveau qui correspond à notre poids. Enfin cet effet disparaît, et l'instrument remonte au niveau qui exprime notre poids.

De même, en tenant d'abord la tête fléchie et le menton appuyé contre la poitrine, si nous contractons soudainement les muscles postérieurs du cou, la tête se relève brusquement, et la réaction qui se produit s'accuse au dynamomètre par une pression positive, suivie, comme toujours, d'une variation inverse.

Comme corollaire des expériences qui précèdent, nous pouvons conclure que *tout acte musculaire qui a pour effet d'abaisser notre centre de gravité produit une réaction qui diminue la pression de nos pieds sur le sol et s'accuse par un abaissement de la courbe du dynamomètre. Cet effet est suivi d'une variation de sens inverse due à la diminution de la vitesse acquise dans le mouvement d'abaissement.*

Hygrométrie médicale. — M. *Collongues* donne lecture d'une Note intitulée : *Étude sur l'hygrométrie médicale, appliquée à la peau et à ses fonctions*. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie). (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 41.)

Sur l'empoisonnement par le jéquirity. Note de MM. *Cornil* et *Berlioz*. — Les auteurs ont communiqué, dans la séance du 17 septembre, le résultat de nos recherches sur l'action des bacilles du jéquirity chez les lapins et les cobayes. Un de ces derniers animaux ayant survécu à un phlegmon profond et à une gangrène locale déterminés par l'injection sous-cutanée d'une faible dose du poison, on s'est assuré qu'il avait acquis l'immunité. On a injecté, dans le péritoine, une dose de la macération quadruple de celle qui tue infailliblement un animal de même espèce. Il a présenté, les jours suivants, un œdème inflammatoire de la peau de l'abdomen et un abcès sous-cutané qui n'ont en rien altéré sa santé générale. Le poison injecté dans le péritoine s'est éliminé en grande partie par l'œdème et par l'abcès sous-cutané.

La suite des expériences des auteurs leur a permis d'établir les propositions suivantes :

Les bacilles du jéquirity produisent des effets différents, suivant l'espèce des animaux expérimentés, le lieu de l'inoculation et la dose employée. Chez les *petits mammifères*, leur absorption par la peau à petite dose produit des phénomènes locaux d'inflammation ou de gangrène et confère l'immunité. A plus haute dose, il s'ensuit une maladie virulente mortelle. Injectés dans le péritoine, les bacilles donnent lieu à une péritonite et parfois à des infarctus du foie avec coagulation du sang dans certaines branches de la veine porte qui contiennent des bacilles. Les cellules hépatiques sont mortifiées dans ces infarctus. Chez les *grenouilles*, et probablement chez d'autres espèces d'animaux à sang froid (1), on détermine une maladie virulente caractérisée par la pullulation extraordinaire des bacilles dans le sang et la lymphe. Cette maladie se développe par l'inoculation d'une très faible quantité de poison, et elle est inoculable par le sang.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le docteur *Guelliot* (de Vouziers) envoie une brochure sur l'*allaitement des enfants au biberon*. (*Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

M. le docteur *Marty* adresse un mémoire manuscrit sur *la crémation*. (Commission : MM. *Brouardel* et *Lagneau*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le Directeur de l'Assistance publique, un *Rapport sur le service des enfants moralement abandonnés en* 1882 ; 2° de la part de M. *E. Thierry*, un travail imprimé sur *la vente des médicaments vétérinaires par les vétérinaires* ; 3° au nom de M. *Evrard* (de Bruxelles), un ouvrage intitulé : *La santé du peuple* ; 4° la quatrième circulaire de *l'École et de l'Hôpital dentaires de Paris* ; 5° de la part de M. le docteur *Borck* (de Saint-Louis), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Diagnosis of ovarian tumors*.

M. *Larrey* présente la reproduction d'un diplôme de médecin japonais au dix-septième siècle.

M. *Maurice Perrin* offre, au nom de M. le docteur *Poncet* (de Cluny), l'article Tétanos, extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente, de la part de M. le docteur *Maurel*, un *Traité des maladies paludéennes à la Guyane*. (Inscrit pour le concours du Prix Godard de 1884.)

M. *Bouley* dépose, aux noms de MM. *Sattler* et *de Wecker*, une brochure ayant pour titre : *L'ophthalmie jequiritique et son emploi clinique*.

Ectopie congénitale du cœur. — Dans la séance du 31 juillet dernier, M. Tarnier a montré à l'Académie une femme qui venait d'entrer dans son service; cette femme, bien portante du reste et enceinte pour la seconde fois, présentait un cas singulier de malformation congénitale ; elle avait une bifidité du sternum et du diaphragme, avec éventration et hernie. La perte de substance du sternum permet de voir sous la peau les ventricules, dont le grand axe est presque vertical ; ces ventricules sont peu volumineux, c'est le droit qui est accessible à la vue; la flaccidité de la peau permet de saisir dans les mains la masse ventriculaire et, à travers l'éventration, de comprimer l'aorte. Une Commission, composée de MM. Vulpian, Sappey, Tarnier et Marey, fut chargé d'examiner cette femme; M. *Marey* donne lecture des résultats de son examen et montre un certain nombre de tracés faisant connaître les diverses particularités de ce cas rare et intéressant. On trouvera ces tracés au *Bulletin de l'Académie*, ainsi que l'exposé détaillé des recherches de la Commission; nous nous bornerons à reproduire le résumé qui les termine.

L'auscultation fait entendre un souffle systolique paraissant correspondre à un rétrécissement de l'origine de l'aorte ; du reste, la fonction du cœur paraît s'exécuter normalement. La seule inspection des mouvements du cœur pourrait faire croire que c'est la brusque diastole des ventricules qui cause le battement de cet organe ; mais l'application du doigt sur le ventricule fait cesser cette illusion et montre bien que la pulsation du cœur a lieu pendant la systole ventriculaire. L'inscription des pulsations du cœur montre que les deux ventricules sont synchrones dans leur action, même lorsqu'on provoque des irrégularités de leur rythme, que la pulsation coïncide avec la diminution de volume des ventricules et, par conséquent, avec la phase de systole des ventricules. En répétant sur cette femme certaines expériences que sa conformation permet de faire aisément, on constate que tout se passe chez elle comme sur les mammifères supérieurs soumis aux vivisections : ainsi les obstacles apportés à la circulation générale ou à la circulation pulmonaire retentissent de la même façon sur la pulsation du cœur, dont ils modifient les caractères; le pouls trachéal est positif, comme cela s'observe sur un animal dont on a ouvert le péricarde. M. Marey ajoute que ces différentes observations suffiraient à démontrer, s'il pouvait y avoir des doutes à cet égard, que les résultats des expériences physiologiques faites sur les grands mammifères, sont entièrement transportables à la connaissance du mécanisme de la circulation humaine.

Eaux minérales. — M. *Constantin Paul* lit la première partie du Rapport sur le service des eaux minérales en 1881.

Origines de la vaccine. — M. *Warlomont* (de Bruxelles) donne lecture de la communication publiée page 694. — Cette communication est renvoyée à l'examen de MM. Roger, Besnier et Bouley.

Chorée du larynx. — M. *Blachez*, candidat à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit le mémoire publiée page 692.— Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la section.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

La syphilis chez le singe : M. Martineau. — Purpura hémorrhagique: varioloïde intercurrente : M. Rathery. — Pyohémie spontanée : M. Guyot.

M. *Martineau* fait hommage à la Société de ses leçons sur *les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie*. Il a jugé nécessaire de traiter à nouveau ce sujet, qu'il avait abordé déjà en 1880, à cause de la fréquence sans cesse croissante de ces déformations, et de l'intérêt qu'elles présentent pour le clinicien et le médecin légiste ; sur 1770 observations de gynécologie, recueillies en deux ans, il a constaté 500 cas de déformations manifestes dues aux pratiques libidineuses. La connaissance exacte de ces déformations est d'autant plus importante, que les vices dont elles sont le résultat exercent une influence funeste sur la santé générale, sur le système nerveux tout entier et sur l'évolution des

(1) Nous n'avons inoculé jusqu'ici que deux poissons, une petite carpe et une tanche, qui sont morts dans les vingt-quatre heures avec des bacilles dans la sérosité abdominale.

affections utérines. Il a recueilli un grand nombre de documents relatifs aux conditions étiologiques de ces honteuses pratiques, et en particulier du saphisme, qui constitue aujourd'hui une variété de prostitution spéciale. Il se réserve de traiter complètement ce sujet dans une brochure sur la prostitution clandestine.

M. Martineau présente ensuite à la Société le moulage en cire de nouvelles lésions syphilitiques observées chez le singe auquel il a inoculé trois chancres infectants au mois de novembre 1882 (voy. le *Compte rendu* de la séance du 22 décembre 1882). Ce singe, chez lequel les chancres étaient apparus le vingt-huitième jour après l'inoculation (14 décembre) et qui a présenté consécutivement des syphilides papulo-érosives et diphthéroïdes de la verge, des adénites inguinales, axillaires et sous-maxillaires, ainsi qu'un amaigrissement assez prononcé, aujourd'hui disparu, et quelques plaques d'alopécie sur la tête et le dos, a été atteint, vers le milieu du mois de septembre, d'une lésion ulcéreuse de la muqueuse de la voûte palatine. Cette ulcération, à fond jaunâtre, légèrement anfractueux, recouvert d'une sécrétion transparente et luisante, contenant quelques grumeaux purulents, siégeait sur la ligne médiane au niveau de l'union de la voûte avec le voile du palais; ses bords étaient saillants, rouges, légèrement déchiquetés. Elle occupait principalement le voile, et présentait 1 centimètre de longueur sur 3 millimètres de largeur; elle était indolore pendant les mouvements de déglutition ou lorsqu'on la touchait avec l'extrémité d'un stylet; la muqueuse voisine était normale. Le 24 septembre, la réparation commença, de la périphérie vers le centre, l'ulcération devint régulièrement ovalaire, et la cicatrisation était complète le 5 octobre. Elle fut remplacée par une simple tache, plus pâle et plus jaunâtre que le reste de la muqueuse environnante. L'évolution de la syphilis chez le singe continue donc à se faire normalement, dans les mêmes limites que chez l'homme, puisque, vers le dixième mois, on a pu constater l'apparition d'une syphilide ulcéreuse. M. Martineau se réserve de poursuivre ses recherches; il possède un couple de singes de même espèce, sur lequel il compte expérimenter l'inoculation directe et la transmission par l'accouplement; il espère obtenir la reproduction de ces animaux et pouvoir étudier ainsi la syphilis héréditaire.

— M. *Rathery* communique une observation de *Purpura hémorrhagique avec varioloïde intercurrente*. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, garçon boucher, d'apparence robuste, qui entra le 26 mars dernier à l'hôpital Tenon. Cet homme présentait quelques signes de tuberculose pulmonaire au début, marqués surtout au sommet gauche, mais n'offrait aucune trace de cachexie. Quelques jours plus tard, on vit apparaître sur ses membres inférieurs, puis sur ses bras et sur son corps, un certain nombre de taches de purpura, et la température s'élevait au-dessus de 38 degrés; en même temps se montraient des épistaxis, des hémorrhagies par diverses voies et d'assez larges ecchymoses de la région inguino-scrotale. Après avoir été atteint de trois ou quatre poussées consécutives de purpura, le malade se trouvait dans un état relativement satisfaisant, lorsque, le 9 mai, il se plaignit de violentes douleurs lombaires et d'envies de vomir; la température axillaire atteignait ce jour-là 40 degrés. On constatait encore quelques petites ecchymoses purpuriques disséminées, surtout sur les membres inférieurs, et aussi en divers points des papules légèrement saillantes qui, trois jours après, revêtaient les caractères non douteux de pustules varioliques. On pouvait craindre que, chez ce malade à peine convalescent de purpura, la variole ne prît un caractère grave hémorrhagique; cependant l'absence de tout *rash* ecchymotique permettait d'espérer une évolution normale de l'éruption variolique; en effet, les symptômes locaux et généraux furent ceux d'une varioloïde bénigne, qui ne s'accompagna d'aucune hémorrhagie. Lorsque le malade, guéri de sa variole, put sortir du pavillon d'isolement, il rentra dans les salles communes et fut atteint de nouveau, à deux reprises différentes, de poussées de purpura hémorrhagique, avec hémorrhagies par diverses voies. — Malgré les récents travaux sur le purpura, l'embarras du clinicien est encore grand, dans bien des cas, pour déterminer, en présence d'un malade, la variété de pourpre hémorrhagique dont il est atteint. Chez le malade de M. Rathery, on pouvait éliminer de suite le purpura myélopathique et le purpura infectieux; de même, l'absence de tout antécédent arthritique permettait d'écarter l'idée de purpura rhumatismal, bien que la marche générale des accidents eût pu, jusqu'à un certain point, autoriser un semblable diagnostic. En outre il était intéressant de rechercher les rapports qui pouvaient exister entre le purpura et la variole. Il semble, d'après cette observation, que la cause, encore inconnue, qui préside à la forme hémorrhagique de la variole, ne soit pas de même ordre que celle du purpura, puisque la varioloïde la plus simple et la plus bénigne a évolué chez un individu paraissant prédisposé aux hémorrhagies par des poussées multiples de purpura ayant précédé et suivi l'éruption variolique.

— M. *Guyot* a été appelé au mois de juillet dernier, auprès d'un homme de trente-deux ans, qui, cinq jours auparavant, en rentrant d'une promenade en voiture découverte, avait été pris brusquement de douleurs musculaires et, le jour suivant, de gonflement des gaines tendineuses des poignets et des cous-de-pied. L'état saburral s'étant accentué et la fièvre devenant assez vive, le médecin qui soignait le malade fit appeler M. Guyot en consultation. On constatait une tuméfaction douloureuse très marquée des coulisses tendineuses, au niveau de la jambe et de l'avant-bras, ainsi qu'un empâtement œdémateux des muscles de l'avant-bras et du mollet; ces signes étaient évidents aux quatre membres, mais bien plus accentués d'un côté. M. Guyot diagnostiqua une pyohémie, mais ne put en déterminer la cause; le malade n'avait subi aucun traumatisme, n'offrait aucune trace de cachexie, pas de surmenage, pas de diabète, ni d'albuminurie, pas d'alcoolisme suffisamment établi. Le diagnostic de pyohémie spontanée devait donc être admis malgré l'extrême rareté de faits semblables; il fut d'ailleurs confirmé le lendemain par M. Périer, mandé auprès du malade. Le pronostic fut considéré comme très grave à bref délai et, en effet, la mort survint vingt-quatre heures plus tard.

M. *Legroux* pense que l'on pourrait rapprocher ce fait des pseudo-rhumatismes infectieux, bien qu'ici le diagnostic de pyohémie spontanée semble être justifié.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Correspondance. — Sur la taille hypogastrique. — Rapports. Extraction par les voies naturelles d'une sangsue fixée dans le larynx. — Sur la corde épiploïque. — L'orteil en marteau. — Gastro-stomie.

La correspondance comprend : une brochure de M. *Petit : Sur l'anus contre nature iléo-vaginal; analyse de trente-neuf observations.*

— M. *Tillaux* s'occupe des rapports du péritoine avec la vessie au point de vue de la taille hypogastrique. M. Sappey enseignait qu'à mesure que la vessie se distend, le péritoine descend; que, par conséquent, plus la vessie est distendue, moins il y a de paroi vésicale accessible au chirurgien pour la taille hypogastrique. M. Sappey a mal interprété les faits; ce qui est incontestable, c'est que le péritoine se relève à mesure que la vessie se distend, et que la paroi antérieure

vésicale devient ainsi plus accessible au chirurgien. Quand la vessie est distendue, il n'y a guère que 3 centimètres de paroi accessible au chirurgien, selon M. Tillaux. La distension de la vessie facilite beaucoup la taille hypogastrique. De même, le refoulement en avant avec le ballon de Van Petersen est une bonne précaution à prendre avant d'opérer.

M. *Marc Sée* dit à M. Desprès que la hauteur du muscle pyramidal est très variable; c'est l'opinion de Henle; souvent l'un des deux muscles fait défaut, souvent aussi l'un et l'autre manquent. Sappey, Cruveilhier sont du même avis. C'est donc à tort que M. Desprès indique ces muscles comme pouvant servir de point de repère dans l'opération de la taille hypogastrique.

M. *Trélat* a toujours vu sur le cadavre que, quelle que fût la distension de la vessie, le péritoine ne formait pas un sinus profond entre la paroi abdominale et la vessie.

M. *Desprès.* Lorsqu'on a affaire à un malade de moyen volume, on trouve toujours assez d'urine dans la vessie pour arriver à faire la taille hypogastrique sans injection ni ballon, à moins de vessie intolérante.

M. *Tillaux.* En recommandant aux chirurgiens de chercher l'ouraque, M. Desprès leur donne un mauvais conseil; en cherchant l'ouraque, on risque d'ouvrir le péritoine; ce serait presque un tour de force de ne pas le blesser.

M. *Monod* appuie les remarques de M. Tillaux. Dans les opérations qu'il a faites, il a eu pour principale préoccupation de ne pas voir le péritoine et d'arriver directement à la vessie. Dans les trois dernières opérations, l'emploi du ballon de Van Petersen simplifia beaucoup la manœuvre opératoire.

— M. *Nepveu* fait trois rapports : 1° sur une observation de M. Vieusse : « Extraction par les voies naturelles d'une sangsue fixée dans le larynx »; la sangsue fut enlevée avec la pince de Cusco; 2° sur la corde épiploïque, note de M. Bouilly; 3° sur l'orteil en marteau, par M. Blum.

— M. *Lucas-Championnière* a fait, il y a trois mois, la gastro-stomie chez un individu ayant un rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à l'absorption d'acide chlorhydrique. Ce malade avait rendu toute la muqueuse de l'œsophage et s'affaiblissait.

La gastro-stomie fut facile. M. Championnière n'a pas suivi les indications de M. Labbé. Au niveau et un peu au-dessus de la huitième côte gauche, il fit son incision. Le malade fut très soulagé; mais il toussait beaucoup. Il mourut quatre jours après l'opération.

A l'autopsie, on constata que l'incision de l'estomac était voisine du pylore. La muqueuse de l'œsophage était détruite; une ulcération conduisait de l'œsophage au poumon droit, où s'était produit une caverne, reconnue avant l'opération. Les aliments introduits par l'œsophage pénétraient donc dans le poumon.

M. *Tillaux.* C'est M. Labbé qui a conseillé d'inciser à gauche, le long des fausses côtes. Auparavant, avec Sédillot, on incisait sur la ligne médiane.

L. Leroy.

VARIÉTÉS

Correspondance particulière de la « Gazette hebdomadaire ». — Égypte et Tonkin.

Égypte : Mort de Thuillier. — Dans notre dernière *Lettre médicale*, que sa date régulière amenait dans le numéro du 12 octobre, un passage était consacré à la mort de Thuillier. Le 14, nous arrivaient d'Alexandrie les renseignements les plus précis et les plus autorisés sur la maladie du jeune savant et sur ses obsèques. Ces renseignements n'étant pas de tout point conformes à ceux que nous avions puisés dans la Correspondance d'une feuille politique, notamment en ce qui concerne l'invasion et la durée de la maladie, et la lettre à nous adressée renfermant d'ailleurs quelques nouveaux détails, nous croyons devoir en reproduire les passages qui peuvent encore offrir de l'intérêt au lecteur.

« Louis Thuillier éprouva les premières atteintes du choléra le mardi 18 septembre, à quatre heures du matin. Dans la journée du lundi il avait été bien portant, travaillant comme de coutume au laboratoire, dînant avec ses collègues, sans manifester le moindre malaise et *sans présenter de diarrhée prémonitoire*. La maladie débuta d'une façon formidable, d'emblée : selles riziformes très copieuses; vomissements rares, mais très abondants; refroidissement rapide et véritables attaques syncopales. A sept heures du matin, trois heures après le début, l'algidité et la cyanose étaient déjà pleinement prononcées, la voix éteinte; intelligence intacte : « Je suis bien perdu », dit-il à l'un de ses collègues qui lui parlait d'indigestion. Du reste, il conserva toute son énergie et ce calme tranquille qui était le fond de son caractère. Sous l'influence des injections répétées d'éther, de l'administration du champagne frappé et des frictions, un mieux-être se manifesta vers midi; le pouls, disparu de la radiale dès le début, redevint perceptible, la respiration plus libre et la cyanose moins accusée. On reprit un peu d'espoir, bientôt déçu. Les crampes, qui, au début, avaient été très violentes (surtout au diaphragme, où elles étaient le plus vives), se dissipèrent. Mais la réaction ne put se produire ; l'algidité et la cyanose reparurent, et à deux heures l'agonie commença. Elle fut extrêmement pénible. Les vomissements et la diarrhée avaient entièrement cessé. Toute la nuit, le pauvre malade (Thuillier était d'une constitution très forte, sec et fortement musclé) lutta contre l'asphyxie, tournant et se retournant incessamment sur son lit. Il expira à sept heures du matin. Tout s'est donc terminé en vingt-quatre heures. Outre ses collègues, les meilleurs médecins d'Alexandrie, MM. Ardouin, Chaumery, Sierra, Arnaud lui avaient prodigué leurs soins. M. Mahé, alors en tournée à Mansourah, fut mandé immédiatement par télégraphe; mais il ne put arriver à temps.

Dès que la nouvelle de la maladie se répandit en ville, une émotion indescriptible s'empara de la colonie française et de toute la population européenne. Toute la nuit, la rue et les couloirs de l'hôtel étaient remplis de gens venus pour prendre des nouvelles. Dès que la catastrophe fut connue, des affiches imprimées, encadrées de noir, furent apposées aux murs de la ville, invitant la colonie française à assister au convoi d'un des membres de la « mission Pasteur » (c'est ainsi qu'on désigne en Egypte la mission sanitaire française), mort glorieusement. Ces manifestations étaient toutes spontanées, et sans intervention aucune du consulat français à Alexandrie...

L'émotion a été aussi grande au Caire qu'à Alexandrie. L'arrivée de la mission française avait produit sur toute la population égyptienne (européenne et indigène) un effet très considérable. On y reconnaissait la main généreuse de la France, à laquelle l'Egypte doit tout, et dont les services étaient mis en parallèle avec les agissements du gouvernement anglais. La mort de Thuillier fournit un nouvel et triste aliment à ces commentaires si glorieux pour notre pays... »

Tonkin. — Nous recevons d'*Hanoï* une lettre nous donnant quelques détails sur les suites du combat des 16 et 17 août, dans laquelle l'armée fut obligée de battre en retraite devant l'inondation. Dans ces sortes d'affaires, qui ressemblent plus à des coups de main qu'à des batailles en règle, il paraît que les moyens de transport ne pèchent pas par profusion, non plus que la literie et les médicaments. Les blessés, au nombre de quarante-huit, qui ont été ramassés par leurs camarades dans les marécages, se faisaient attacher par les mains avec des courroies, et traîner ainsi sur le sol, pour ne pas tomber entre les mains des Pavillons-Noirs.

Toutes les balles extraites des blessures sont coniques. On utilise pour les pansements, quand la charpie manque, les feuilles de bananier ou le tupa, qui est cotonneux, et auquel on mêle un peu de camphre en poudre ; mais celui-ci est en petite quantité, et il faut le ménager. On se plaint

aussi de l'absence d'acide phénique, qui serait si nécessaire aux pansements.

La santé des soldats est bonne. Il s'est passé même, sous ce rapport, un fait remarquable. Deux mille hommes se sont battus pendant deux jours dans l'eau; et il n'y avait pas eu un seul malade à la date où l'on nous écrit, c'est-à-dire huit jours après.

Les places vacantes a l'Institut. — On sait que M. Brown-Séquard s'est désisté de sa candidature au siège vacant par la mort de Cloquet. Plusieurs journaux annoncent que M. Charcot a suivi cet exemple, et l'un d'eux ajoute : « Les deux candidats en présence sont actuellement MM. Sappey, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, et le docteur Germain Sée, *médecin en chef* de l'Hôtel-Dieu. »

Nous sommes en mesure d'affirmer que M. Charcot maintient énergiquement sa candidature, et il nous paraîtrait de toute justice que nos confrères de la presse politique voulussent bien réparer leur erreur. Est-il nécessaire d'ajouter qu'il n'y a pas plus de *médecin en chef* à l'Hôtel-Dieu que dans les autres hôpitaux?

Nécrologie : Lorne. — Nous annonçons avec un vif sentiment de regrets la mort d'un confrère de Paris, Auguste-Clément Lorne, qui a succombé presque subitement à des accidents cardiaques, le genre de mort privilégié des médecins. Lorne était un praticien éclairé autant que modeste, dont tout le mérite s'est consommé dans la pratique du devoir et le dévouement aux malades. Attaché depuis quarante ans au même quartier de Paris, sans que sa clientèle y fût pourtant confinée, il y avait pris en quelque sorte racine, et y était devenu un de ces médecins serviables, aimés, estimés, et populaires, que chaque foyer connaît, qu'on est heureux d'avoir à sa portée, et qui sont comme une sauvegarde pour la santé des familles qui les entourent.

Des services rendus autrefois comme médecin de la garde nationale, puis dans les épidémies de choléra et dans le siège de Paris, enfin comme délégué cantonal des écoles du deuxième arrondissement, comme membre du comité de la caisse de ces écoles (la première caisse de ce genre fondée en France sur l'initiative de M. Boinet et de quelques autres confrères), lui avaient valu la croix de chevalier de la Légion d'honneur et les palmes d'officier d'académie.

— Nous apprenons aussi la mort du docteur Moreau, fils de l'ancien professeur de la Faculté de médecine de Paris. Il est décédé à Chantilly à l'âge de soixante-neuf ans. Bien qu'il se soit très peu adonné à la clientèle, il avait conservé, même comme médecin et comme accoucheur, des relations suivies avec la famille d'Orléans. C'était un confrère plein de bienveillance et d'une grande honorabilité.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Allaire, médecin de l'état civil du Ve arrondissement, qui vient de succomber à une attaque d'apoplexie; — de M. le docteur Drouineau père, chirurgien en chef des hôpitaux et hospices civils de la Rochelle; — et de M. le docteur Kerckoven (d'Anvers), qui vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans, emporté en quarante-huit heures par des accidents diphthéritiques qu'il avait contractés en soignant l'un de ses malades.

Administration de l'Assistance publique a Paris. — *Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.* — L'Ecole municipale d'infirmières a ouvert ses cours professionnels le mardi 16 octobre, à huit heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants: Cours d'administration, M. Le Bas. — Eléments d'anatomie, M. le docteur Duret.—Eléments de physiologie, M. le docteur P. Regnard. — Pansements, M. le docteur Poirier. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le docteur Budin. — Hygiène, M. le docteur A. Blondeau.— Petite pharmacie, M. Yvon. Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de huit heures du matin à midi.

Externat. — Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris se compose de MM. les docteurs Lacombe, Hanot, Letulle, Chauffard, Segond, Quénu et Bar.

Code sanitaire international. — Suivant une dépêche de Rome, toutes les puissances ont adhéré à la proposition de l'Italie de réunir à Rome une conférence internationale, afin de fixer les règles d'un code sanitaire international. La conférence se réunira en novembre. M. Mancini, ministre des affaires étrangères, enverra prochainement la circulaire aux puissances.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 3 décembre 1883, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes. Le lundi 17 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Mortalité a Paris (41e semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 octobre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 967, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11.—Diphthérie, croup, 28.—Dysentérie, 1.—Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 75; au sein et mixte, 36; inconnu, 6.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 41e semaine. — Le nombre des décès signalés pendant la semaine dernière au service de statistique est de 967. Ce chiffre est supérieur à ceux que nous observions pendant ces derniers temps (937 pendant la semaine précédente), et qui étaient, il est vrai, exceptionnellement faibles. Cependant la comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente montre que la fréquence des maladies épidémiques ne s'est guère modifiée. Fièvre typhoïde, 43 décès au lieu de 39; diphthérie, 28 au lieu de 24; coqueluche, 11 au lieu de 19; variole, 3 au lieu de 4; rougeole, 6 dans chacune des deux semaines; scarlatine, 1 dans chacune des deux semaines; érysipèle, 6 au lieu de 5; fièvre puerpérale, 2 dans chacune des deux semaines.

Parmi les maladies saisonnières, on remarque l'aggravation de la bronchite aiguë des jeunes enfants (25 décès au lieu de 19) et de l'athrepsie (117 décès au lieu de 111 et au lieu de 105 pendant l'avant-dernière semaine). La pneumonie (47 décès au lieu de 44) et la méningite (43 décès au lieu de 37) n'ont subi que des variations peu importantes.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Le choléra, étiologie et prophylaxie, par M. le docteur A. Proust, professeur agrégé. Ouvrage accompagné d'une carte représentant la marche des épidémies et suivi de l'instruction populaire sur les précautions d'hygiène à prendre en cas d'épidémie. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 5 fr.

Développement du cœur et du péricarde, par M. le docteur Quénu. In-8, avec 44 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 25 octobre 1883.

Les urines ammoniacales.

On se rappelle les discussions qu'ont soulevées, il y a bientôt dix ans, les mémoires de MM. Gosselin et Albert Robin sur la cystite ammoniacale. Les idées de Pasteur faisaient, à ce moment, une trouée victorieuse dans les rangs des médecins, mais elles étaient encore vivement combattues. Ce n'est pas au milieu de la bataille qu'il faut espérer les appréciations saines et les jugements durables, et l'on constate maintenant que les affirmations trop catégoriques d'alors étaient aussi vaines que les négations trop absolues. C'est du moins ce qui nous semble ressortir de la thèse de M. F.-P. Guiard, interne de M. le professeur Guyon. Ce travail est un des plus intéressants qui soient sortis de l'Ecole de Necker, si fertile depuis quelques années en recherches de haute valeur.

I

Les urines ammoniacales examinées dans une éprouvette ou dans un verre à expérience sont d'ordinaire, au moment de l'émission, louches, d'un blanc sale et justement comparées par M. Guyon à un mélange d'eau et de sirop d'orgeat. Sous l'influence du repos, elles se divisent en deux couches, l'une supérieure, qui, sans atteindre jamais la limpidité du liquide normal, s'éclaircit beaucoup; l'autre inférieure, due à l'agglomération d'un dépôt trouble, épais, boueux, d'une couleur jaune-gris ou brune et d'une odeur fétide. Elle forme une masse glaireuse, adhérente aux parois du vase, dont elle se détache tout à coup et en bloc lorsqu'on cherche à décanter l'urine.

Cette viscosité du dépôt, cette adhérence glaireuse est due aux globules blancs du pus qui se sont altérés sous l'influence de l'alcalinité de l'urine. Ils se gonflent en effet, se boursouflent, éclatent et leur substance en dissolution enveloppe les leucocytes qui résistent encore, les cellules épithéliales de la muqueuse desquamée et les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens, d'urate d'ammoniaque et de phosphate bibasique de chaux.

Ces deux couches sont alcalines, mais inégalement. La réaction du dépôt est toujours plus accentuée que celle du

FEUILLETON

L'Art médical en Chine, par le Dr MEYNERS D'ESTREY. Broch. gr. in-8°. Paris, Challamel aîné.

Il ne se peut pas que l'auteur du présent mémoire, directeur de la *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*, directeur des *Annales de l'extrême Orient*, membre de la Société asiatique de Paris, de la Société académique indo-chinoise, etc., ne soit pas un érudit. Comment se fait-il cependant qu'il présente au public une esquisse de la médecine chinoise, crayonnée tout entière de sa main, sans préoccupation visible des études antérieures (sauf quelques écrits empruntés à Hobson), comme on prendrait le croquis d'une terre sauvage et inexplorée? Par ce procédé, il s'est exposé à tomber dans deux défauts assez graves. Le premier est d'ajouter trop peu à ce qui est assez généralement connu. La Société asiatique, devant laquelle nous supposons que ce travail a été lu, a pu l'entendre avec grande satisfaction, parce que les éléments dont il se compose sont en effet très intéressants; mais elle n'a pu y goûter beaucoup l'attrait de la nouveauté. Le second défaut est de présenter en certains points, sur les choses médicales de la Chine, des appréciations contestées d'avance dans plusieurs écrits que l'auteur a ainsi l'air de dédaigner ou d'ignorer. Encore ne parlons-nous que des travaux modernes, faisant grâce des autres, même de celui de Lepage (1813).

Parmi les travaux les plus modernes (car nous consentons à ne parler que de ceux-là), le travail qui se rapproche le plus de celui-ci par le jugement porté sur la médecine chinoise est celui de M. E. Martin, ancien médecin de la légation de France à Pékin (*Gaz. hebd.*, 1872); parmi ceux qui en sont le plus éloignés au même égard, on doit compter la *Médecine des Chinois* de M. Dabry (Paris, 1863), les *Etudes médicales* de MM. Dabry et Soubeiran sur lesquelles

liquide supérieur, qui colore moins fortement en bleu le papier rouge de tournesol. Fait important : la coloration n'est pas persistante, elle disparaît après dessiccation du papier, qui redevient rouge. Le carbonate d'ammoniaque, le sel qui alcalinise l'urine, est en effet très volatil et disparaît très facilement. Lorsqu'on place, au-dessus du vase, un bâton de verre trempé dans de l'acide chlorhydrique, le carbonate alcalin trahit sa présence par d'épaisses fumées blanches de chlorhydrate d'ammoniaque.

Il ne faudrait pas trop se fier à ce moyen pour reconnaître la présence de l'ammoniaque, pas plus qu'à celui qui consiste à verser dans l'urine quelques gouttes d'acide nitrique ou chlorhydrique qui fixe l'ammoniaque et met en liberté l'acide carbonique dont on constaterait alors l'effervescence. En effet les bulles en sont parfois très peu abondantes et puis d'autres carbonates peuvent se décomposer. Le mieux est de chauffer, dans un tube à expérience, l'urine fermentée; il se dégage des vapeurs qui bleuissent le papier de tournesol dont l'odeur ammoniacale révèle la nature. On peut encore recouvrir le vase d'un disque de verre mouillé avec le réactif de *Nessler* étendu d'eau ; en une heure apparaît, sur le disque, une tache rouge caractéristique.

Et ces recherches sont nécessaires, car les urines troubles, jaunâtres, parfois même d'une odeur désagréable, ne renferment pas toujours du carbonate d'ammoniaque. Elles contiennent des leucocytes, mais elles sont encore acides. Il y a pyurie et non ammoniurie. D'autres sont boueuses, orangées et donnent, par le repos, un dépôt abondant. Mais elles sont aussi franchement acides; d'ailleurs ces urines que l'on rencontre chez les fébricitants, les rhumatisants, dans certains troubles digestifs, après des excès de fatigue, reprennent leur transparence sous l'influence de la chaleur qui dissout les urates. Enfin il est des urines alcalines qui ne sont pas ammoniacales. Leur dépôt est formé par des phosphates de chaux et de magnésie : on les dissout avec quelques gouttes d'acide.

Au milieu du dépôt, parmi les leucocytes déformés, les concrétions cristallines et les cellules épithéliales, le microscope démontre l'existence d'organismes inférieurs. Il en est qui ne nous occuperont pas et qui n'ont rien à voir dans la transformation ammoniacale des urines; mais il en est d'autres au contraire qui exercent une influence des plus grandes, ce sont la torule de Pasteur et Van Tieghem, le bacille de Miquel et le bactérium de Bouchard. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'importance relative de ces divers germes.

Le premier en date est un microbe aperçu d'abord par M. Pasteur, lors de ses premières recherches sur la fermentation de l'urine, la torule étudiée plus tard par M. Van Tieghem. C'est un végétal constitué par des globules sphériques placés bout à bout en forme de chapelets plus ou moins longs. Pour quelques-uns ils s'agglomèrent jusqu'à 15 ou 20 globules qui décrivent d'élégantes courbures. D'autres ne sont composés que de 4 à 8 globules et sont souvent rectilignes. Ils sont agités de mouvements browniens très vifs et d'autant plus prononcés que le chapelet est plus court. Dans le végétal en voie de développement, les globules des extrémités sont parfois plus petits que les autres ; celui du milieu semble alors avoir donné naissance aux autres.

En 1879, M. Miquel a trouvé dans l'eau du grand collecteur de Clichy un bacille dont les fonctions physiologiques se rapprochent extrêmement de la torule de Pasteur et Van Tieghem. « Il est formé de filaments très frêles, mobiles ou réunis au nombre de 2, 3 ou 4. La longueur moyenne de ces filaments mesure 5 ou 6 μ; leur largeur n'atteint pas 1 μ. Ils appartiennent à la classe des anaérobies. A la fin de sa vie, ce bacille se résout en spores brillantes, légèrement elliptiques, qui peuvent résister pendant plusieurs heures à une température humide de 95 à 96 degrés. »

La torule de Pasteur et Van Tieghem se trouve toujours en très grande abondance dans les dépôts d'urine abandonnés au contact de l'air et devenus ammoniacaux. Le *bacillus ureæ* de Miquel n'a guère, au point de vue qui nous occupe, qu'un intérêt scientifique. Mais le bactérium de Bouchard aurait la plus grande importance clinique. C'est lui qu'on rencontrerait presque exclusivement dans les urines ammoniacales, 98 ou 99 fois sur 100 cas. Il est constitué par de petits bâtonnets isolés ou placés bout à bout, en chapelets composés d'un nombre d'articles très variables. Lorsqu'il n'y en a que 2, 3 ou 4, ils sont doués d'un double mouvement ; ils deviennent immobiles en raison de leur accroissement en longueur.

II

Comment les urines normalement acides et limpides se transforment-elles ainsi? D'où vient l'alcalinité qu'elles accusent alors et la masse visqueuse qui se dépose? Le problème n'est pas nouveau et déjà Boërhave incriminait la putréfaction d'une substance particulière, que devaient isoler bientôt Fourcroy et Vauquelin. Ces auteurs attribuèrent à l'urée les altérations caractéristiques de l'urine; ils avaient en effet

---

Gubler a fait un rapport à l'Académie de médecine (*Ibid.*), les mémoires de deux médecins militaires, MM. Armand et Fuzier, enfin un article de M. Bordier qui a pour titre *La médecine chez les Chinois* (*Ibid.*). On peut placer entre ces deux zones, bien plus près de la seconde que de la première, le remarquable article de M. Morache sur la Chine dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Si nous ajoutons que ces diverses études ne se bornent pas à constater l'état des *connaissances* (?) actuelles des médecins chinois en anatomie, en physiologie, en pathologie, ni à décrire leur pratique et à raconter leurs préjugés; mais que les unes dressent le catalogue de leur littérature médicale, les autres font ressortir les rapports de plusieurs de leurs doctrines avec celles des médecins européens, surtout de ceux du moyen âge et de la Renaissance, on comprendra le petit air de vétusté et, si nous osions le dire, la petite odeur de réchauffé qui nuisent au mémoire de M. le comte Meyners d'Estrey.

Qu'on n'aille pas croire pourtant que ce mémoire n'a plus d'à-propos. S'il n'est pas une révélation, il est une confirmation : la confirmation de ce qui a été dit déjà du caractère général de la médecine chinoise, de sa prodigieuse ignorance, de ses erreurs grossières, de la bizarrerie de ses préceptes et du ridicule de ses pratiques. Il fait plus : il fournit un grand nombre de renseignements nouveaux; et, entrant dans le détail là où le gros est connu, il introduit le lecteur si avant dans le sujet, qu'il lui donne presque l'illusion d'avoir soi-même vécu en Chine. Voici, par exemple, la question du pouls. Tout le monde sait déjà ce qu'est le pouls dans la médecine des bords du fleuve Jaune ou du fleuve Bleu; il y défraye une grosse part de la littérature médicale. Son rôle prédominant a été signalé par tous les médecins sinologues; mais, à part peut-être M. Fabry, dont nous n'avons pas l'ouvrage sous les yeux, il nous semble que c'est l'auteur de l'*Art médical en Chine* qui, aidé, il est vrai, du travail d'Hobson (*Med. Times and Gazette* du 18 nov. 1860),

constaté la disparition de l'urée au fur et à mesure que se développaient l'alcalinité et l'odeur fétide.

L. Proust remarque alors l'influence de l'air atmosphérique : un flacon d'urine plein et bien bouché est gardé six ans sans altération appréciable. L'oxygène joue donc un rôle dans la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Telle est aussi l'opinion de Gay-Lussac. Liebig croit à l'action des matières albuminoïdes que contiennent le mucus, le pus et le sang. Ces substances s'altèrent au contact de l'air et entraînent l'urine dans leur mouvement de décomposition. Dumas semble accepter cette interprétation : l'oxygène fait de l'albumine un ferment qui décompose l'urée. Dans cette première période qui s'étend des hypothèses de Boërhave aux savantes analyses de nos chimistes, on attribua donc, comme dit M. Guiard, la production du carbonate d'ammoniaque à l'action d'un ferment amorphe et privé de vie.

Vers 1860, commencent les recherches de Pasteur. Lors de son ardente polémique sur la génération spontanée, il examine comment se développent les organismes inférieurs que le microscope révèle dans les urines altérées. Parmi des microbes de toutes sortes, il en retrouve constamment un, toujours le même, et si abondamment, qu'il ne craint pas de lui attribuer le rôle exclusif de ferment. En 1864, un des élèves de Pasteur, Van Tieghem, étudie de plus près ce microbe, la torule en chapelet, dont nous avons déjà donné la description. Ce naturaliste montre que, hors de la vessie, l'urine ensemencée par la torule subit la transformation ammoniacale. Il prouve d'ailleurs la vérité de la réciproque : il n'y a pas d'urine ammoniacale sans torule.

Et la clinique semble aussitôt donner un appui décisif à ces affirmations : Traube publie une observation célèbre où il montre un malade atteint depuis deux ans d'une affection vésicale ; les urines sont acides ; on pratique le cathétérisme, et les urines deviennent ammoniacales. La sonde n'avait-elle pas introduit dans la vessie les germes dont la pullulation a provoqué la conversion alcaline? Niemeyer cite un fait analogue, et Neubauer et Vogel adoptent l'opinion de Pasteur, malgré l'opposition de Béchamp, pour qui la torule représente les granulations moléculaires du mucus passé à l'état de bactéries sous l'influence de conditions mésologiques favorables.

En 1874, les mémoires de Gosselin et Albert Robin portent la question devant l'Académie de médecine. M. Pasteur, qui, dans ses premiers travaux, ne s'était occupé que de la fermentation de l'urine hors de la vessie, ne craint point d'affirmer que, dans la vessie comme à l'air libre, la présence de la torule est indispensable pour provoquer l'ammoniurie et c'est le chirurgien qui, dans ses explorations, se charge de l'introduction des germes. Bussy, Mialhe et Dumas acceptent cette opinion, que combattent Gosselin, Blot et Ricord en s'appuyant sur des faits où les urines sont trouvées ammoniacales dès leur émission et sans cathétérisme préalable. Pasteur, pour leur répondre, invoque alors le « tunnel » du canal de l'urèthre qui peut livrer, à la torule, un facile passage ; on objecte qu'il n'y a pas de tunnel, mais des parois accolées grâce à l'état d'humidité du canal. Pasteur riposte en disant que les microbes ne parcourent pas individuellement l'urèthre, dont le trajet est progressivement envahi, de l'une à l'autre de ses extrémités, par les colonies envahissantes du ferment.

M. Gosselin admit que les germes peuvent être absorbés par la respiration, passer dans le sang, grâce auquel son transport dans le réseau capillaire de la vessie serait chose facile. Cette opinion ne fut pas discutée ; il n'en est pas de même de celle de Bastian, qui en était revenu, comme Béchamp, à l'ancienne conception de la génération spontanée. Musculus apporta un fait nouveau ; il prouva l'existence, dans le mucus des urines ammoniacales, d'un ferment soluble, qui, d'après lui, pouvait suffire à la conversion de l'urée. La constatation était exacte, mais Pasteur et Joubert démontrèrent que ce ferment soluble était un produit du ferment figuré, la torule, et la théorie physiologique triompha de nouveau. Il semblait désormais acquis que le carbonate d'ammoniaque était dû à l'action de la torule de Van Tieghem et Pasteur.

Cette doctrine est vraie, mais incomplète ; elle laisse trop dans l'ombre certains facteurs importants du problème. Feltz et Ritter, par des expériences fort bien conduites, montrèrent que, chez le chien, l'introduction de sondes imprégnées de ferment, l'injection même d'une masse de microbes dans le réservoir urinaire ne provoquaient que lentement une alcalinité passagère. En très peu de jours le liquide redevenait acide. M. Colin affirmait que, chez la vache, il ne pouvait obtenir la fermentation ammoniacale, quelle que fût la quantité de germes introduits dans la vessie. Enfin M. Du Cazal ajoutait que les bactéries injectées dans une vessie saine sont évacuées après une reproduction temporaire, sans provoquer aucune altération de l'urine.

Cette idée groupa bientôt de nombreux partisans et les objections devenaient si pressantes, que M. Gosselin remonta, dans sa réaction, jusqu'à la vieille idée de Fourcroy : le pus

---

donne l'idée la plus complète de ce pouls fantastique. « Ce pouls, avait écrit Hobson, occupe l'étendue d'un pouce (chinois) à chaque poignet. Il se divise en trois parties : *Tsun*, *Kwan* et *Chi*. Chacune de ces parties a son pouls extérieur et intérieur, ce qui fait un total de douze pouls, six au poignet de la main gauche et six au poignet de la main droite. C'est pourquoi ils (les Chinois) tâtent le pouls des deux mains. » M. le comte Meyners d'Estrey a dressé un tableau résumant sur ce point la doctrine chinoise et les significations diverses des deux pouls ; car chacun révèle l'état d'un organe particulier.

Pouls du poignet gauche.

Tsun.	Côté extérieur, correspondant au cœur. Côté intérieur, correspondant aux petits intestins.
Kwan.	Côté extérieur, correspondant aux poumons. Côté intérieur, correspondant à la vésicule du fiel.
Chi.	Côté extérieur, correspondant aux reins. Côté intérieur, correspondant à la vessie.

Pouls du poignet droit.

Tsun.	Côté extérieur, correspondant aux poumons. Côté intérieur, correspondant aux grands intestins.
Kwan.	Côté extérieur, correspondant à la rate. Côté intérieur, correspondant à l'estomac.
Chi.	Côté extérieur, correspondant à la porte de vie. Côté intérieur, correspondant aux membres et viscères.

N'allons pas oublier qu'il y a quatre sortes de pulsations : le pouls plein et fort (*fow*), le pouls faible et profond (*chin*), le pouls lent (*che*) et le pouls actif (*so*).

Il faut dire, à la décharge de nos confrères du Céleste-Empire, que, s'ils professent partout cette théorie, ils ne paraissent y avoir confiance nulle part. Le docteur Hobson affirme n'avoir jamais rencontré un praticien chinois qui osât l'affirmer en sa présence « ou donner des preuves de la prétendue doctrine en établissant le diagnostic d'une maladie quelconque, en tâtant simplement le pouls du malade ».

et le sang agissant sur l'urine à la manière d'un ferment. Ellis, Lécorché incriminèrent surtout la stagnation de l'urine au contact des matières sécrétées dans la cystite chronique. M. Charcot apporta à cette conception un important appui lorsqu'il montra l'ammoniurie précoce survenue après les lésions traumatiques de la moelle, qui provoquent sans doute des lésions trophiques des parois vésicales. Enfin M. Guyon, et son élève M. Guiard, font jouer à l'inflammation de la vessie un rôle prépondérant, à tel point qu'à l'aphorisme de M. Pasteur : Sans torules point d'urines ammoniacales, ils répondent : Sans cystite point de torule. Telle est la doctrine que nous allons examiner maintenant.

III

Comme obstacle à cette théorie nous trouvons dès l'abord l'observation célèbre de Traube : chez un malade on constate une rétention d'urine, sans douleurs, sans besoins pressants ; les urines sont transparentes, sans dépôt, acides ; il n'y a donc pas traces de cystite. Le cathétérisme est pratiqué, aussitôt les accidents éclatent : souffrances vives, envies incessantes, urines troubles et ammoniacales ; puis surviennent des phénomènes typhoïdes et la mort. La sonde est-elle, dans ce cas, aussi coupable qu'on veut le croire? M. Guiard cite un autre fait où l'on trouve le même enchaînement, la même évolution, bien qu'il n'y ait pas eu introduction d'instruments dans la vessie. Aussi devons-nous admettre que les altérations latentes de l'arbre urinaire se sont, dans ces deux cas, révélées au premier prétexte, par l'apparition soudaine de la cystite et de la pyélo-néphrite suppurée.

Ce sont d'ailleurs ces inflammations et leur propagation redoutable qui nous expliquent les accidents consécutifs au cathétérisme bien mieux que l'hypothèse d'un empoisonnement par les germes. La preuve en est qu'ils éclatent parfois sans transformation ammoniacale des urines, et par conséquent en l'absence des germes que cette transformation suppose. M. Guiard a vu, chez un malade atteint de rétention, la fièvre s'allumer après le passage répété de la sonde ; les troubles digestifs s'accusent ; la soif devient insatiable ; la langue se recouvre de fuliginosités ; les reins sont douloureux à la pression, mais la vessie ne l'est pas, et les urines, troubles et chargées de pus, restent constamment acides.

Le terrain une fois déblayé de ces cas exceptionnels, voyons ce que le chirurgien observe d'habitude, et comment se produit l'ammoniurie. Si l'introduction des germes dans la vessie en est la raison nécessaire et suffisante, pourquoi le cathétérisme produit-il si rarement l'alcalinité des urines? Lorsqu'il n'existe pas d'altération sérieuse de la vessie, rien n'est plus rare, en effet, que de constater, après le passage des sondes, la conversion ammoniacale. Et cependant quel opérateur observe les préceptes de Pasteur, flambe ou borique l'instrument, et entoure lui et son malade d'une atmosphère fermenticide?

Si l'arrivée des germes est la raison suffisante de la conversion alcaline, comment s'expliquer les faits que nous cite M. Guiard? Il a vu des malades à vessie saine qui ont conservé une sonde à demeure — dans un cas, plus de quatre mois — sans que les urines soient devenues ammoniacales. Peut-on admettre qu'en un temps si long et avec de telles facilités, la torule, si abondante dans l'atmosphère, n'a pu pénétrer jusque dans le réservoir? Nous invoquerions alors ces observations très remarquables où la sonde à demeure donne issue à des urines alcalines sans que le liquide de la vessie ait cessé d'être acide : les germes n'ont pas prospéré sur les parois vésicales intègres, tandis qu'ils ont trouvé un terrain favorable dans le canal encrassé de la sonde, et l'urine, qui, acide encore, aborde goutte à goutte, l'extrémité interne du cathéter, a le temps, pendant son trajet, de subir la conversion alcaline.

Mais si la vessie est enflammée déjà, on voit, sous l'influence d'un seul cathétérisme, éclater l'ammoniurie. Les urines deviennent alors un terrain de culture essentiellement favorable, et ce fait n'avait pas échappé aux anciens observateurs. N'avons-nous pas vu leur tendance à faire jouer au mucus et au pus un rôle prépondérant dans la fermentation urinaire? Une expérience bien simple prouve d'ailleurs cette action : deux verres sont remplis à moitié d'une urine acide qui provient d'une même miction ; dans l'un des deux verres on ajoute quelques gouttes de pus ; au bout de deux jours, des deux verres exposés à l'air, celui qui contient du pus a déjà subi la fermentation alcaline, tandis que le second est encore acide.

Cette influence de la cystite est telle, que la courbe de l'alcalinité suit presque exactement celle de l'inflammation. M. Guiard nous donne plusieurs faits de la pratique de M. Guyon, où l'on voit des calculeux entrés avec des urines franchement ammoniacales ; grâce au repos, la cystite se calme, et les urines deviennent normales. On opère, on enlève la cause irritante, et dès le lendemain les urines sont souvent acides. C'est ainsi que la taille et l'uréthrotomie interne, après

---

Voulez-vous maintenant savoir comment est conformé le corps des fils du Ciel? M. E. Martin l'a déjà appris aux lecteurs de la *Gazette;* mais la phrase suivante de l'*Art médical en Chine* en dit assez en deux lignes pour laisser deviner le reste : « Les petits intestins s'attachent au cœur, et servent de conduit aux urines pour passer dans la vessie; les grands intestins s'attachent aux poumons et ont seize circonvolutions. »

Il faut reconnaître que, en présence d'une telle anatomie et d'une telle physiologie, il est difficile de s'attendre à trouver dans un coin de la médecine chinoise un reflet, une ombre de quelqu'une des doctrines qui ont traversé l'histoire de la médecine sans perdre, au milieu de leurs erreurs ou de leurs exagérations, ce fonds de vérité qui suffit à y conserver la marque d'une observation attentive de la nature. Ce sont erreurs de médecins, tandis que les doctrines chinoises ressemblent en général à de pures inventions, à des jeux d'esprit ou à des rêves d'hallucinés, et trop souvent leurs moyens thérapeutiques sont à la hauteur des doctrines. Cependant, comme nous le disions tout à l'heure, des écrivains se sont appliqués à montrer que, dans ce mélange informe, on pourrait distinguer plus d'une trace de certaines vérités scientifiques, comme d'une saine expérience clinique. M. Gubler, dans son rapport académique, M. Bordier, dans une sorte de commentaire de ce même rapport, M. Morache, dans son article du *Dictionnaire*, tous trois s'appuyant principalement sur les travaux de M. Dabry, ont signalé certains principes de physiologie, de pathologie, de thérapeutique, se dégageant assez clairement de fausses interprétations ou de croyances absolument chimériques. Les médecins chinois ont l'idée d'une source de chaleur dans la nutrition, d'une action générale des centres nerveux sur les phénomènes de la vie. Ils reconnaissent la spécifité des actions thérapeutiques, l'action élective de certains médicaments ; ils connaissent très bien, objectivement, les fièvres éruptives, les manifestations rhumatis-

enlèvement de la sonde à demeure, font disparaître l'alcalinité. Les germes sont sans doute encore dans la vessie, l'urine est toujours sécrétée, mais elle ne contient ni pus ni mucus, et ne constitue qu'un terrain peu fertile pour le développement des torules.

Les expériences pratiquées par M. Guiard confirment de tous points ces observations cliniques. Chez les chiens, le ferment injecté dans la vessie saine s'acclimate difficilement, l'urine ne devient que faiblement alcaline et d'une façon très passagère. Mais que l'on détermine une cystite par une plaie de la vessie ou par une injection très caustique, aussitôt la transformation ammoniacale s'accuse au premier ensemencement, et bientôt l'autopsie de l'animal permet de constater que le microbe a envahi la vessie tout entière, et que, même sans rétention d'urine, il a pénétré jusqu'au rein sans que l'état général d'ailleurs paraisse s'en ressentir.

IV

L'ammoniurie a-t-elle par elle-même, en dehors de la cystite qui la précède, une réelle gravité? Ce point est capital, et l'on sait le rôle prépondérant que lui faisaient jouer MM. Gosselin et Albert Robin, et surtout M. Pasteur. Ici encore M. Guiard en appelle à l'expérimentation et à l'observation clinique. Sur les chiens, on peut voir que le contact prolongé de l'urine ammoniacale ne provoque ni cystite, ni pyélonéphrite. Après avoir injecté une urine fortement chargée de carbonate d'ammoniaque et empêché la miction par la ligature de la verge, on constate, après avoir enlevé le lien, qu'il n'existe ni douleur apparente, ni dysurie, ni ténesme, ni dépôt purulent, et l'autopsie ne révèle aucune lésion inflammatoire.

L'observation clinique est aussi rassurante, malgré l'opinion contraire professée par des auteurs éminents, M. Bouchard, entre autres, qui affirme que le ferment provoque l'inflammation, et qui ne craint pas de prononcer le mot de « cystite parasitaire ». Le microbe qui convertit l'urée se retrouverait jusque dans les cellules épithéliales de la muqueuse. M. Guiard s'élève contre cette opinion : les propriétés irritantes des urines ammoniacales sont presque insignifiantes; il n'est pas rare, nous dit-il, de voir, à la suite de l'uréthrotomie interne, et sous l'influence de la sonde à demeure, survenir l'alcalinité des urines; cependant, malgré cette ammoniurie, passagère du reste, le malade ne souffre pas, les mictions ne sont pas fréquentes, les dernières gouttes ne brûlent pas au passage: il n'y a ni fièvre ni dyspepsie.

Les microbes ne sont pas responsables non plus des lésions que l'on observe parfois dans le rein. La néphrite est provoquée d'ordinaire, soit par des calculs rénaux, soit par une inflammation calculeuse née de la vessie et remontée par les uretères plus ou moins dilatés, soit par une inflammation blennorrhagique étendue à tout l'arbre urinaire, soit enfin par une inflammation consécutive à la distension de la vessie et des uretères par une rétention d'urine ancienne. Mais il serait difficile, dans tous ces cas, de faire intervenir le ferment ammoniacal. N'avons-nous pas vu, dans plusieurs des expériences de M. Guiard, les microbes passer dans les calices et le bassinet? la substance rénale cependant était encore indemne.

Il est des cas où l'autopsie révèle, dans le rein, de petits foyers purulents. Le professeur Bouchard croit alors à la migration des microbes; il prononce ici encore le nom de rein parasitaire; des colonies de bactériums se seraient fondées en plein parenchyme. Mais on a déjà rassemblé une série de faits qui semblent en désaccord avec cette doctrine. M. Charcot n'a pas retrouvé le microbe dans un cas d'abcès miliaire; il en est de même dans une observation de Chambard; enfin Charcot et Gombaut, après la ligature de l'uretère chez un cobaye, ont trouvé des abcès microscopiques qui n'avaient certainement pas été provoqués par la migration du ferment ammoniacal.

La seule complication dont soit certainement responsable la fermentation alcaline, c'est la gravelle phosphatique. Sous son influence le phosphate soluble de magnésie passe à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien insoluble et forme un dépôt cristallin. Le phosphate de chaux se précipite également dès que l'urine devient alcaline; l'ammoniaque fait du pus une gelée visqueuse qui cimente les cristaux et c'est ainsi que s'agglomèrent d'abord les graviers qui peuvent encore être expulsés par la miction, puis les calculs qui nécessitent l'intervention du chirurgien.

Faut-il admettre que l'ammoniurie peut se compliquer d'un état spécial très grave, l'ammoniémie, dont elle serait la cause directe? Grâce aux altérations de la muqueuse vésicale l'absorption de l'urine fermentée amène un empoisonnement, qui se traduirait par une fièvre constante, une soif vive, des accidents gastro-intestinaux, la langue fuligineuse, des vomissements, de la diarrhée, un teint livide, des convulsions, l'odeur ammoniacale de la sueur et de l'haleine; la mort s'abattrait bientôt sur le malade déjà plongé dans le coma. M. Guiard ne trouve pas suffisantes les raisons

---

males; ils tirent quelquefois de la symptomatologie des indications que leur refuse naturellement une anatomie dont ils ne se doutent pas. L'article de M. Bordier rappelle tout ce qu'on peut tirer d'assez raisonnable de leurs idées sur la chaleur, la dysenterie, les fièvres intermittentes, la goutte, le rhumatisme, etc. Enfin ils sont en possession d'une matière médicale dont ils se servent avec avantage: ils administrent le mercure contre la syphilis, l'arsenic contre les dermatoses, le fer contre la chlorose. Bref, un malade entre les mains d'un médecin chinois n'est pas absolument une victime prédestinée de la divagation scientifique et thérapeutique. C'est déjà quelque chose.

Comment, du reste, en serait-il autrement? L'auteur de l'*Art médical en Chine* se pose cette question : « A quelles causes faut-il attribuer l'absence totale de tout progrès de l'art médical chez les Chinois? » Et il répond : « Ceux qui se sont livrés à cet art ne se sont jamais inquiétés des préceptes d'Hippocrate ou de ses successeurs en Occident; ils n'ont jamais cherché la vérité : ils ont constamment travaillé dans les ténèbres. » Ce n'est pas là avancer beaucoup la question; car ce qu'il faudrait rechercher, c'est précisément la cause de ce fait, la cause de cette immobilité. Il n'y aura de véritable histoire de la médecine chinoise que le jour où l'on aura mis leur littérature médicale, qui est très abondante, en regard des importations scientifiques qui ont pu avoir lieu dans le pays, en tenant compte des époques diverses de ces importations. Si cela a été essayé, nous l'ignorons. La Chine, et M. Meyners d'Estrey en fait lui-même la remarque, n'est pas restée sans communications avec la Perse. Même avant que celle-ci fût devenue mahométane, « des ambassades persanes, arabes et même grecques de Constantinople visitèrent la cour de l'empereur de la Chine à Shansi; des marchands arabes s'établirent en Chine, et la Chine avait des relations suivies par mer avec le golfe Persique ». La Chine avait donc pu avoir, il y a bien longtemps, connaissance au moins des traductions syriaques d'Hippocrate et

invoquées par les auteurs et, sans vouloir nier l'ammoniémie, dont il discute d'ailleurs quelques symptômes, il se demande si, dans la plupart des cas, il ne s'agit pas plutôt d'une véritable septicémie.

Du moins les troubles locaux déterminés par les urines ammoniacales sur les tissus au milieu desquels elles s'épanchent sont maintenant incontestés; les expériences de Muron, celles de Gosselin et Robin, d'accord avec l'observation clinique des infiltrations d'urine, prouvent qu'il survient alors une inflammation gangreneuse à tendance envahissante. Un frisson violent éclate; le pouls est faible et rapide, la langue sèche, le visage altéré, un état typhoïde des plus graves se déclare, et, si l'intervention n'est pas active et large, la mort est rapide. La guérison d'ailleurs ne peut s'obtenir qu'au prix de délabrements étendus. D'après M. Guiard, il faudrait attribuer les graves phénomènes généraux bien plus au phlegmon diffus gangreneux qu'à l'absorption du carbonate d'ammoniaque.

L'ammoniurie serait donc déchargée de la plupart des méfaits dont on l'accuse depuis quinze ans; les phénomènes inflammatoires, et surtout leur propagation à l'arbre urinaire reprennent le rôle prépondérant que leur accordait l'ancienne chirurgie; c'est donc l'inflammation que l'on doit surtout combattre et, par un heureux concours, les substances les plus propres à la modérer et à l'éteindre sont, en même temps, les plus efficaces contre la fermentation alcaline qu'elles atteignent de deux manières : d'une façon directe en tuant les germes, d'une façon indirecte en tarissant la sécrétion du pus, le plus fertile engrais de leur terrain de culture.

Les médicaments internes n'ont donné que peu de résultats. MM. Gosselin et Robin ont beaucoup vanté l'acide benzoïque aux doses progressives de 1 à 6 grammes par jour dans 8 grammes de glycérine neutre et 150 grammes de julep gommeux. M. Guiard ne le préconise guère, et pour lui à 2 grammes déjà il produirait des troubles digestifs sans amener d'ailleurs, du côté des urines, une notable amélioration. L'acide salycilique et l'acide borique, à la dose de 1 à 2 grammes, auraient les mêmes inconvénients et aussi peu d'avantages. La glycérine, étudiée récemment par M. Guyon et son élève le docteur Tisné, aurait eu une bonne influence, peut-être en provoquant l'amélioration de l'état général. Les malades doivent en prendre de 60 à 80 grammes en mélange dans les tisanes.

Le traitement local est évidemment le plus efficace : le repos, les grands bains, les piqûres de morphine, les lavements laudanisés apaisent d'abord la cystite dont on essayera bien entendu de supprimer la cause première, rétrécissement, calculs, rétentions d'origine prostatique. Puis on s'applique à empêcher le contact prolongé de l'urine ammoniacale et à modifier la muqueuse elle-même. Le lavage de la vessie répond à ces deux indications. Les meilleures solutions sont l'acide borique à 40 pour 1000 et le nitrate d'argent. Au 1/200e et même au 1/500e la solution de nitrate d'argent tue les germes. Comme le nitrate est d'autre part le modificateur par excellence des muqueuses enflammées, on comprend son efficacité, que l'expérience, au lit du malade, confirme chaque jour.

Tel est le résumé, fort incomplet du reste, de l'excellent mémoire de Guiard. Il est la démonstration nouvelle d'une idée que nous avons bien souvent soutenue et qui nous semble l'évidence même. L'organisme humain est incessamment assiégé par la foule des germes, mais il est, pour eux, un terrain de culture bon, mauvais, ou bon et mauvais suivant les circonstances. Cette dernière alternative serait le cas le plus habituel et notre milieu ne serait propre à la pullulation du microbe que lorsque nos liquides ou nos solides ont subi certaines modifications. Aussi, pendant que le chimiste et le micrographe recherchent et étudient les germes, le rôle du clinicien est de déterminer dans quelles conditions ils prospèrent et surtout quelles causes les stérilisent. — Nous croyons savoir maintenant ce qu'il en est pour l'ammoniurie.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine expérimentale.

Nouvelles recherches sur les origines de la vaccine, par le docteur Warlomont, de Bruxelles.

(Fin. — Voyez le numéro 42.)

I. — Variole.

Exp. I. — 16 juillet 1882. — Jument de quatre ans, santé parfaite, pouls normal; température, 38°,6. De chaque côté de la lèvre inférieure, nous faisons deux piqûres cutanées *superficielles;* nous en faisons une troisième au bout du nez; toutes trois avec l'aiguille de Pravaz chargée de liquide variolique.

19. — Aucune modification dans l'état général. A la lèvre gauche,

d'autres auteurs grecs qui furent faites en Perse sur l'ordre des califes. De plus, quand les Portugais, après leur entrée à Macao, se mirent à commercer régulièrement avec la Chine (seizième siècle), il y avait environ quatre cents ans que les Arabes avaient fondé en Espagne des écoles célèbres, un brillant enseignement, illustré par Avicenne et Averrhoès. Les Portugais, réunis avec les Espagnols au califat arabe, n'ont-ils rien transmis aux Chinois des œuvres d'Aristote et de Galien? Ne serait-il pas singulier également que, dès les siècles ultérieurs, et surtout depuis une centaine d'années, la Chine, de plus en plus ouverte aux nations européennes, aux Anglais, aux Français, ne leur ait rien emprunté de ce qui touche si fort les peuples sans exception, c'est-à-dire les moyens de conserver ou de rétablir la santé. L'enseignement de la médecine, déjà institué sous les Mings (du quatorzième au dix-septième siècle), fut réorganisé dès le commencement de la dynastie actuelle des Mandchoux, postérieurement par conséquent à l'invasion du commerce portugais. Il faudrait donc, nous le répétons, parcourir, dans un esprit de comparaison, les principaux ouvrages chinois sur la médecine, à partir des *vingt-quatre volumes* de commentaires de Wan-Jung (huitième siècle); consulter avec soin l'un des plus célèbres, paraît-il, le Yon-tswan-i-tsun-king-hi, en 90 livres, avec figures; et aussi les nombreuses monographies publiées sur le choléra, la petite vérole, les maladies des yeux, etc. Et il n'y aurait certes pas à s'étonner si l'on y retrouvait force traits de galénisme, au moins à travers des théories et des formules arabes. Leur doctrine des *éléments*, par exemple, où les Chinois l'ont-ils prise? Elle diffère un peu de celle de Galien; mais Galien n'y est-il pour rien?

On doit l'avouer néanmoins, les choses se sont passées en Chine autrement qu'ailleurs, autrement que dans l'Europe centrale, quand les monuments de la science grecque et romaine lui revinrent d'Orient; autrement que chez certains peuples de civilisation relativement récente, la

il s'est développé, à l'endroit de la piqûre, *un nodule* gros comme un petit pois dans l'épaisseur de la peau, et n'offrant aucune adhérence avec le tissu cellulaire sous-cutané; il est un peu sensible à la pression.

21. — Même état, sauf que le nodule a un peu grossi.

24. — Le nodule est devenu moins sensible à la pression.

Aucun phénomène ne s'est produit aux points correspondants aux deux autres piqûres. Le nodule de la première a persisté pendant une quinzaine de jours, puis a disparu par résorption, sans laisser ni ulcère, ni croûte, et sans avoir donné lieu à aucun suintement.

Exp. II. — 16 juillet. — Jument de quatre ans. Inoculation de la matière variolique pure à l'aide de la lancette : 1° au côté gauche de la lèvre supérieure; 2° au côté gauche de la lèvre supérieure; 3° au chanfrein; 4° à la convexité orbitaire, par scarifications ou éraflures de l'épiderme; 5° dans l'épaisseur de la peau du cou à gauche, par piqûre au moyen de l'aiguille de la seringue de Pravaz.

19. — *Petit nodule* au point correspondant à la piqûre faite au cou. Rien aux autres endroits.

21 et suiv. — Persistance du nodule, mais rien aux endroits où ont été faites les scarifications. Ce nodule a persisté une quinzaine de jours, puis s'est résorbé. Le 30, tout avait disparu sans qu'il se fût produit aucun autre phénomène local ni aucuns phénomènes généraux.

Exp. III. — 6 mai 1883. — Cheval de sept ans. Matière employée : liquide variolique recueilli de pustules de variole arrivées à leur complet développement. Six incisions faites au pourtour de la vulve et au périnée sont pourvues de cette matière.

Ces incisions se sont recouvertes de croûtes épaisses dans lesquelles il y avait un peu de matière purulente. Au-dessous de ces croûtes, enlevées, on trouvait une plaie légèrement granuleuse; à partir du douzième ou quatorzième jour, les croûtes tombèrent spontanément et les plaies se cicatrisèrent.

Pas d'autres manifestations.

Exp. IV. — 6 mai 1883. — Cheval de neuf ans. Matière employée : celle de l'expérience III, inoculée au périnée par quatre incisions superficielles.

Mêmes phénomènes que ceux de l'observation III.

Exp. V. — 7 mai. — Poulain de six semaines. Matière employée : celle de l'expérience précédente. Inoculation par quatre incisions au périnée. Des croûtes plus ou moins épaisses se sont formées aux points correspondants, puis se sont desséchées et sont tombées vers le dixième jour.

Exp. VI. — 16 juillet. — Cheval hongre, cinq ans. Une injection, composée du contenu d'un tube de matière variolique étendu de cinq gouttes d'eau, est faite dans la veine sous-cutanée médiane de l'avant-bras, soigneusement et complètement mise à nu.

Du 16 au 21. — Rien. La plaie cutanée se cicatrise.

1er août. — De nombreuses petites papules se montrent sur tout le corps, principalement sur les côtés de la poitrine et aux flancs; on les voit manifestement à distance, parce que le poil est hérissé en petites houppes aux points correspondants. Quelques jours plus tard, les mèches de poils se sont détachées et sont tombées, emportant une petite plaque épidermique, ainsi qu'on l'observe souvent sur les chevaux atteints de gourme.

Exp. VII. — 16 juillet. — Cheval hongre, cinq ans. Nous mêlons cinq gouttes d'eau à la lymphe variolique retirée de deux tubes cylindriques, et nous injectons ce mélange dans la veine angulaire gauche de l'œil, préalablement mise à nu avec soin. Hémorrhagie assez forte par la piqûre.

19. — Tuméfaction à l'endroit du traumatisme, qui diminue bientôt.

23. — Plaie cicatrisée.

Du 23 au 10 août. — Aucuns phénomènes locaux ni généraux. Résultats entièrement négatifs.

Exp. VIII. — 16 juillet. — Jument, quatre ans; pouls, 44; température, 38 degrés. Nous faisons dans la veine sous-cutanée médiane de l'avant-bras droit, après avoir mis préalablement la veine à nu, une injection de matière variolique étendue d'environ moitié d'eau; le liquide n'a pas eu le moindre contact avec la peau.

La plaie cutanée est entrée rapidement en voie de cicatrisation, à la façon d'une plaie simple.

Quant aux phénomènes généraux, il ne s'en est produit aucun, si ce n'est que :

1° août. — *Les poils sont soulevés en nombreuses petites mèches*, ainsi qu'on l'observe fréquemment pendant la gourme du cheval. Les jours suivants, ces mèches se redressent de plus en plus, puis finissent par se détacher en emportant une petite plaque d'épiderme, laissant à leur place une très légère élevure que perçoit le doigt passé par-dessus, et dont il n'est pas possible de définir le caractère.

Exp. IX. — 6 août. — Cheval de sept ans. Injection d'un tube de matière variolique pure dans la veine angulaire de l'œil du côté droit.

Résultat absolument négatif.

Exp. X. — 16 juillet. — Jument de cinq ans. Nous incisons la peau du côté gauche du cou sur une longueur de 3 centimètres environ, puis l'aponévrose suivant une étendue égale et correspondante; nous introduisons ensuite l'aiguille de Pravaz dans le tissu cellulaire profond, et nous injectons la moitié environ du contenu d'un tube de liquide variolique. L'injection se fait très bien et sans qu'il y ait eu le moindre contact du liquide avec une partie quelconque de la peau.

21. — La plaie suppure aux endroits où l'opération a été pratiquée; le pus a une teinte lie de vin.

25. — La cautérisation est en bonne voie; la plaie a un bel aspect.

1er août. — Quelques papules semblables à celles décrites précédemment sont éparpillées sur le corps.

15. — Rien d'autre ne s'est manifesté.

Exp. XI. — 6 mai 1883. — Cheval de neuf ans. Matière employée : celle de l'expérience III, injectée dans le tissu cellulaire profond à la région du poitrail.

7 mai. — Œdème chaud, douloureux au point correspondant de l'injection; légère fièvre de réaction.

8. — L'œdème est remplacé par une tumeur dure du volume d'un œuf de perdrix.

Russie, par exemple, à partir de Pierre le Grand. A quoi tient cette différence? On ne s'est pas « inquiété des préceptes d'Hippocrate »; soit; mais pourquoi? Il semble qu'on ne doive voir là qu'une des expressions d'un fait très général et qui semble se lier au caractère de la race chinoise, à ses mœurs, à sa politique. Notez que dans ce pays l'histoire naturelle est aussi peu avancée que la médecine; que, si l'on y connaît beaucoup de drogues, on n'y sait rien de la botanique, non plus que de la chimie ou de la zoologie. Les arts lui sont inconnus; de minutieuses élégances et une grande habileté en tiennent la place. A côté de cela, contraste singulier, ils ont une littérature profondément originale, à laquelle s'est appliquée la critique d'un grand nombre d'érudits modernes. Il semble que cette race n'éprouve d'autres besoins que celui d'exercer son imagination. Elle procède du ciel; son empire est céleste; elle peut et elle doit se suffire elle-même, et l'imagination est une faculté qu'on n'a besoin d'emprunter à personne. Quant aux produits de l'observation, de l'expérience, du raisonnement, elle semble les dédaigner et veut d'autant moins les recevoir d'autrui, qu'ils sont le témoignage le plus manifeste d'une civilisation dont elle a peur et qu'elle repousse. Elle sait bien que la médecine est une science d'observation; mais ce serait bien long de l'acquérir par cette voie, à coup d'études d'anatomie, de physiologie, d'histoire naturelle, et ils aiment mieux l'inventer.

Nous tenons à le répéter en terminant : La brochure de notre confrère, malgré le caractère trop personnel qui a été signalé, et en raison des nombreux renseignements qu'elle fournit, tiendra encore une place honorable parmi les ouvrages des médecins sinologues.

A. Dechambre.

15. — La tumeur s'efface de jour en jour.
20. — Tumeur presque complètement disparue.

Exp. XII. — 6 août. — Jeune cheval. Un tube de matière variolique pure est injecté — avec les précautions indiquées, exp. X — dans le tissu cellulaire profond de la région du poitrail.
Résultat absolument négatif.

Exp. XIII. — 7 mai 1883. — De la poussière provenant de croûtes varioliques pulvérisées a été placée au fond de trois musettes et celles-ci ont été adaptées à l'extrémité inférieure de la tête de trois chevaux adultes. Chaque inspiration devait introduire dans les voies respiratoires une certaine quantité de ladite poussière. Ces musettes sont restées attachées une journée entière.
Aucun phénomène ne s'est produit.

Exp. XIV. — 9 août. — Une certaine quantité de cette même poussière a été mêlée à l'avoine et le mélange entièrement mangé par deux chevaux adultes.
Aucunes manifestations.

Exp. XV. — 7 mai. — Cheval adulte. Une partie de la poussière qui a servi à l'expérience XIII a été mise dans de la mélasse et donnée sous forme d'électuaire.
Aucunes manifestations.

Exp. XVI. — 9 août 1882. — Trois chevaux, âgés respectivement de six, sept et huit ans, sont placés dans une même écurie. Des croûtes de variole réduites en poudre fine sont placées dans le fond d'un petit sac de toile, sorte de musette qu'on adapte à l'extrémité inférieure de la tête, de telle sorte que l'animal, à chacune de ses inspirations, fait pénétrer de cette poudre dans les voies antérieures de l'appareil respiratoire. La musette demeure ainsi attachée depuis sept heures du matin jusqu'à quatre heures de relevée, sauf pour le temps nécessaire aux repas. L'expérience ne cesse que le lendemain, alors qu'il ne reste plus de poussière dans la musette.
Résultat absolument négatif chez tous les sujets

Résumé. — Variole. — 16 expériences.

1° Inoculation. — 5 cas : 2 cas, nodules au lieu de la piqûre; 3 cas, croûtes au lieu de la piqûre.
2° Injection veineuse. — 4 cas : 2 cas, nombreuses petites papules disséminées; 2 cas, résultat négatif.
3° Injection intracellulaire. — 3 cas : 1 cas, nombreuses papules disséminées; 2 cas, résultat négatif.
4° Introduction par les voies digestives. — 2 cas, résultat négatif.
5° Introduction par les voies respiratoires. — 2 cas, résultat négatif.

Ces expériences, on le voit, ne nous ont pas donné la solution que nous leur avions demandée. Ni l'injection intraveineuse, ni les injections intra-cellulaires, ni l'introduction par les voies digestives ou respiratoires, de la matière variolique, ne nous ont procuré d'éruption ayant le caractère de la pustule variolique ou de la pustule vaccinale. Dans trois cas seulement — une fois à la suite de l'injection intraveineuse et deux fois après l'injection intravasculaire — l'effort vers la peau a paru se manifester par de nombreuses papules disséminées sur tout le corps; mais ces papules sont demeurées sans caractère déterminé, et n'ont fourni qu'une courte carrière dépourvue de toute signification.

Les animaux ainsi traités s'en trouvaient-ils au moins investis d'immunité, variolique ou vaccinale? Encore que l'analogie permette de le supposer, par ce qui s'observe sur les bovidés, le contrôle direct nous a été refusé, les inoculations mêmes, de matière tant vaccinale que variolique, ayant rencontré, sur nos équidés, d'imperturbables résistances. Ainsi, sur cinq cas d'inoculation épidermique de matière variolique, il ne nous a pas été donné d'observer une seule pustule spécifique : à peine quelques nodules ou quelques croûtes, disparaissant prématurément. Dans ces conditions, la constatation de l'immunité était matériellement impossible et l'on est encore, à cet égard, réduit à l'hypothèse. Une seule conclusion peut être légitimement tirée de ces faits : *l'organisme du cheval se prête mal à l'admission du principe variolique, sous quelque forme et à quelque porte qu'on le lui présente.*

Dans un travail magistral publié en 1877 (*loc. cit.*), M. Chauveau a relaté des expériences du même ordre pratiquées par lui, également sur des chevaux, mais avec de la matière vaccinale. Des résultats qu'il en a retirés, ce savant éminent a cru pouvoir conclure que *la haute aptitude de l'organisme du cheval à la culture de la vaccine était désormais démontrée*, et c'est sur la foi de cette autorité que, dans mon *Traité de la vaccine*, j'ai exprimé l'idée qu'on pourrait peut-être, dans la pratique de la vaccination animale, à défaut d'animaux de l'espèce bovine, recourir à ceux de l'espèce chevaline. C'est une erreur que je crois devoir rectifier; celui qui voudrait compter sur « la haute aptitude du cheval à la culture du vaccin » courrait au-devant de mécomptes constants.

Les expériences ci-après ont dissipé à cet égard toutes les illusions. En voici la relation détaillée :

II. — Vaccin.

Expérience I. — 16 juillet. — Cheval de cinq ans. Matière employée : émulsion de vaccin de veau (préparation glycérinée de M. Warlomont). Deux piqûres sont faites, une de chaque côté de la lèvre supérieure, à l'aide de l'aiguille Pravaz, dans l'épaisseur du derme; pour chacune il est dépensé le contenu d'un tube environ d'émulsion vaccinale.
21. — Catarrhe de la muqueuse des voies respiratoires. Rien à observer du côté des points d'inoculation.
24. — Le cheval est malade; fièvre de réaction, perte d'appétit, abattement, poil hérissé. Apparition de plaques arrondies, légèrement vésiculeuses, analogues à celles qu'on observe dans la dartre tonsurante; la vésicule se crève rapidement et une légère croûte sèche recouvre cette partie dénudée.
Cette éruption cutanée, qu'on observe fréquemment sur de jeunes chevaux pendant la période de l'acclimatement — et le sujet en expérience est dans ce cas — a-t-elle quelque rapport avec l'inoculation du vaccin, qui ne s'est ici traduite par aucune manifestation locale? Il est permis d'en douter.

Exp. II. — 16 juillet. — Cheval de cinq ans. Matière employée : cowpox liquide pur (préparation Chambon). Deux éraflures épidermiques sont faites de chaque côté de la lèvre supérieure sur des taches de ladre, puis une piqûre dans l'épaisseur de la peau du cou, et du vaccin pur y est déposé.
Aucun phénomène local. — Le 1er août, de petites élevures se trahissent par des mèches de poils qui se redressent et tombent.
Décidément ces mèches sont fréquentes chez les chevaux vaccinés ou variolés.

Exp. III. — 6 août. — Cheval de douze ans. Matière employée : cowpox en pommade glycérolée. — Insertion dans cinq incisions épidermiques pratiquées sur une large tache de ladre d'un beau blanc nacré, complètement dépourvue de poils, à la lèvre supérieure.
Résultat absolument négatif.

Exp. IV. — 6 octobre. — Cheval adulte. Matière employée : émulsion de cowpox. Quatre incisions superficielles pratiquées à la lèvre supérieure, qui est glabre, sont enduites de la matière vaccinale. Trois de ces plaies se cicatrisent rapidement. Le quatrième se recouvre d'une croûte irrégulièrement arrondie.
15 octobre. — Cette croûte enlevée, on voit une plaie granuleuse recouverte d'une petite quantité de matière purulente. Elle est légèrement excavée et se cicatrise rapidement.

Exp. V. — 11 novembre. — Cheval de six ans. Matière employée : émulsion vaccinale préparée de la veille. Cinq incisions épidermiques, parallèles, sont pratiquées à la région du périnée et imprégnées de vaccin.
17 novembre. — Des croûtes se sont formées sur les plaies, auxquelles elles adhèrent immédiatement sans interposition de pus. Après quelques jours, elles se détachent et les plaies se cicatrisent rapidement.
25. — Tout est rentré dans l'état normal.

Exp. VI. — 11 novembre. — Cheval de huit ans. Identique de tous points à la précédente, si ce n'est que les incisions ont été

faites plus profondément, et que les croûtes, plus épaisses, ont persisté plus longtemps.

L'émulsion vaccinale, dans ces cas comme dans tous les autres, a donné lieu, sur des génisses, à des pustules parfaitement développées.

Exp. VII, VIII, IX, X. — 2 décembre. — Quatre chevaux ont été inoculés par le dépôt, sur des incisions superficielles, d'émulsion vaccinale fraîchement préparée, savoir :

1. Cheval de 4 ans, 6 incisions au périnée.
2. — 5 6 — au pourtour de la vulve.
3. — 6 6 — au périnée.
4. — 5 6 — —

Chez tous quatre, le résultat, tant général que local, a été nul, encore que la matière, employée concurremment sur des veaux, y ait donné lieu à une éruption parfaite.

Exp. XI. — 9 janvier. — Cheval de treize ans. Matière employée : émulsion de vaccin de veau. Six incisions sanglantes à la vulve et au périnée, qu'on recouvre de la matière vaccinale.

Résultat négatif.

Exp. XII. — 9 janvier. — Cheval de neuf ans. — Matière employée : émulsion de vaccin animal. Six incisions superficielles non sanglantes qu'on recouvre de la matière vaccinale. Au bout du neuvième au douzième jour, ces plaies se sont cicatrisées sans avoir été le siége d'aucune manifestation quelconque.

Exp. XIII. — 18 janvier. — Cheval de sept ans. Matière employée : vaccin animal liquide fourni par M. Degive, additionné de glycérine à partie égale, coulé dans deux incisions épidermiques faites au périnée.

Résultat nul.

Exp. XIV. — 10 mai. — Poulain d'un mois. Matière employée : émulsion de cowpox. Inoculation par quatre incisions au périnée, sur lesquelles le contenu de deux tubes est répandu.

Les plaies se sont recouvertes de croûtes, qui sont tombées au bout de quelques jours, puis se sont cicatrisées à la façon de plaies simples.

Aucuns phénomènes locaux ni généraux.

Exp. XV. — 16 juillet. — Cheval de quatre ans. Matière employée : émulsion de vaccin-cowpox (la même que celle de l'expérience XIII) additionnée de cinq gouttes d'eau par tube. Injection de ce mélange dans la veine angulaire de l'œil, sans que celle-ci ait été mise à nu.

19. — Engorgement œdémateux autour du point où la piqûre a été faite.

21. — Cet œdème remonte jusque près de l'œil; il est chaud, peu ou point douloureux, et conserve l'impression du doigt.

23 et suivants. — L'œdème diminue, et, le 1er août, il n'en reste plus de traces.

Aucun phénomène général ni local pouvant se rapporter aux effets de l'injection ne s'est manifesté. L'animal a été tenu en observation pendant un mois.

Exp. XVI. — 16 juillet. — Cheval de six ans. Matière employée : un tube de vaccin cowpox additionné de cinq gouttes d'eau. Injection, parfaitement exécutée, dans la veine angulaire de l'œil, sans dissection préalable de la veine.

L'animal, observé pendant plus d'un mois, n'a témoigné aucun phénomène pouvant être rapporté à l'injection intraveineuse.

Exp. XVII. — 6 octobre. — Jeune cheval. Matière employée : émulsion de cowpox. Injection dans la veine angulaire de l'œil.

Résultat négatif.

Exp. XVIII. — 7 août. — Cheval de six ans. Matière employée : vaccin d'enfant pur liquide. Injection dans la veine angulaire de l'œil.

Résultat absolument négatif.

Exp. XIX. — 27 janvier. — Cheval de huit ans, atteint de pleurésie chronique avec épanchement, et qui avait été vendu comme atteint d'une maladie incurable et devant être prochainement mortelle. Matière employée : lymphe vaccinale recueillie la veille et étendue de partie égale de glycérine. La jugulaire droite est mise à nu vers la moitié de l'encolure, et comprimée au-dessus du point où l'aiguille Pravaz y a été enfoncée; celle-ci envoie dans la veine la matière indiquée ci-dessus.

Le soir, l'animal a la respiration bruyante; c'est un vrai cornage. Celui-ci s'est déclaré vers cinq heures, c'est-à-dire huit heures et demie après l'injection. État général bon d'ailleurs, pas de fièvre. Appétit bon.

28. — Respiration plus difficile encore, abdominale. Il y a fièvre de réaction; le pouls est précipité, les muqueuses sont jaunâtres, l'appétit nul.

29. — Le cornage a diminué, le pouls est redevenu normal, la température du corps est bonne; diurèse abondante depuis la veille; appétit, quart de ration.

30. — Le cornage a disparu et tout est rentré dans l'état normal.

Il n'y a eu aucunes manifestations rapportables à l'action du vaccin.

Exp. XX. — 6 octobre. — Cheval adulte. Matière employée : deux tubes d'émulsion cowpox étendue de quelques gouttes d'eau. Injection dans un vaisseau lymphatique préalablement mis à nu, à la région saphène gauche. L'injection, poussée très lentement, s'est bien exécutée. Les phénomènes locaux ont été insignifiants, la plaie s'est rapidement cicatrisée.

Résultat absolument négatif.

Exp. XXI. — 16 juillet. — Cheval de quatre ans. Matière employée : un tube d'émulsion de cowpox additionné de quelques gouttes d'eau. Injection, au moyen de la seringue de Pravaz, dans le tissu cellulaire sous-cutané; une boutonnière a été faite à la peau du cou et l'aiguille Pravaz plongée à la profondeur voulue, à travers l'aponévrose; puis l'injection poussée, toutes précautions prises pour que la peau ne soit touchée ni par la matière de l'injection, ni par l'instrument, ni à l'entrée, ni à la sortie.

21 et suivants. — La plaie suppure, le pus est blanc, de bonne nature; le 24, la cicatrisation commence; elle est presque complète le 1er août; il n'y a pas eu d'œdème local.

Il n'y a eu aucun phénomène au lieu de la piqûre; mais on a pu remarquer des mèches de poils soulevés, se détachant à la moindre traction en emportant une plaque épidermique.

Encore une fois, ce phénomène est fréquent chez les jeunes chevaux en dehors de toute influence vaccinale. Il indique évidemment un travail vers la peau. N'y a-t-il ici qu'une coïncidence ? Notons cependant que nos expériences nous le montrent bien souvent.

Exp. XXII. — 7 août. — Cheval de huit ans. Matière employée : un tube de vaccin d'enfant pur. Injection dans le tissu cellulaire profond, derrière le coude.

Résultat absolument négatif.

Exp. XXIII. — 6 octobre. — Cheval adulte. Matière employée: émulsion de cowpox. Incision de la peau au cou; dissection du tissu cellulaire en une sorte d'excavation en godet; puis insufflation d'un tube rempli de vaccin, dont une extrémité plonge dans les mailles du tissu cellulaire.

13. — Un grand nombre de nodosités, sortes de papules à sommet, tronqué, se dessinent aux régions de l'encolure, de la poitrine et du flanc; le poil qui les recouvre est soulevé, redressé, mais ne tombe pas.

17. — Ces nodosités diminuent de volume, les poils se couchent et reprennent leur direction normale.

Du 22 au 25, tout est rentré dans l'ordre.

Exp. XXIV. — 9 janvier 1883. — Cheval de onze ans. Matière employée : émulsion de vaccin de veau. Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région du périnée.

10. — Au point de la piqûre, petit nodule du volume d'un pois sous la peau.

15. — Le nodule a disparu.

Résultat absolument négatif.

Résumé. — Vaccin. — 24 expériences.

1° Inoculation. — 14 cas. — 1 cas, papules arrondies, vésiculeuses; 1 cas, mèches disséminées; 1 cas, petit ulcère excavé ; 2 cas, croûtes superficielles; 9 cas négatifs.

2° Injection veineuse et intralymphatique. — 6 cas. — 1 cas, œdème local; 1 cas, phénomène curieux au point de vue d'une pleurésie concomitante; 4 cas négatifs.

3° Injection intracellulaire. — 4 cas. — 1 cas, mèches nombreuses disséminées; 1 cas, nodosités nombreuses; 2 cas négatifs.

Ainsi, sauf l'existence, dans quatre cas — deux fois à la suite de l'inoculation, deux fois après l'injection intracellulaire, de matière vaccinale éprouvée — d'une éruption de papules disséminées, semblables à celles qui nous ont paru être le résultat de la contamination variolique, mais n'offrant, non plus qu'elles, aucun caractère spécifique, ici comme là, l'effort à la peau ne s'est traduit par aucune manifestation caractéristique. Nous pouvons donc affirmer, avec toute l'assurance puisée dans le résultat d'expériences portant sur vingt-quatre chevaux, que « *l'organisme du cheval est, pour la culture du vaccin, un détestable terrain* ».

Ces conclusions, nous pouvons les prendre en toute confiance, vu le soin que nous avons apporté à nos opérations et à l'observation ultérieure des sujets. Les quarante chevaux qui nous ont servi étaient tous dans un état de santé parfaite, bien logés, bien nourris. Les injections ont été faites, pour la variole, à l'aide d'une seringue de Pravaz neuve, pour le vaccin, avec une seringue dont l'aiguille seule était neuve, mais dont le corps et le piston avaient été préalablement nettoyés avec soin.

Quand il s'est agi de mettre un vaisseau à nu et d'empêcher le contact du liquide avec la peau, toutes précautions ont été prises; ainsi nous avons toujours eu soin de faire à la peau une large boutonnière, d'en écarter les bords et d'enduire ceux-ci d'une couche d'axonge ou de glycérine.

Les injections intraveineuses ont été faites dans le sens du courant circulatoire. Pour introduire l'aiguille, nous faisions une compression *plus haut*, afin de faire gonfler la veine. Dès que nous voulions pousser le liquide à injecter, nous reportions la compression *au-dessous* de la piqûre; enfin, au moment où le liquide pénétrait dans le vaisseau, nous cessions la compression, de façon que l'afflux sanguin entraînât le liquide injecté.

Nous n'avons jamais employé que du vaccin éprouvé, ni donné aucun résultat qui n'émanât d'animaux imprégnés d'une matière reconnue de bonne qualité par ses effets sur des animaux témoins.

En ce qui concerne la manœuvre opératoire, il me suffira de dire qu'elle a été pratiquée, dans tous les cas, des mains même de M. Hugues, vétérinaire de 1re classe de l'armée belge, et notre collègue à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Des considérations et expériences qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les propositions ci-après :

1° Ni les équidés, ni les bovidés, ni vraisemblablement d'autres animaux ne peuvent être considérés comme *vaccinogènes*, dans le sens rigoureux à attacher à ce mot. Ni le cheval ni le bœuf ne créent de toutes pièces, l'un le horse-pox, l'autre le cowpox; l'un et l'autre doivent, pour fournir une récolte de matière dite vaccinale, en avoir reçu préalablement la semence.

2° La semence originelle du vaccin, dans ses rapports avec le cheval ou le bœuf, n'est pas autre chose que la variole. Admise dans l'organisme de ces animaux, celle-ci y subit une atténuation, d'où résulte ce qu'on est convenu d'appeler « vaccin ».

3° Cette atténuation est moindre chez le cheval que chez le bœuf. Le horse-pox s'éloigne donc moins de la variole que le cowpox.

4° Le cheval est un mauvais terrain pour la culture du vaccin. Aussi bien ne faut-il pas le regretter au point de vue de la pratique de la vaccination animale. Celle-ci, en effet, réclame des germes atténués à un plus haut degré que ceux que peut procurer l'organisme du cheval.

5° L'imprégnation, variolique ou vaccinale, artificielle, chez le cheval, par voie d'inoculation ou d'injection extra-cutanée, semble pouvoir se produire, comme chez la vache, sans que rien se manifeste au dehors. L'immunité — l'analogie tend à l'établir — doit pouvoir être la conséquence de cette imprégnation, qui le plus souvent ne se traduit, en tant qu'effort à la peau, que par des manifestations sans caractère bien déterminé. La mauvaise grâce avec laquelle l'organisme du cheval accueille les inoculations enlève à celles-ci toute signification comme moyen de contrôle.

« Quoi qu'il en soit, avons-nous dit précédemment et devons-nous répéter aujourd'hui (1), force nous est, pour le présent, de considérer l'idée de l'unicité comme une hypothèse simple. Hypothèse respectable, toutefois, car il n'en est aucune autre qui donne, aussi bien qu'elle, la clef du problème complexe dont nous recherchons la solution. »

Cette solution, nous en avons la confiance, l'avenir nous la réserve. Je voudrais bien mettre sur le compte de notre impéritie l'impuissance de nos efforts, mais la collaboration élevée sur laquelle ils s'appuient m'interdit cet acte de modestie. Peut-être M. Chauveau, s'il voulait bien tenter au moyen de la variole ce qu'il a fait avec succès au moyen de la vaccine, serait-il plus heureux que nous n'avons été. Personne plus que nous ne s'en applaudirait. Nous lui passons la main.

Nous ne pouvons oublier d'ailleurs que c'est de la France que nous sont venues les vives lumières qui éclairent aujourd'hui la question des virus. On a pu lui enlever des provinces; quelques velléités qu'on en témoigne, on ne lui volera pas cette gloire.

(1) *Traité de la vaccine*, p. 123.

CORRESPONDANCE

La douleur provoquée comme moyen de traitement dans l'empoisonnement par l'opium et les solanées.

Nos lecteurs se rappellent la lettre que nous a adressée sous ce titre M. le docteur Baretti (de Nice), à l'occasion d'une note sur le même sujet publiée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 644). M. le docteur Brémond nous écrit à son tour pour nous dire qu'il a obtenu les mêmes effets que MM. Stearns et Baretti, en provoquant la douleur, non par la flagellation ou des pincements, mais par l'emploi de l'électricité. La reproduction des deux courtes observations que l'auteur joint à sa lettre n'ajouterait rien d'important à l'énoncé du fait, et nous nous permettrons de nous borner à signaler ici le moyen qu'il a employé avec succès. Le point essentiel réside dans les effets de la douleur et non dans la manière, très variable, de la produire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De la mesure des forces dans les différents actes de la locomotion, par M. *Marey*. — Suite du travail présenté dans la dernière séance et impossible à analyser clairement sans le secours des figures. — Voy. nos derniers comptes rendus de l'*Académie de médecine*, et l'étude que M. Gariel publie en ce moment, sur le même sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe. Note de M. *H. Beaunis*. — Cette contraction réflexe, obtenue par l'excitation de la périphérie sensitive, du nerf sensitif ou de la racine sensitive, doit être étudiée sous ses deux formes, celle de secousse et celle de tétanos.

La secousse musculaire réflexe, consécutive à une excitation unique, mécanique ou électrique, se distingue de la secousse directe par son amplitude moindre, sa durée plus longue, l'augmentation de la période d'excitation latente, et par la présence plus fréquente d'un certain degré de con-

tracture consécutive. Ces caractères ont déjà été indiqués en partie par quelques physiologistes, et en particulier par Wundt.

Le tétanos réflexe, ou, pour parler plus exactement, la contraction réflexe qui succède à des excitations tétanisantes, mécaniques ou électriques, possède des caractères qui le différencient complètement du tétanos direct, caractères sur lesquelsne s'est pas portée jusqu'ici l'attention des physiologistes.

Ce qui distingue surtout la contraction réflexe qui succède aux excitations tétanisantes, c'est la variabilité de sa forme, qui contraste avec la réalité du tétanos direct. Il apparaît plus tard que le tétanos direct, et très souvent il ne se montre qu'après la cessation de l'excitation tétanisante, à moins que cette excitation ne soit prolongée très longtemps. La durée du tétanos réflexe est indépendante, dans certaines limites, de la durée de l'excitation tétanisante. Du reste, d'une façon générale, il n'y a pas, entre l'excitation et le tétanos réflexe, l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct. La strychnine modifie la forme du tétanos réflexe et lui imprime les caractères du tétanos direct. C'est précisément parce que la plupart des expérimentateurs ont employé cette substance pour étudier les phénomènes réflexes que les formes *normales* du tétanos réflexe ont été méconnues.

La forme de la contraction réflexe paraît tenir à des phénomènes d'arrêt qui se passent dans les centres nerveux : à ce point de vue, on pourrait dire que le tétanos réflexe n'est autre chose qu'un tétanos direct, modifié par des actions d'arrêt.

Les expériences qui m'ont permis d'arriver à ces conclusions générales ont été faites exclusivement sur la grenouille. (Renvoi à l'examen de M. Marey.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Liégey* (de Choisy-le-Roi) se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *E. Brémond* (fils), une brochure intitulée : *De l'emploi des bains de vapeurs térébenthinées dans le traitement de la lithiase urique*; 2° de la part de M. le docteur *Northrup* (de New-York), une brochure ayant pour titre : *Extensive interlobular emphysema and abscess of the lung, after whooping-cough, in a child of two months, — unique case.*

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur *Bodal* (de Bordeaux), un mémoire manuscrit sur *le traitement du glaucome par l'arrachement du nerf nasal externe*. — Renvoi à l'examen de MM. *Maurice Perrin* et *Giraud-Teulon*.

M. *Polaillon* fait hommage, de la part de M. le docteur *Thorens*, de deux mémoires imprimés, ayant pour titres : *La mortalité par les maladies épidémiques à Paris dans le VIIIe arrondissement* en 1880, 1881 et 1882 et *De la luxation des phalangines des doigts en avant.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, au nom de M. *A. Lailler*, une *Note complémentaire sur la poudre de lin inaltérable destinée à la confection des cataplasmes.*

M. *Mathias-Duval* fait hommage, de la part de M. le docteur *Gellé*, de son article SURDITÉ et SURDI-MUTITÉ extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. *Jules Guérin* dépose, au nom de M. le docteur *Léon Blondeau*, divers *documents historiques pour servir à l'histoire des inoculations de la variole humaine aux animaux.*

DÉCÈS DE M. DEPAUL. — M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. le professeur Depaul, qui lui appartenait comme membre titulaire dans la section d'accouchements depuis 1852. M. Depaul ayant été président en 1873, la séance est immédiatement levée en signe de deuil.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

Gastrostomie. — Taille hypogastrique. — Amputation congénitale incomplète et aïnhum. — Thyroïdectomie.

M. *Léon Labbé*, à l'occasion de la communication de M. Lucas-Championnière sur la gastrostomie, dit qu'il ne serait pas juste de lui enlever la priorité du procédé de gastrostomie mis en usage un grand nombre de fois depuis 1876, époque à laquelle M. Labbé a communiqué son procédé à l'Académie des sciences. C'est pour cela que M. Labbé va relever les erreurs qui se sont glissées dans la publication de M. Henri Petit : *Traité de la gastrostomie*. Paris, 1879. Jusqu'à la page 57 de ce livre, M. Léon Labbé est bien l'auteur du procédé opératoire; mais de la page 57 à la page 112, c'est M. Verneuil qui devient l'auteur du procédé. M. Labbé signale cette erreur à la Société de chirurgie.

M. *Verneuil*. Le manuel opératoire, d'une manière non douteuse, appartient à M. Labbé; il a appliqué son procédé à la taille stomacale, pour extraire un corps étranger. Puis M. Verneuil a appliqué le procédé de M. Labbé à la création d'une voie artificielle dans l'estomac, dans les cas de rétrécissement de l'œsophage. M. Petit a attribué à M. Verneuil, non pas le procédé opératoire, mais l'*application* dudit procédé aux rétrécissements œsophagiens.

— A l'occasion du procès-verbal, M. *Périer* prie M. Després d'étudier sur le cadavre les effets du refoulement de la vessie par le ballon rectal, et les injections faites dans la vessie avant l'opération de la taille hypogastrique : M. Després pourra alors formuler une opinion, et, comme il est de bonne foi, il abandonnera le procédé qu'il conseille aujourd'hui.

M. Périer communique trois nouvelles observations de taille hypogastrique. Malade de cinquante-huit ans; coliques néphrétiques, puis troubles de la miction; en novembre 1881, urines purulentes. Il entre à l'hôpital en février 1882; calcul vésical très dur; vessie intolérante. Taille hypogastrique le 6 mars, après injection vésicale et application du ballon rectal. Incision de 8 centimètres à la peau. Calcul adhérent; extraction, drainage, suture. Guérison le vingt-huitième jour. Le calcul pesait 50 grammes.

Autre opéré : vieillard de soixante-dix-sept ans ayant subi trois fois la lithotritie. En 1882, M. Périer constate la présence d'un nouveau calcul. Après l'exploration, frisson violent et attaque de rhumatisme. Taille hypogastrique le 20 juillet 1882. Guérison.

Troisième malade : depuis l'enfance il a souffert en urinant. Il entre dans le service de M. Périer le 25 mai. Taille hypogastrique. Le calcul, très irrégulier, fut extrait avec difficulté. Guérison.

Ces trois observations, jointes aux deux premières communiquées l'an dernier, portent à cinq le nombre des opérations de taille hypogastrique pratiquées par M. Périer. Un seul opéré a succombé à un abcès du rein sans que l'opération puisse être incriminée.

L'opération, telle que la pratique M. Périer, comprend les temps suivants : introduction de la sonde à robinet; dilatation de la vessie; ligature de la verge; introduction du ballon rectal; incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; incision de la vessie; recherche et extraction du calcul; lavage de la vessie, drainage et suture.

Pour laver la vessie, M. Périer emploie l'aspirateur Potain. Le drainage est pratiqué comme le pratique M. Moutard-Martin pour l'empyème; le drainage ne dispense pas des précautions antiseptiques.

— M. *Reclus* présente une fillette de douze mois portant une lésion qui se serait peut-être terminée par une amputation spontanée.

En avril 1883, M. Lannelongue adressa à M. Verneuil cette enfant, alors âgée de sept mois. Du côté droit, on trouve un pied bot varus et une syndactylie incomplète, probablement acquise pendant la vie intra-utérine.

A gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe, on trouve un sillon analogue à celui qui serait produit par une ligature; dans ce sillon, la peau est humide et desquamée. Le sillon paraît mobile; les muscles et les tendons se contractent sans difficulté. Le segment supérieur de la jambe est normal; le segment inférieur est légèrement œdématié. Le pied est bouffi, comme envahi par un lipome diffus.

M. Verneuil fit la section du tendon d'Achille et réduisit le pied bot; mais le sillon de la jambe se creusait, et on pouvait craindre une amputation spontanée. C'est pourquoi M. Reclus se décida à intervenir. Au-dessus et au-dessous du sillon, il fit une incision jusqu'à l'aponévrose, et enleva la bride fibreuse, sauf à la partie interne du membre.

M. Suchard examina la partie enlevée au laboratoire du Collège de France. Au niveau du sillon, il y avait une altération du derme; le tissu cellulaire graisseux avait disparu; le feutrage était serré comme dans l'aïnhum.

L'opération était urgente, car le tissu fibreux se serrait de plus en plus. Dans une observation de M. Trélat, le lien circulaire était moins serré, mais il existait sur les deux jambes, et il y eut des troubles trophiques graves (chute d'orteils, mal perforant). Il est donc urgent d'enlever ces brides fibreuses, dont le tissu est perpendiculaire à l'axe du membre. Dans les observations publiées d'aïnhum, on ne trouve pas de renseignements sur les antécédents; il serait intéressant de savoir si, dans l'enfance, il n'y avait pas de brides fibreuses déterminant plus tard les amputations de l'aïnhum.

— M. *Pozzi* communique une observation de thyroïdectomie. Un jeune homme de dix-sept ans portait un goitre qui avait envahi tout le cou et déterminait des accès de suffocation; il y avait trois globes, deux latéraux et un inférieur. Une des poches fut drainée par M. Verneuil, mais sans grande amélioration.

Opération avec trachéotomie préalable; l'anesthésie fut continuée pendant trois heures. Le malade perdit peu de sang, grâce aux pinces à forcipressure. Une de ces pinces fut laissée à demeure; au bout de quarante-huit heures, quand on l'enleva, il survint une hémorrhagie foudroyante à laquelle le malade succomba. La pince était appliquée sur l'artère thyroïdienne supérieure.

M. *Verneuil* dit que dans deux opérations la forcipressure continue a amené un résultat funeste. Dans un cas, il s'agissait de l'ablation d'une tumeur du sein avec ganglions axillaires. A la fin de l'opération, il se fit un suintement au fond de la plaie; ne voyant pas de vaisseau ouvert, M. Verneuil attira la portion qui saignait, et appliqua une pince; l'hémorrhagie s'arrêta. La pince resta en place et se détacha d'elle-même au bout de quelques jours; aussitôt hémorrhagie foudroyante, et le malade meurt. A l'autopsie, on constata une énorme perte de substance à l'artère axillaire. Quand on attire le paquet des ganglions, on attire en même temps les vaisseaux, et c'est ainsi que l'artère axillaire fut pincée.

L'an dernier, M. Verneuil opéra en province une tumeur du sein; il laissa une pince en place en recommandant au médecin de l'enlever le soir. On n'enleva pas cette pince, et au neuvième jour il survint une hémorrhagie foudroyante.

M. *Tillaux*. Il est rare qu'on puisse faire la trachéotomie préalable dans la thyroïdectomie. M. Tillaux a fait cinq fois cette dernière opération, et chaque fois la trachée était recouverte par la tumeur. D'ailleurs cela est le plus souvent inutile.

M. Tillaux a donné une fois le chloroforme, mais le malade asphyxiait, et on dut cesser. En pareil cas, M. Tillaux fait prendre au malade 4 grammes de chloral, et il fait une injection de 2 centigrammes de morphine; l'opération devient supportable.

M. *Pozzi*. Quand la trachéotomie n'est pas possible, on pourra faire la laryngotomie, ou bien on fera la trachéotomie après avoir fendu le lobe médian de la tumeur.

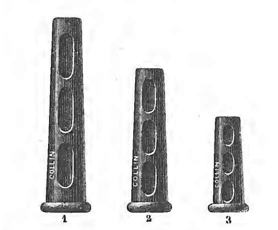
—M. le docteur *Lucas-Championnière* présente à la Société de chirurgie de nouveaux tubes à drainage construits sur ses indications par M. Collin.

Les premiers sont des tubes métalliques en aluminium,



légers, très minces, de parois se laissant tailler au couteau; on les emploie dans quelques cas spéciaux.

Les autres sont des drains en caoutchouc durci, ayant en petit la forme du spéculum de Fergusson; ils sont incom-



pressibles, mais très doux et parfaitement supportés par les tissus; en les plaçant dans les plaies, ils font un excellent drainage; à mesure que la plaie se cicatrise, les tubes peuvent être changés en les mettant de plus en plus petits; on les nettoie aisément, même avec l'eau bouillante; un jeu de ces drains nouveaux suffit à tous les besoins.

Les mêmes tubes ont été construits en celluloïde; ils sont bons aussi, mais s'usent rapidement, altérés par les acides.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Épilepsie partielle : MM. François-Franck et Pitres. — Mécanisme des expressions de la physionomie : M. Mathias Duval.—Constriction vasculaire par les antiseptiques, les applications locales : M. Laborde.

M. *François-Franck* présente, au nom de M. *Pitres* et au sien, un mémoire sur les épilepsies d'origine corticale, publié récemment dans les *Archives de physiologie*. La plupart des faits développés dans ce travail ont été communiqués à la Société de biologie depuis 1877; quelques parties cependant sont nouvelles, et c'est sur celles-là seulement que M. François-Franck attire l'attention.

Il signale particulièrement le chapitre relatif à la signification des convulsions produites par les excitations expérimentales ou morbides de la surface du cerveau, en repoussant la théorie qui considère les régions motrices comme les organes centraux des convulsions. Pour les auteurs du mémoire, les irritations corticales provoquent la mise en jeu des noyaux bulbo-médullaires, organes véritablement actifs des mouvements épileptiformes. La partie de l'ouvrage relative à la comparaison de l'épilepsie partielle produite expérimentalement et de celle qui s'observe en clinique à la suite de certaines lésions irritatives de l'écorce, renferme la justification de la forme spéciale étudiée dans ce travail sous le nom d'*épilepsie d'origine corticale*.

— M. *Mathias Duval*, présentant son *Traité d'anatomie artistique*, développe les points relatifs à l'expression des passions par le jeu des muscles faciaux, en rappelant les travaux de Duchenne (de Boulogne); il insiste sur la signification générale de l'inclinaison des lignes physionomiques, c'est-à-dire des directions variables que prennent les lignes soureilière, nasale et buccale, suivant que le sujet présente le type calme, riant ou chagrin.

— M. *Laborde* a poursuivi l'étude de l'action locale des substances antiseptiques, complétant en certains points les recherches de M. Gosselin. Ce dernier a surtout insisté sur l'action coagulante que les antiseptiques exercent sur le contenu des vaisseaux; M. Laborde a observé l'influence vasculaire constrictive des mêmes substances en opérant sur des membranes vasculaires transparentes (mésentère, membrane interdigitale de la grenouille), dont les vaisseaux étaient rendus visibles par la projection au microscope solaire. Il s'expliquera plus tard sur le mécanisme de la vaso-constriction ainsi produite; pour le moment, il constate seulement le fait, en remarquant que l'oblitération vasculaire peut constituer un nouvel obstacle à l'introduction des germes dans l'économie.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Alimentation par le jus de viande, la viande crue et la poudre de viande.

M. *Brame* donne lecture d'une courte note sur la préparation et l'emploi du jus de viande crue étendu d'eau et additionné d'hydrolat de fleur d'oranger. D'après lui, c'est un moyen d'alimenter les malades et les cachectiques, bien supérieur à l'administration de la viande crue en boulettes.

A l'occasion de cette communication, M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'aujourd'hui le meilleur procédé d'alimentation d'un grand nombre de malades consiste dans l'usage de la poudre de viande. Il fait connaître la formule suivant laquelle cette poudre sera le mieux acceptée des malades, toute odeur ou toute saveur désagréable ayant entièrement disparu. — On verse dans un bol deux cuillerées à soupe de poudre de viande et même quantité de sirop de punch; on mélange alors intimement, de façon à obtenir une pâte à laquelle on ajoute du lait froid en proportion variable, suivant que l'on désire une préparation plus ou moins liquide. Lorsque les malades se montrent fatigués du goût du rhum, on peut employer le sirop de punch au kirsch. On peut ainsi disposer d'un aliment réellement agréable aux malades et essentiellement digestible et nutritif. En effet, l'examen au microscope de la poudre de viande a démontré qu'elle est composée de parcelles de fibrilles musculaires intactes, et, d'autre part, la température à laquelle elle a été soumise pour la dessiccation n'est pas assez élevée pour coaguler l'albumine; d'ailleurs les expériences de digestion artificielle *in vitro* ont permis de constater que la peptonisation de cette poudre est plus rapide que celle de la viande crue. Peut-être pourrait-on, dans quelques cas, redouter un léger inconvénient de l'addition d'un liquide alcoolique à la poudre de viande, mais il est, à coup sûr, rendu bien minime par suite de la dilution du mélange dans une certaine quantité de lait. Si, de tout temps, l'homme s'est nourri de viande cuite, moins facilement digestible que la viande crue, c'est qu'elle acquiert, par le fait de la cuisson, un arome spécial qui excite plus vivement l'appétence.

M. *Blachez* est d'avis qu'à défaut de la poudre de viande, il vaudrait mieux alimenter les malades avec la viande crue plutôt qu'avec le jus fourni par elle; ce jus en effet ne renferme qu'une partie des principes nutritifs de la viande elle-même. On peut préparer la viande crue de façon à supprimer toute répugnance de la part des malades; pour cela il suffit de la hacher finement, d'en faire de petites boulettes, que l'on roule dans de la farine et que l'on fait revenir dans le beurre: ces boulettes sont mélangées dans le potage. On peut encore râper la viande crue en purée, y ajouter un jaune d'œuf, sucrer ou saler au goût du malade, et diluer avec du bouillon. La viandre crue est ainsi très bien acceptée et constitue un excellent aliment.

M. *Mayet* fait remarquer que la coagulation de l'albumine, qu'on pourrait redouter en additionnant la poudre de viande d'une liqueur alcoolique, n'a certainement pas lieu, au moins d'une façon appréciable, si l'on emploie la recette formulée par M. Dujardin-Beaumetz. En effet, le titre alcoolique du sirop de punch n'est pas assez élevé pour la produire rapidement; de plus, le lait vient encore diluer l'alcool qu'il renferme, et l'ingestion du mélange est effectuée avant que la précipitation de l'albumine ait pu s'opérer.

M. *C. Paul* fait observer que la cuisson a pour résultat, non seulement de développer dans la viande un arome agréable, mais aussi de détruire les germes parasitaires qu'elle peut renfermer. Lorsqu'on veut administrer la viande crue, quelle que soit la recette à laquelle on ait recours, il faut la diviser aussi complètement que possible et ne jamais la porter à une température supérieure à 60 degrés; on la dissimule très facilement dans des purées de légumes et en particulier dans des salades cuites. D'ailleurs, la poudre de viande, dont on se sert aujourd'hui, est une excellente préparation, à laquelle il faut accorder la préférence.

M. *Catillon* a constaté que la peptonisation *in vitro* de la poudre de viande s'opère au moins deux fois plus rapidement que celle de la viande crue. Il rappelle que dans la formule qu'il avait antérieurement proposée pour son administration, il employait le vin de Madère au lieu du sirop de punch. Ce vin, étant moins alcoolisé que le sirop de punch, pourra être employé dans le cas où l'on désire diminuer autant que possible la dose d'alcool ingérée par le malade.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

L'ophthalmie granuleuse et le jequirity, par le docteur Deneffe (de Gand).

Ce court mémoire tend à infirmer les assertions de quelques auteurs relativement à l'efficacité de l'infusion de jequirity dans l'ophthalmie granuleuse. Conformément aux indications données par M. de Wecker, l'auteur s'est servi des deux préparations suivantes :

1° Trente-deux graines de jequirity triturées et bien pulvéri-

sées macèrent pendant vingt-quatre heures dans 500 grammes d'eau froide; on ajoute, le jour suivant, 500 grammes d'eau chaude, et on filtre immédiatement après refroidissement;

2° 10 grammes de graines décortiquées et bien pulvérisées macèrent pendant vingt-quatre heures dans 500 grammes d'eau froide. On filtre.

C'est avec ces préparations employées froides que le malade se lave les yeux, trois fois par jour, en laissant pénétrer le liquide entre les paupières. Ces lotions durent de un quart d'heure à une demi-heure, chaque fois. Quelquefois le malade se borne à appliquer sur les yeux, à peu près clos, des compresses trempées dans le jequirity, les renouvelant de cinq en cinq minutes. Ce traitement dure trois jours.

Au point de vue physiologique, ce moyen n'a donné qu'à moitié les résultats attendus. Aussi bien avec une des infusions qu'avec l'autre, on a obtenu ordinairement cette conjonctivite intense sur laquelle on compte pour détruire les granulations, à la condition d'être purulente; mais cette condition est loin de s'être toujours réalisée. Chez certains sujets même, il ne s'est produit aucune inflammation après *plusieurs semaines* de lavage; un malade a été pris d'érysipèle de la face. La présence ou l'absence de l'obscurité ont paru être sans influence sur le résultat. Quant à l'effet thérapeutique, il a été nul. « *Aucun* des granuleux traités par le jequirity à notre clinique, dit l'auteur, n'a vu sa maladie favorablement influencée par ce mode de traitement. » Et il ajoute que le remède est absolument impuissant contre le pannus.

Ces résultats sont tout à fait d'accord avec ceux qui ont été communiqués récemment à la Société de chirurgie par le docteur Terrier. (La note de M. Deneffe a été communiquée à l'Académie de médecine de Belgique; nous la relevons dans le *Journal de thérapeutique*, n° 14.)

BIBLIOGRAPHIE

Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock, in their surgical and medico-legal aspects, by Herbert W. Page, M. A., M. C. Cantab., fellow of the royal College of surgeons of England, etc.

Chirurgien pendant neuf années de la London and North-Western Railway Company, Page a pu observer et étudier en grand nombre des affections à peine mentionnées dans les ouvrages classiques. Il lui a semblé utile de publier les résultats de son expérience sur les lésions consécutives aux accidents, aux collisions de chemins de fer et sur leurs suites ultimes. Du reste cette étude est faite avec l'impartialité et l'indépendance que sait toujours et en toute situation conserver le médecin digne de ce nom. Aussi la partie de l'ouvrage qui concerne les blessures du dos sans lésion mécanique apparente, aux points de vue chirurgical et médico-légal, a-t-elle été jugée digne en 1881 du prix Boylston de l'Université d'Harward.

Que faut-il entendre par l'expression *commotion de la moelle*, et quelle est la fréquence de cet ébranlement, effet supposé des collisions de chemin de fer? On admet en général l'analogie des lésions de la corde spinale et du cerveau, et l'on croit que la moelle, malgré l'absence de blessures extérieures, peut être endommagée par les secousses, les vibrations auxquelles le corps tout entier se trouve soumis dans les déraillements, les arrêts brusques, les rencontres de deux trains. Puis ce tissu délicat deviendrait le siège d'altérations morbides qui ne se manifestent qu'après des mois, même après des années, entraînant avec elles les accidents les plus tristes et les plus variés. Si cependant on consulte les anciens chirurgiens, Brodie, Abercombrie, Ch. Bell, Mayo, Boyer, Syme, Lidell, on constate aisément que leur description de la commotion de la moelle est purement théorique, et que leurs observations ne supportent pas l'examen. Il est impossible, en effet, de comparer à cet égard l'encéphale et l'axe médullaire, ce dernier, par la disposition anatomique des parties, étant aussi bien protégé que le cerveau l'est peu, contre les causes d'ébranlement. Page n'a pas trouvé un seul cas de paralysie temporaire, consécutivement à un traumatisme du rachis, et, faits en main, il est conduit à rejeter la fréquence, généralement acceptée, des commotions simples de la moelle.

Parmi les chirurgiens modernes, Erichsen, dans un ouvrage publié en 1882, insiste sur la commotion du rachis, *concussion of the spine*, après les accidents de chemins de fer. Sous ce titre, dont la valeur est discutable et la signification impossible à préciser, l'éminent chirurgien anglais englobe des lésions fort variées et surtout fort mal déterminées. Si l'on analyse avec Page les observations qu'il rapporte, on constate bientôt que ses descriptions sont obscures, ses termes très ambigus, et qu'en somme il ne fournit pas un seul exemple de commotion pure et isolée de la moelle. Aussi Shaw, Le Gros-Clark doutent-ils de son existence, pendant que Erb croit qu'une opinion sur sa nature serait actuellement hasardée.

Si la commotion de la moelle est si rare, quelles sont donc les lésions spinales habituelles après les accidents de chemins de fer. En ne considérant que des blessés dont la bonne foi n'est pas douteuse, Page, sur 250 cas d'investigation médico-légale, en relève 145 pour des affections du dos ou du rachis. En Allemagne, Rigler donne une proportion de 28 sur 36. Fait habituel : collision, absence de choc direct sur l'épine; puis, quelques heures plus tard, douleurs du dos; ainsi se présentent les accidents. Tantôt il ne s'agit que d'un simple lumbago traumatique, rapidement suivi de guérison; tantôt la douleur, étendue à tout le rachis, ne cède que lentement et qu'incomplètement. En dehors du choc nerveux qui, joint aux autres symptômes, forme un ensemble artificiel, la douleur dorsale n'est que la conséquence d'une distorsion, d'une entorse des articulations vertébrales. De cette souffrance naît la crainte du mouvement qui peut faire croire à une paralysie.

Parfois les douleurs dorsales s'accompagnent de pesanteur, de fourmillements, de faiblesse des membres, suite de distension des nerfs à leur sortie du canal rachidien. Cependant Page ne connaît pas de fait où la moelle et les racines nerveuses aient été lésées sans blessure du rachis. Encore ces lésions fort rares sont-elles la conséquence d'un traumatisme local et non d'une commotion générale. Jamais on n'a vu une méningite traumatique aiguë, subaiguë ou chronique, après une collision de chemin de fer, que le coup eût porté sur l'épine ou sur des parties éloignées; jamais après ces accidents ne s'est développée une carie des vertèbres, n'est apparue une déformation du rachis.

La douleur dorsale est sans importance pour le diagnostic des affections du rachis. Isolée, elle indique principalement une distension des muscles et des ligaments. Malheureusement il s'y joint souvent, par l'action de l'imagination, une hypéresthésie considérable irrégulièrement répartie. Jamais Page n'a vu une dégénérescence de la moelle succéder à ces traumatismes de l'épine, et le travail de Petit sur l'ataxie traumatique ne renferme pas un fait probant.

Ébranlement (*Shock*) *du système nerveux.* — Mot mal défini pour exprimer des affections mal limitées. Le collapsus ou choc qui indique un manque d'équilibre, de ton, du système nerveux, se rencontre surtout immédiatement après l'accident et se caractérise par la diminution d'action du cœur. On comprend que l'impression violente de terreur qu'entraînent chez les blessés les péripéties d'un déraillement ou d'une collision, aggrave l'ébranlement de l'économie. Cependant le collapsus profond qui accompagne des lésions locales cède parfois sans être suivi de troubles nerveux, pen-

dant qu'après un choc léger en apparence, et même en l'absence de tout ébranlement, on voit ces troubles apparaître après un temps de calme plus ou moins prolongé. Sous ce rapport, l'âge moyen de la vie paraît le plus susceptible.

Les symptômes de cet état nerveux sont : des insomnies; des palpitations; des troubles circulatoires localisés; des céphalées persistantes; des sensations de pesanteur, d'oppression; des vertiges; des sueurs excessives; de la polyurie; de la diarrhée; de l'asthénopie accommodative avec mydriase; de l'amnésie ou plus justement l'impossibilité d'un travail suivi; en un mot des troubles nerveux variés. Bien qu'il n'ait jamais observé de terminaison funeste par choc nerveux général dans les accidents de chemin de fer, Page en rapporte deux cas communiqués par un chirurgien des plus expérimentés.

Cherche-t-on à rapprocher ces faits des suites de la commotion cérébrale, c'est dans le quatrième stade d'Hutchinson, dans le stade de convalescence, qu'il faut les faire rentrer. Il s'agit en effet d'un véritable hystéricisme, mais avec tendance spontanée à la guérison. Par suite de l'absence de contrôle cérébral, les sensations végétatives sont perçues et accrues, d'où les troubles psychiques de l'hypocondrie. A l'exagération hystérique contribuent les angoisses d'un procès toujours long. C'est ce que Page appelle *the litigation symptoms*. A ces causes de perturbation morale s'ajoutent encore le défaut d'exercice et l'absence de travail, car rarement les blessés se décident à travailler avant que leur affaire soit jugée. Aussi remarque-t-on que dans les cas de lésion évidente, plaie ou fracture, qui laisse moins de doute sur une compensation pécuniaire, les troubles nerveux sont toujours moins prononcés. D'après Page, l'amélioration rapide qui suit habituellement le gain d'un procès intenté aux compagnies ne prouve pas qu'il y ait eu exagération et moins encore simulation de la part du blessé. Mais il ne s'agit d'après lui ni de congestion, ni d'anémie de la moelle, mais bien de troubles de la volition consciente. L'existence de lésions des nerfs optiques lui paraît excessivement rare, et malgré les assertions contraires de Warthon-Jones il ne les a jamais observées.

Sous le nom de désordres fonctionnels ou neuro-mimétiques, du terme *neuromimesis* employé par Page, l'auteur décrit des troubles nerveux qui ne se rencontrent que chez les sujets à tempérament nerveux ou héréditairement prédisposés. Les accidents se perpètuent par répétition et n'amènent d'altérations anatomiques qu'après une durée très longue. Telle est la paraplégie fonctionnelle n'intéressant ni la vessie ni le rectum. Cette paralysie, *absolue*, dépend du cerveau et non d'une ischémie de la partie inférieure de l'axe médullaire. A ce propos Page rapporte des exemples de paralysie, de convulsions, de catalepsie, suivis de guérison après la liquidation des procès. Quoi qu'il en dise, nombre de ces cas nous paraissent fort suspects.

Simulation. — Le médecin est fort souvent appelé à juger de la véracité des allégations des blessés. Il doit se conduire dans ces cas d'après des principes généraux que nous n'avons pas à rappeler ici. Leurs caractères principaux sont : l'obscurité, l'intangibilité et l'entière subjectivité de tous les symptômes, la disparition subite des plaintes après la terminaison du litige. Mais, bien que les exagérations et les tromperies soient fréquentes, le médecin ne doit pas oublier que les troubles produits par la commotion, l'absence d'exercice et de travail à laquelle le sujet s'est volontairement et pendant longtemps condamné, entrent pour beaucoup dans les phénomènes hystériformes, dans l'aggravation des souffrances et de l'incapacité physique et intellectuelle. Ainsi que le remarque fort justement Page, la possibilité d'une compensation pécuniaire modifie les traits cliniques des maladies. Entre l'hospitalisé qui ne songe qu'à guérir au plus vite, et le blessé, que l'espoir d'une indemnité conduit à prolonger sa maladie, les différences sont grandes. Aussi faut-il, dans les interrogations et les méthodes d'examen, éviter avec soin d'éveiller l'attention de ces derniers sur des symptômes dont ils vont s'emparer pour se rendre plus dignes d'intérêt et de commisération. Le dynamomètre et surtout l'électricité conduisent souvent à des appréciations erronées; il faut se méfier de leurs indications. Tout au contraire, l'auteur anglais se loue des examens médicaux contradictoires, et, malgré l'opinion de certaines hautes personnalités, il croit que le témoignage médical devant les tribunaux est d'une utilité incontestable, bien apprécié par les juges et honorable pour la profession.

L'intéressant ouvrage que nous venons d'analyser se termine par le résumé de 234 observations de lésions consécutives à des accidents de chemin de fer. Ce tableau met en relief ce fait déjà signalé par Page : l'excessive rareté dans ces cas de lésions évidentes du rachis et de la moelle épinière. Nous ne possédons pas en France de travaux analogues, et, bien que nous ne partagions pas toutes les opinions du chirurgien anglais, principalement en ce qui concerne la bonne foi des blessés qui réclament des indemnités hors de proportion avec leurs souffrances, nous ne pouvons que rendre justice à ses laborieuses recherches et conseiller la lecture de son livre.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

DEPAUL

Cette année, la mort ne s'est pas lassée de frapper ceux qui étaient les meilleurs parmi nous. Après Lasègue et Parrot, Depaul vient d'être enlevé, après une maladie de trois jours, à l'affection de sa famille, au respect de ses élèves, à l'estime de tous. Peu d'hommes ont eu une vie aussi remplie que la sienne, aussi profitable à la science.

Né à Pau, en 1811, il fit ses premières études dans le département des Basses-Pyrénées; il arriva à Paris à l'âge de dix-sept ans, et c'est à travers des difficultés que tout le monde connaît aujourd'hui qu'il entreprit sa carrière médicale. Externe des hôpitaux en 1834, interne titulaire en 1836, docteur en 1840 et bientôt chef de clinique d'accouchement de la Faculté, professeur agrégé en 1847, chirurgien des hôpitaux en 1853, il fit de l'obstétrique et de la gynécologie l'objet de ses recherches de prédilection. L'Académie de médecine en 1852, et quelque temps après la Société de chirurgie, lui ouvrirent leurs portes. Dans ces Compagnies savantes, il joua un rôle considérable qui lui mérita d'y être appelé à la présidence. Il prenait une part très active aux discussions académiques se rattachant aux points où il avait une compétence si incontestée. Ses discours sur la fièvre puerpérale, sur la vaccination animale, sur la législation de la vaccination, sur la syphilis vaccinale, sur l'emploi des pessaires intra-utérins, etc., etc., ont tous très vivement frappé l'attention.

En 1862, la chaire de clinique et la chaire des cours théoriques furent coup sur coup déclarées vacantes à la Faculté. Depaul, mis en demeure d'opter, n'hésita pas à choisir non pas peut-être la plus brillante, mais la plus utile et la plus laborieuse de ces deux situations, la chaire de clinique. Dans son service d'hôpital, il a été l'esclave de son devoir et jusqu'à son dernier moment il a été, jour et nuit, prêt à toutes les nécessités de son service. Malgré son grand âge et ses nombreuses fatigues, on l'a toujours vu régulièrement apparaître le matin de sept à huit heures à la clinique.

Mais auparavant Depaul n'avait cessé d'avoir un enseignement très suivi par les élèves dans ses cours particuliers à l'Ecole pratique. Là, aussi bien qu'à l'Académie et que dans sa chaire, il se faisait remarquer, sinon par une correction

parfaite de langage, au moins par des qualités supérieures d'érudition, de sincérité, de bon sens et de netteté. La précision et la clarté de ses idées, leur enchaînement logique faisaient de lui un professeur de premier ordre dans sa chaire, un adversaire redoutable dans ses luttes académiques.

Il portait dans la pratique les mêmes qualités de lucidité; il était observateur judicieux, opérateur habile, clinicien supérieur. Aussi eut-il à Paris, au commencement de la seconde moitié de ce siècle, l'autorité la plus considérable en obstétrique et la clientèle la plus étendue. Personne ne représentait parmi nous avec plus de compétence les principes de prudence et de sagesse qui caractérisaient le talent de Paul Dubois, son maître vénéré. Quels services n'a-t-il pas rendus à ses nombreux élèves, qui, imbus de ses leçons, se sont répandus partout, en les mettant en défense contre des innovations hasardeuses et prématurées, que ni le temps, ni l'expérience n'avaient suffisamment soumises à un contrôle sévère et n'avaient suffisamment consacrées!

Depaul aimait la science avec passion et son œuvre est considérable. Nous ne pouvons citer pour le moment que les titres de ses principaux travaux : « Recherches sur le céphalæmatome, les lésions viscérales de la syphilis héréditaire, insufflation des voies aériennes chez les enfants qui naissent en état de mort apparente, influence de la saignée et du régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine, fibromes utérins considérés comme cause de dystocie, hémorrhagies qui se lient à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie intra-utérine, forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse, maladie spéciale du système osseux développé pendant la vie intra-utérine, tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc, etc., etc. » Mais citons d'une façon toute spéciale des travaux de plus longue haleine : son *Traité théorique et pratique de l'auscultation obstétricale*, son *Traité de clinique obstétricale*, resté malheureusement inachevé, la fondation du premier journal d'obstétrique en France, les *Archives de tocologie*, sa collaboration au *Dictionnaire des sciences encyclopédiques*.

Comme homme, Depaul était d'une haute stature, son allure se caractérisait par une distinction peu commune. Il était toujours aimable, d'une exquise politesse. Cependant son abord ne laissait pas d'être froid et réservé. Il n'était pas de ceux qui prodiguent leur confiance, mais lorsqu'il l'avait donnée, quel fonds d'indulgence, de bienveillance et d'inépuisable bonté ! Avec quel empressement il soutenait de ses conseils ceux qu'il aimait, avec quel tact il leur rendait service !

Déjà depuis un an, nous observions avec inquiétude que sa santé devenait chancelante, que sa belle et robuste constitution semblait minée. Ne paraissait-il pas le sentir lui-même lorsqu'il parlait de prendre du repos et de se retirer dans son département, qu'il aimait tant. Repos, pour lui, c'était un vain mot. Au moment même où il en parlait davantage, ses préoccupations se multipliaient ! Il voulait réunir ses *Mémoires*, achever son *Traité de clinique obstétricale*, et même ces travaux ne suffisaient pas à son infatigable activité. Il avait déjà été nommé conseiller général du département de la Seine et plus récemment il venait d'obtenir le même titre dans le département des Basses-Pyrénées. Il se disposait à revenir parmi nous reprendre les occupations qui ont rempli son existence. C'est dans ces conditions qu'il a été comme foudroyé. On peut dire que cet homme d'élite est mort debout.

Porak.

Hommage a Thuillier. — La proposition faite au *Conseil municipal*, par MM. Dreyfus et Cochin, de donner le nom de *Thuillier* à une rue de Paris, a été renvoyée à l'examen de la commission de voirie.

La plaque commémorative de la mort du jeune savant, qui vient d'être placée dans le vestibule d'honneur de l'École normale, porte cette inscription :

LOUIS THUILLIER
Mort pour la science
Alexandrie 1883

Disons enfin que M. le ministre du commerce fait verser une somme de 500 francs à la souscription ouverte en l'honneur de Thuillier, et a décidé que les frais de translation du corps, d'Alexandrie en France, seraient supportés par le budget du département du commerce.

Concours. — Il sera sursis, jusqu'à nouvel ordre, à l'ouverture du concours pour l'admission aux Écoles préparatoires du service de santé militaire, qui avait été fixée au 12 novembre. Un avis ultérieur fera connaître la date à laquelle ce concours aura lieu.

Service de nuit. — M. le docteur Passant vient de publier la statistique du service médical de nuit du 1er juillet au 31 décembre 1883. On a fait 1659 visites de nuit. Les hommes figurent dans ce nombre pour une proportion de 35 pour 100, les femmes pour 53, les enfants au-dessous de trois ans pour 12. La moyenne des visites par nuit est de 17,92 pour 100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 16 pour 100.

Mortalité a Paris (42e semaine, du vendredi 12 au jeudi 18 octobre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 989, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 3. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 35. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 33; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 77; de l'appareil respiratoire, 70; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 42e semaine. — On a compté 989 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 967 pendant la semaine dernière, et de 937 pendant la précédente.

Affections épidémiques : Fièvre typhoïde, 41 décès; variole, 3 décès; rougeole, 4 décès; scarlatine, 1 décès; coqueluche, 12 décès. La diphthérie paraît augmenter de fréquence depuis trois semaines (35 décès). Le mouvement des hôpitaux (31 entrées au lieu de 25) accuse également une recrudescence de la diphthérie.

Maladies saisonnières : Bronchite aiguë des jeunes enfants, 18 décès; pneumonie, 49 décès; athrepsie, 89 décès.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Le jequirity, son emploi dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, par M. le docteur Bordet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Recherches sur l'albuminurie physiologique, par M. le docteur A. de la Celle de Chateaubourg. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De l'utilité de la vivisection, par M. le docteur Leneveu. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. Masson. *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : M. le docteur A. DECHAMBRE

Membres : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 1er novembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE MICROBE DE LA MORVE. — LE NERF MUSCULO-CUTANÉ. — PHYSIOLOGIE DE LA LOCOMOTION : ÉTUDE DE MÉCANIQUE ANIMALE A PROPOS DE LA COURSE. — MISSION ALLEMANDE D'ÉGYPTE : MICROBE DU CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHAMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Nature microbienne de la morve. — Le nerf musculo-cutané.

M. Colin (d'Alfort) a terminé ses vacances; M. Bouley revient souvent sur les doctrines parasitaires; voilà du pain sur la planche pour les discussions académiques.

Dans celle qui s'est élevée mardi dernier entre ces deux honorables membres au sujet de la nature microbienne de la morve, une question domine tout; c'est même la seule question en litige, car, si elle était résolue pour tout le monde, tout le monde se rendrait, même M. Colin. Nous supposons, bien entendu, et nous admettons que c'est bien la morve qui a été transmise aux animaux dans les expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin.

Cette question fondamentale, en dehors de laquelle aucune expérience ne vaut ni ne peut valoir, c'est celle de savoir si, dans les cultures successives d'un microbe, celui-ci finit par être absolument isolé, absolument dépouillé des matières organiques qui l'enveloppaient dans le premier liquide où il avait été déposé; car, si ces matières ne sont pas éliminées jusqu'à la dernière parcelle, on peut toujours soutenir que c'est elles et non les microbes qui sont les agents de la virulence. M. Bouley dit non, avec toute la confiance que peut inspirer, en effet, la prodigieuse atténuation que doit subir une goutte de pus virulent dans les opérations successives de culture, et qui, dit M. Bouchard, la réduit dès la huitième culture à l'état de molécule insécable. Mais M. Colin dit oui, réclamant une preuve de fait à la place d'un calcul mathématique? De bon compte, ce serait peut-être à lui à fournir la preuve contraire, et à rendre évidente la présence des matières organiques dans le liquide de culture. Mais n'y aurait-il aucun moyen de mettre tout le monde d'accord par un autre genre de démonstration expérimentale, qui serait, en quelque sorte, le contre-pied du genre actuellement pratiqué? La condition essentielle de l'opération est d'inoculer les bacilles sans addition de matière organique; ne pourrait-on parvenir à inoculer la matière organique privée de bacilles? Mêlez un dixième, un vingtième de goutte de pus virulent à 10, 20, 30, 100 litres de liquide de culture, et tout de suite, avant que les bacilles aient eu le temps de se multiplier, examinez des gouttes de ce liquide au microscope; peut-être en rencontrerez-vous une qui soit entièrement dénuée d'organismes; inoculez celle-là à un cheval. S'il ne prend pas la morve, c'est que la matière organique, quoique infiniment moins diluée ici qu'à une huitième culture, aura été inoffensive. Inoculez alors le même liquide chargé de bacilles, l'animal prendra la morve, comme cela est déjà démontré, et les bacilles seuls pourront être incriminés. Que s'il n'y a pas de dilution de pus virulent, si étendue qu'elle soit, qui puisse procurer une goutte sans bacilles, au moins ceux-ci seront-ils peu nombreux. S'ils transmettent la maladie, rien ne sera changé aux conclusions actuelles de M. Bouchard; expérimentez donc toujours dans ces conditions. Il faut donner quelque chose au hasard en matière d'expériences (1).

Avant le rapport de M. Bouley, l'Académie en avait entendu un de M. Mathias Duval sur la partie brachiale du nerf musculo-cutané. Ce rapport aussi précis que substantiel a été écouté avec beaucoup d'intérêt.

Physiologie de la locomotion. — Étude de mécanique animale à propos de la course.

Nous avons indiqué avec quelques détails les points essentiels sur lesquels M. Giraud-Teulon et M. Marey diffèrent d'opinion relativement à la course d'une manière générale,

(1) Nous ne mêlons pas à cette question celle des filtrages, qui ont également donné lieu à des objections théoriques.

et comment, en somme, le différend s'est réduit à un point unique. Il ne s'agit plus de savoir absolument comment s'exécute la course, si elle est oui ou non constituée par la succession d'une série de sauts, il faut seulement décider maintenant si le corps de l'homme peut être tout entier flottant dans l'air sans détente brusque des muscles provoquant une réaction du sol, ou si ce résultat est impossible.

C'est donc ce point dont nous nous occuperons seulement, c'est même le seul dont nous puissions parler avec certitude maintenant, parce que de nouvelles expériences précises, discutées avec soin, peuvent seules nous apprendre ce qui se passe en réalité; car, lors même que le mécanisme admis par M. Marey serait reconnu comme possible, cela ne voudrait pas dire qu'il existât réellement et nécessairement dans la course, puisque, comme nous l'avons dit, tout le monde admet que cette allure puisse correspondre à une série de sauts.

M. Marey imagine ainsi qu'il suit le mécanisme par lequel le corps peut flotter en l'air pendant un certain temps : pendant que l'opérateur se dispose à prendre une position accroupie, pendant, par conséquent, que le tronc s'abaisse, il fléchit les jambes; ordinairement la flexion est graduelle, elle est passive, dirons-nous volontiers, les pieds ne quittent pas le sol; en général, même les muscles agissent pour retarder la chute du tronc, comme l'a très bien indiqué M. Girand-Teulon. Dans ces différents cas, les pieds ont eu, par rapport au tronc, une vitesse précisément égale à chaque instant à la vitesse que la pesanteur communiquait au tronc, c'est-à-dire que dans un certain temps le déplacement des pieds, par rapport au tronc, était égal au déplacement du tronc par rapport à la terre : aussi les pieds restaient-ils en contact avec le sol.

Pendant que le tronc tombe ainsi, si, d'une manière quelconque, on parvient à mouvoir les pieds assez rapidement pour que, à chaque instant, le déplacement *relatif* de ceux-ci par rapport au tronc (le rapprochement entre les pieds et le tronc) soit plus grand que le déplacement *absolu* du tronc vers la terre (la quantité dont le tronc a tombé), il est évident que les pieds seront détachés du sol. C'est ce que M. Marey exprime en disant que : « le tronc ne pouvant, dans sa chute, parcourir assez vite la longueur verticale dont les jambes se sont raccourcies, on verra les pieds se séparer du sol ». M. Marey ajoute, et la chose est évidente, cet effet ne pouvant se prolonger, « que l'on retombera sur le sol l'instant d'après dans une attitude accroupie ».

Seulement, et c'est là le point délicat, les pieds peuvent-ils prendre ce mouvement relatif très rapide en étant mus par les muscles qui ont leurs insertions sur le tronc ou sur des parties reliées au tronc ?

Dans le système articulé qui constitue le corps humain, cette action musculaire est une force intérieure et l'on peut se représenter son effet, ainsi que le dit M. Giraud-Teulon, comme produit par une corde contractile allant du talon à l'ischion.

Si nous considérons le système dans son entier, un théorème de mécanique important et indiscutable apprend que le mouvement du centre de gravité n'est en rien modifié par l'action des forces intérieures, qu'il tombe exactement de la même façon, que cette corde se contracte ou qu'elle ne se contracte pas. Mais le mouvement du centre de gravité ne nous apprend rien, parce que, si les membres viennent à se mouvoir, ce point se déplace dans l'intérieur du tronc; ce qu'il nous faut étudier, ce sont les mouvements distincts du tronc et des jambes. Examinons donc, sur ces deux parties prises isolément, l'action de la mise en jeu de la corde contractile que nous considérons avec M. Giraud-Teulon.

Il n'est pas douteux que lorsque cette action se produira, c'est-à-dire, en réalité, lorsqu'il y aura flexion active des jambes sur le tronc, le mouvement descendant de celui-ci sera accéléré et, sur ce point, tout le monde est d'accord, ce qui nous permet de ramener la question litigieuse à des limites très resserrées et bien déterminées.

La corde contractile que l'on peut considérer comme unissant le talon à l'ischion a pour effet de donner naissance à deux forces appliquées l'une au talon, l'autre à l'ischion, de même direction et de sens contraire, tendant à diminuer la distance qui sépare ces deux points ; enfin ces forces sont égales. Telles sont les conséquences du principe général de l'égalité de l'action et de la réaction. M. Giraud-Teulon a bien précisé ces données, mais par suite de l'emploi de mots peu précis (*énergie* des forces, *rapidité* d'une tendance), il est parvenu à des conclusions sur lesquelles nous ne saurions être d'accord avec lui.

Il y a égalité, cela est vrai, entre la force appliquée à l'ischion et la force contraire appliquée au talon; mais cette égalité n'entraîne pas nécessairement l'égalité des effets, c'est-à-dire l'égalité des accélérations, les accélérations étant la mesure des effets des forces : il y a un élément essentiel dont il faut tenir compte indépendamment de la force, cause du mouvement : c'est la masse mise en mouvement, et les accélérations produites par des forces égales ne seraient égales que si les masses elles-mêmes étaient égales, ce qui n'est pas le cas.

Les accélérations n'interviennent pas directement dans la question, il suffit cependant de les considérer, car si les améliorations sont, à chaque instant, égales ou inégales, il en sera de même des vitesses, et de même aussi les espaces parcourus seront égaux ou inégaux.

Dans ces conditions, et à moins de savoir exactement dans quels rapports sont les masses mises en mouvement, il est impossible de rien préjuger d'une manière générale et c'est à tort que M. Giraud-Teulon a conclu à l'impossibilité du mouvement admis par M. Marey.

Nous dirons, du reste, que la question est beaucoup moins simple qu'il ne semblerait par l'exposé qui en a été fait : la force qui intervient dépend en effet de la distance entre l'ischion et le talon; elle n'est pas constante et l'on ne sait rien sur la loi à laquelle obéissent ces variations.

L'action de la pesanteur qui intervient complique le problème; mais il est possible, par un artifice fréquemment employé en mécanique, d'éliminer ce qu'il y a de compliqué dans la forme. Nous avons considéré : 1° le tronc soumis à l'action de la pesanteur et à celle de la corde contractile remplaçant l'effet de la contraction des muscles; 2° les jambes soumises à ces mêmes actions, dont l'une, la pesanteur, agit dans le même sens et l'autre, la force contractile, agit en sens contraire; et 3° le sol immobile. Nous ne changerons rien en ce qui concerne leurs mouvements relatifs, si nous communiquons à ces trois corps une même accélération, par exemple une accélération égale et contraire à celle que produit la pesanteur.

Nous aurons alors seulement à considérer : 1° le tronc soumis à l'action de la force de contraction (puisque l'action de la terre est annulée par l'accélération surajoutée) ; 2° les jambes soumises à l'action contraire due à la contraction et égale en valeur absolue, et 3° enfin le sol animé de *bas en*

haut d'une accélération égale à celle que communique la pesanteur aux corps tombant en chute libre, soit 9m,81 par seconde.

Il s'agit dès lors uniquement de savoir si sous l'influence de la corde contractile les jambes pourront acquérir une accélération supérieure à 9m,81 par seconde, parce que dans ce cas les pieds se sépareront nécessairement du sol. Or il n'y a à cela aucune impossibilité mécanique et les conditions de possibilité dépendent du rapport des masses en mouvement et de la grandeur des forces.

Nous ne voulons, mais ne pouvons nécessairement faire aucun calcul, mais une simple comparaison nous permettra, nous l'espérons du moins, de montrer que les conclusions de M. Giraud-Teulon ne peuvent être considérées comme rigoureuses.

Imaginons deux sphères A et B réunies par une bande élastique, une bande de caoutchouc; A pose sur le sol, par exemple, et B est placée verticalement au-dessus, de manière que le caoutchouc soit tendu, que son élasticité soit mise en jeu. Que se passera-t-il lorsque l'on abandonnera à elles-mêmes les sphères qui précédemment avaient été maintenues en place? Il est évidemment impossible de répondre à cette question tant que les éléments ne seront pas mieux déterminés : le résultat dépendra de la grandeur de la masse de A, de celle de la masse de B et de l'intensité de la force produite par l'élasticité du caoutchouc. Nous ne nous proposons pas de discuter tous les cas et nous nous bornerons à en citer un : si la sphère suspendue B a une masse très supérieure à celle de A, il n'est pas douteux que l'action élastique soulevant cette masse très rapidement, tandis qu'elle produit peu d'effet sur B, le corps A sera brusquement séparé du sol, pour retomber ensuite avec B. L'expérience est d'ailleurs facile à réaliser.

Ne voit-on pas qu'il y a là précisément les mêmes éléments que ceux que nous rencontrons dans la question dont nous nous occupons?

Il nous paraît donc absolument certain que M. Giraud-Teulon ne pouvait pas valablement rejeter l'hypothèse de M. Marey en s'appuyant sur de simples considérations de mécanique théorique.

Il va sans dire que l'analyse du rôle *ordinaire* des fléchisseurs ou des extenseurs lors de l'accroupissement ne permet de rien conclure sur le point qui nous occupe : M. Giraud-Teulon signale la fatigue, le choc douloureux éprouvé dans l'articulation fémoro-tibiale et dans les ligaments rotuliens lors d'un accroupissement rapide : ce sont, dit-il, non les fléchisseurs, mais les extenseurs qui restent fatigués et douloureux. Nous admettons le fait, mais nous ne voyons pas ce que l'on en peut conclure : les fléchisseurs, dans l'hypothèse de M. Marey, agissent rapidement, mais *avec continuité*, tandis que, lorsque les pieds retombent sur le sol, des extenseurs entrent en jeu *brusquement* pour arrêter la chute du tronc. Or il n'est pas douteux que toute action brusque est plus fatigante qu'une action, même moins énergique, mais qui se produit progressivement.

Les raisons de M. Giraud-Teulon ne nous ont donc pas convaincu; ce n'est pas à dire cependant que les explications que nous avons données nous conduisent à conclure que M. Marey a raison. Il n'y a pas d'erreur dans son raisonnement, mais nous ne savons pas s'il est applicable dans l'espèce, parce que, comme nous l'avons indiqué, le résultat dépend de la grandeur des masses en mouvement et de l'intensité de la force de contraction, nous devrions même dire aussi, de la loi suivant laquelle cette force varie avec la distance. Nous ne connaissons ni cette grandeur, ni cette loi, d'une part; d'autre part, le mouvement des jambes est complexe et ne peut être comparé à celui d'une sphère que très approximativement. Nous devons donc reconnaître que la théorie ne nous permet ni d'éliminer une solution, ni d'en imposer une.

L'observation directe est peu commode : M. Marey croit montrer directement la séparation des pieds et du sol à la fin d'un brusque accroupissement. M. Giraud-Teulon n'a rien pu obtenir, ni observer de semblable. C'est à des méthodes de précision qu'il faut donc avoir recours pour décider : il nous reste à indiquer quelles sont ces méthodes.

(*A suivre.*) C. M. Gariel.

Mission allemande d'Égypte : Microbe du choléra.

Les journaux de Berlin nous apportent des extraits du rapport adressé par le docteur Koch, conseiller intime, à M. V. Bötticher, ministre d'État, sur les résultats de la mission envoyée en Égypte et qui se composait du signataire du rapport et de deux jeunes médecins militaires, MM. Gaffky et Fischer. Nous nous empressons d'en publier les passages principaux.

La Commission se proposait de faire en Égypte les travaux préparatoires seulement et de compléter ses recherches soit en Syrie, soit dans tout autre pays où l'épidémie ne serait pas, comme en Égypte, en voie de décroissance. Ses recherches ont porté sur treize malades et sur dix cadavres : l'affection était indubitablement le choléra asiatique. Point important, les cadavres ont pu être examinés presque immédiatement après le décès.

Le sang et les organes qui, dans les autres maladies, sont le siège ordinaire des agents infectieux (poumon, rate, reins, foie, etc,) ne présentent rien d'anormal. L'intestin par contre contient des masses innombrables d'organismes les plus divers pullulant dans le liquide intestinal, et ses parois *renferment constamment un microbe spécial*, ressemblant beaucoup au bacille de la morve. Le microscope montre comment ce bacille pénètre dans les glandes muqueuses et se glisse entre les épithéliums. Dans les cas graves (avec infiltration sanglante de la muqueuse, le bacille est très abondant et ne se borne pas à envahir des glandes; il pénètre dans les couches plus profondes et jusque dans la musculature de l'intestin. Le siège principal de cette altération est la partie inférieure de l'intestin grêle.

Koch avait constaté l'an dernier déjà l'existence des mêmes bacilles dans des intestins de cholériques provenant des Indes. Mais il n'y avait pas attaché grande importance, les microorganismes pouvaient, en effet, avoir envahi les parois intestinales après la mort. Cette possibilité est dorénavant écartée puisqu'en Égypte l'autopsie suivait de près le décès.

Après un rapide historique de la pathologie expérimentale du choléra, Koch constate l'insuccès complet de ses tentatives. Il avait cependant emporté de Berlin cinquante souris (qui, suivant Thiersch, peuvent prendre la maladie), et fait porter les essais sur des singes, des chiens, des poules, etc.

Comme conclusion, Koch exprime le désir, en son nom et en celui de ses collaborateurs, de continuer ses recherches dans les Indes et spécialement à Bombay, où l'affection ne

paraît pas devoir s'éteindre de sitôt. L'autorisation nécessaire a été donnée par le ministre, et la mission allemande s'est, dit-on, embarquée pour les Indes.

Koch pense être arrivé à résoudre affirmativement le problème préliminaire de toute étude de ce genre : l'existence d'un microbe suffisamment caractérisé par sa forme, et cette existence ne fait pas de doute pour lui. Il resterait maintenant à démontrer que ce microbe est bien l'agent pathogénique du choléra. Car, ainsi que le dit lui-même le savant Berlinois, il n'est pas impossible que l'agent infectieux du choléra produise dans l'intestin une altération telle, que l'un des innombrables parasites qui habitent normalement les liquides intestinaux, puisse s'établir dans la paroi et y proliférer.

Pour faire cette démonstration, il faut réussir les cultures et les expériences sur les animaux. Les résultats publiés ne sont guère encourageants. Koch ne dit pas s'il a employé les cultures liquides de la méthode de Pasteur ou les cultures solides d'après sa méthode personnelle. Le fait est que les animaux restaient sains ou bien mouraient de septicémie.

En résumé, le rapport de Koch ne fait guère avancer la question. Il confirme des faits connus ou soupçonnés depuis longtemps. La mission française a-t-elle été plus heureuse? Nous ne tarderons probablement pas à le savoir, sans trop oser l'espérer.

C. Zuber.

Contributions pharmaceutiques.

DES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX

Mon confrère de Noisy-le-Sec, M. Sicard, vient de faire paraître chez Delagrave un très bel ouvrage sur *les Champignons comestibles et vénéneux*. Je ne saurais trop recommander ce traité à ceux que cette étude intéresse. Il est enrichi d'une préface de M. le professeur Chatin et de planches magnifiquement coloriées, qui servent à l'intelligence du texte.

J'ai connu M. Sicard au début de sa carrière, quand il était employé à la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris; il s'occupait déjà de toutes les espèces de champignons. Comme de mon côté, en collaboration avec M. le docteur Curie, je recherchais le principe toxique des Amanites, nous nous communiquions nos résultats quand nous avions l'occasion de nous rencontrer.

La guerre de 1870 fut fatale à nos travaux. Non seulement on ne pouvait plus récolter les sujets à expérimenter, mais on n'avait plus le cœur aux expériences. Quand, après nos désastres, les transactions reprirent leur cours si longtemps interrompu, nous apprîmes que nous avions été devancés par deux professeurs de Dorpas en Russie, MM. Schmidberg et Koppe, qui venaient de publier à Leipsick une étude complète de la muscarine, alcaloïde toxique de l'*Amanita muscaria* ou fausse oronge.

Ces savants avaient isolé ce principe immédiat, en avaient fait l'analyse et la synthèse, en avaient étudié les effets physiologiques et trouvé dans l'atropine le moyen de les annihiler.

De ces résultats considérables, il est nécessaire d'en retenir un : c'est la découverte de ce contrepoison physiologique, l'atropine, qui combat victorieusement les effets de la muscarine. Leurs expériences faites sur des chiens ne laissent aucun doute à cet égard.

Et comme la plupart des genres et espèces d'agarics vénéneux tuent de la même façon que la muscarine, il s'ensuit que, lorsqu'on se trouve en présence d'un empoisonnement par les champignons vénéneux, il faut, après avoir fait vomir le patient, le soumettre à l'influence de la belladone sous une forme pharmaceutique quelconque : infusion, teinture, extrait, injection sous-cutanée d'atropine. Les craintes d'empoisonnement par cette dernière substance sont beaucoup moins grandes puisqu'elle est combattue à son tour par la muscarine, qui a été auparavant absorbée.

Nos recherches chimiques étant rendues inutiles par cette œuvre de premier ordre, nous nous tournâmes du côté de l'application pharmaceutique et thérapeutique du poison des champignons.

Malgré un si long espace de temps, M. Sicard a gardé de nos travaux de 1868 et 1869 un bon souvenir, et à la page 222 de son livre il annonce que nous avons été les premiers, M. Curie et moi, à nous occuper d'introduire les agarics toxiques dans la médecine.

Nos expériences étaient faites avec trois espèces du sous-genre *Amanita* des Agaricinés, récoltées par nous dans les forêts de Fontainebleau et de Saint-Germain : l'Amanite bulbeuse, l'Amanite mappa et l'Amanite cignë ou phalloïdes, qui sont plus vénéneuses que l'*Amanita muscaria*.

Vu la complication du procédé d'extraction de la muscarine, la petite quantité qu'on en retire, 0gr,50 par kilogramme de champignons, il ne fallait pas songer à l'exploitation pratique de ce corps.

Je fis alors une alcoolature dans les conditions suivantes :

Agarics (1) ou Amanites bulbeux frais.	1 kilogramme.
Alcool à 90 degrés..................	1 —

Contusez les champignons, laissez pendant quinze jours en contact avec l'alcool, passez avec expression et filtrez au papier la liqueur qui doit avoir un goût franc de champignon.

Ces végétaux s'altérant avec la plus grande rapidité, il est indispensable de les mettre dans l'alcool dans la même journée. Cette alcoolature ainsi préparée tue un cobaye de 150 à 200 grammes à la dose de 2 grammes.

Administration pour les adultes : de 4 à 6 grammes par jour dans un peu d'eau contre les rhumes.

En distillant cette alcoolature, j'ai obtenu un extrait qui en possède toutes les propriétés et qui se conserve très bien.

On le prescrit sous la forme pilulaire :

Extrait alcoolique d'agarics bulbeux...	1 gramme.
Poudre de réglisse....................	q. s.

Pour 20 pilules non argentées.

Ces pilules se prennent à la dose de trois ou quatre par jour.

La thérapeutique de ces produits regarde mon collaborateur; il publiera ses observations quand il le jugera à propos. En attendant, je conseille à ceux que ce sujet intéresse de se presser de faire récolter les espèces de champignons citées plus haut; car dans quinze jours il ne sera plus temps, elles auront disparu des forêts qui entourent Paris.

Je puis donner ici l'assurance aux praticiens que les deux produits pharmaceutiques dont je viens de parler remplacent parfaitement la muscarine. Ces médicaments n'existant pas dans le commerce, j'espère être agréable à nos lecteurs en leur disant que j'en tiens à leur disposition.

Pierre Vigier.

(1) C'est sous ce nom générique que nous conseillons de les prescrire.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

Étude critique sur la tuberculose articulaire, par M. Marboux, médecin-major des hôpitaux militaires.

(Suite. — Voyez les numéros 39 et 40).

IV. — Discussion.

Nous avons tâché de résumer dans les lignes précédentes la doctrine de la tuberculose articulaire telle qu'elle a été présentée à la Société de chirurgie par le médecin français qui a le mieux étudié la question. Elle diffère sensiblement de la doctrine allemande, quoique le point de départ anatomique soit le même. M. Lannelongue laisse, en effet, en dehors de la tuberculose tout un groupe de tumeurs blanches que Volkman, Hueter, König, etc., y font rentrer, et même pour celles qu'il rattache à l'ostéite tuberculeuse, il recule devant les conséquences thérapeutiques de cette donnée histologique. Cette chirurgie à outrance l'effraye et il semble que le clinicien n'ose pas suivre l'anatomiste. Malheureusement la clinique n'a pas pu toujours maintenir ses droits en face des prétentions du laboratoire, et la thérapeutique a été engagée dans la voie des interventions incertaines.

Autour de M. Lannelongue se sont groupés de nombreux partisans de la spécificité de la carie, et la tuberculose articulaire a vu son domaine s'agrandir de plus en plus. Selon quelques médecins on ne doit même plus décrire des tumeurs blanches tuberculeuses et des tumeurs blanches scrofuleuses : il n'y a que des tumeurs blanches tuberculeuses.

Et sur quels faibles indices ce diagnostic de la tuberculose locale peut être posé ! par exemple dans des cas où de simples fongosités de la synoviale, développées simultanément dans les deux genoux, cèdent en quelques mois à la compression élastique et à des injections d'iodoforme, avec rétablissement intégral de la fonction, et cela chez des sujets en bonne santé qui ne présentent ni antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels, ni localisation tuberculeuse ganglionnaire ou viscérale quelconque (1).

Pour quelques-uns le mot « fongueux » devient presque synonyme de tuberculeux. Ils admettent à peine la fongosité inflammatoire simple, la considérant comme un état transitoire voué fatalement à l'infiltration tuberculeuse. Quant à la fongosité rhumatismale, sans tendances suppuratives, ils la nieraient volontiers, et c'est tout juste si l'autorité de M. Verneuil suffit à la leur faire maintenir dans le cadre pathologique (2).

Nous pouvons négliger ces opinions émises pour ainsi dire en passant, sans développements ni preuves pouvant servir de base à une discussion. Il n'en est pas de même de la doctrine présentée par M. Lannelongue. Le travail que nous avons essayé de résumer est le fruit de plusieurs années d'observations, de recherches et d'expériences, et l'auteur présente à l'appui de sa thèse une série de preuves empruntées à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation sur les animaux et à l'observation clinique.

Quelle est la valeur de ces preuves ?

A. *Preuves tirées de l'anatomie pathologique.* — Les caractères microscopiques peuvent être mis en dehors du débat. MM. Brissaud et Lannelongue n'ont rien ajouté aux descriptions que les auteurs classiques nous ont laissées des altérations osseuses aux diverses périodes de la tumeur blanche. On pourra en juger par les lignes suivantes extraites textuellement du mémoire déjà cité.

Les altérations initiales de la tuberculose se présentent dans les épiphyses sous la forme de lésions circonscrites uniques ou multiples et de lésions diffuses plus ou moins étendues :

1° *Lésions circonscrites.* — Cette forme est infiniment plus commune que l'autre : les altérations osseuses limitées et de faible étendue se montrent sous deux aspects opposés. La coupe de l'épiphyse révèle une tache jaune ou jaunâtre, opaque, sèche, parfaitement délimitée, c'est le premier aspect. Elle découvre une petite cavité entourée de tissu osseux sain ou n'ayant subi qu'un très léger degré de raréfaction. Cette cavité contient une moelle plus pâle et quelquefois à peine décolorée, c'est le second.

La tache jaune correspond à une certaine épaisseur de tissu osseux : ce tissu, altéré de couleur, a conservé la plupart de ses caractères physiques, sa consistance, son épaisseur, mais les vaisseaux n'y sont plus perméables, et ses mailles sont infiltrées de substance caséeuse.

Lorsque les lésions sont plus avancées, le foyer jaune, devenu un séquestre, se sépare par un processus de démarcation ; des granulations fongueuses l'entourent ; ces granulations se répandent dans le tissu osseux voisin, qui est le siège d'une ostéite raréfiante dans laquelle la moelle présente des altérations secondaires, état gélatiniforme, huileux, etc.

Quand les lésions du début consistent dans une ou plusieurs cavités, ces cavités s'agrandissent par destruction osseuse de leurs bords et la moelle qu'elles renferment devient caséeuse ; autour d'elles tout peut rester dans l'ordre, c'est l'exception. D'habitude des granulations se développent et l'évolution suit la même marche que dans le cas précédent.

Lésions diffuses. — Dans cette forme qui est de beaucoup moins fréquente, il existe de nombreux îlots presque confluents et offrant les mêmes caractères que dans la forme précédente, mais une évolution plus intense, une caséification plus rapide amènent la formation plus prompte de séquestres, qui sont alors volumineux.

Ce sont là les premières altérations où les caractères de la tuberculose sont certains, car on trouve dans les petites cavités des nodules arrondis où se groupent les cellules épithélioïdes et lymphoïdes propres au tubercule de Koster.

Lésions de la période avancée. — Les épiphyses portent d'habitude la marque d'un travail de destruction plus ou moins étendu. Les cartilages sont ulcérés, détruits en partie ou en totalité ; l'extrémité de l'os dénudée et recouverte de fongosités, déformée, réduite au tiers ou au quart de son volume.

On rencontre dans les épiphyses des cavités centrales ouvertes dans l'articulation ou communiquant avec la surface de l'os par des trajets fistuleux : autour de ces cavités les aréoles sont agrandies. Tous ces espaces anormaux sont remplis d'une sanie virulente, d'une moelle ici plus vasculaire et là complètement décolorée, ailleurs gélatineuse. Dans les cavernes on trouve rarement un pus légitime ; plus ordinairement c'est une matière caséeuse, sèche ou imprégnée de sucs. Enfin des séquestres mobiles ou encore adhérents occupent ces cavités ou siègent dans des points quelconques de l'épiphyse, présentant une coloration jaune plus ou moins foncée, due à l'infiltration d'une matière caséeuse, semblable à celle qui remplit les cavités (1).

Toutes ces lésions, celles de la période initiale comme celles de la période ultime, ont été signalées et décrites sous différents noms par nos auteurs classiques ; elles peuvent être ramenées à une origine inflammatoire, comme l'a montré M. Gosselin dans l'étude critique qu'il a consacrée à ces différents processus (2). Dans cet article écrit avant la mise au jour des théories nouvelles sur l'ostéite tuberculeuse, l'émi-

(1) Voy. plus loin, p. 38.
(2) *Soc. de chir.*, séance du 7 juin 1882.

(1) Lannelongue, *in* Mémoire cité.
(2) *Nouveau Dict. de méd. et chirurg. prat.*, article Articulations.

nent clinicien passe en revue les différentes formes de l'ostéite chronique du tissu spongieux, établit la réalité du lien qui les unit et démontre la superfluité, au point de vue clinique, des distinctions basées sur des caractères histologiques appréciables seulement dans la première phase du processus et d'ailleurs contestables. Il montre que les altérations de la carie et celles de l'affection tuberculeuse des os décrite par Nélaton ne sont en somme que des lésions inflammatoires, notamment que les taches jaunes et même les taches blanches signalées par ce dernier auteur comme caractéristiques du tubercule peuvent être la conséquence d'une ostéite raréfiante, suppurée par endroits, productive et condensante en d'autres points.

Nous ne connaissons pas l'opinion du savant professeur sur la doctrine qui tend à fondre dans la tuberculose osseuse tous les processus rapportés par lui à l'ostéite chronique, mais elle est comprise implicitement et comme formulée d'avance dans l'article que nous venons de citer, et nous serions bien étonnés s'il ne protestait pas au nom de la clinique contre cette extension pour ainsi dire illimitée du domaine du tubercule.

Il nous serait facile de prendre une à une les lésions décrites par M. Lannelongue, tant du côté des os que du côté de la synoviale, et de démontrer que toutes l'ont été sous d'autres noms; mais ce serait un travail inutile, puisque cet auteur a pris soin lui-même de le signaler en déclarant que « les processus constitués et engendrés par le tubercule » osseux résument les traits essentiels de ce qu'on appelait » autrefois la carie tuberculeuse ».

Nous insisterons seulement sur ceci, à savoir que depuis longtemps des cliniciens et des histologistes considérables ont mis en garde contre la confusion des lésions de l'ostéite simple suppurée avec celles attribuées à l'ostéite tuberculeuse.

Dans l'article déjà cité, M. Gosselin dit au sujet des tubercules enkystés de Nélaton : « Les dépôts caséeux enkystés » dans le tissu spongieux, au lieu d'avoir été primitivement » formés de la matière tuberculeuse, pourraient avoir été » constitués d'abord par du pus, qui, ne pouvant s'échapper » au dehors, aurait subi une résorption partielle et serait » passé à cet état de mastic plus ou moins comparable à un » amas de tubercules jaunes. »

Pour MM. Cornil et Ranvier le tubercule des os existe, mais l'affection décrite par Nélaton répond à des lésions diverses, notamment à l'ostéite suppurée : « Dans l'état » actuel de la science, disent ces auteurs, lorsqu'on trouvera » dans un os une caverne tapissée de bourgeons charnus ou » d'une membrane lisse, remplie de pus ou d'une matière » caséeuse, on ne pourra logiquement lui considérer une » origine tuberculeuse que lorsque existeront dans le tissu » circonvoisin des granulations tuberculeuses appréciables à » l'œil nu ou au microscope. Une ostéite simple, une carie, » des gommes peuvent donner lieu à des modifications du » tissu osseux, semblables, à l'œil nu, aux tubercules confluents » dans leur période d'évolution ou d'élimination (1). »

Les lésions de la synoviale et des tissus péri-articulaires décrites par M. Lannelongue ne présentent pas non plus de caractères microscopiques qui n'aient été signalés. Le bourgeonnement fongueux de la synoviale, les masses caséeuses intra et extra-articulaires, les abcès, les trajets fistuleux, etc., toute cette anatomie pathologique grossière ne s'est pas présentée à lui sous des traits particuliers.

Les granulations vraies, reconnaissables à l'œil nu, disséminées ou réunies en groupes presque confluents, ont été rencontrées par lui dans quelques autopsies, mais ce n'est pas là un fait nouveau. En tout cas ce n'est pas sur les cas de cette espèce que porte le débat et ce n'est pas sur la présence de la granulation de Laennec dans les tumeurs blanches qu'est échafaudée la théorie de la tuberculose articulaire, celle de M. Lannelongue ou de M. Kiener comme celle de M. Brissaud.

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histol. pathol.*

Dans les remarquables études publiées par ce médecin dans la *Revue mensuelle* de 1879, la nature tuberculeuse des lésions classiques de la tumeur blanche est hautement affirmée; or on peut se convaincre en lisant la description des pièces anatomiques (provenant de tumeurs blanches qui avaient nécessité l'amputation, dans le service de M. Tillaux) que l'anatomie pathologique grossière, appréciable à l'œil nu, des altérations intra et péri-articulaires ne légitimait en rien cette interprétation, au moins dans le plus grand nombre des cas. Le diagnostic clinique avait été arthrite fongueuse scrofuleuse. Les altérations appréciables à l'œil nu ne présentaient que les caractères attribués de tout temps aux lésions scrofuleuses.

C'est parce que l'examen histologique y démontrait la présence de cellules géantes et de follicules tuberculeux que l'auteur les a considérées comme des lésions tuberculeuses. L'ancien criterium anatomique de la tuberculose, la granulation, n'intervient qu'exceptionnellement : c'est au nom du follicule (qu'on rencontre toujours) que le diagnostic d'arthrite tuberculeuse est posé.

L'altération anatomique consiste essentiellement en une inflammation caséo-tuberculeuse, d'où la *granulation* est le plus souvent absente : « c'est du tubercule pneumonique, de » la synoviale sans granulations. »

Il est inutile de multiplier les citations pour montrer que ce n'est pas l'anatomie pathologique grossière de la tumeur blanche qui est invoquée comme preuve de sa nature tuberculeuse. Ceux qui veulent déposséder la scrofule de cette manifestation, une des mieux assises, puisent leurs motifs dans la constitution histologique des lésions et non dans leurs caractères microscopiques. Examinons donc les preuves tirées de la structure histologique.

Toute l'argumentation des partisans de l'identité anatomique de la tuberculose et de la scrofule repose sur la découverte (M. Cornil dit l'invention) du follicule tuberculeux. Cet élément aurait détrôné la granulation de Laennec et sa présence dans un tissu autoriserait à poser le diagnostic de tuberculose locale.

Nous n'avons pas la prétention de contester aux histologistes éminents qui ont introduit dans la science le follicule tuberculeux l'exactitude de leurs observations; nous n'avons pas la compétence nécessaire pour aborder une discussion de cette nature. D'ailleurs ce n'est pas tant l'existence du nouvel élément qui est contestée que la signification qu'on voudrait lui donner.

Ceux qui s'élèvent contre cette prétention reconnaissent l'exactitude des observations micrographiques.

Lors de la discussion sur la tuberculose et la scrofule dans le sein de la Société médicale des hôpitaux en 1880-81, la nature tuberculeuse du nouvel élément anatomique fut tour à tour affirmée et niée au nom de l'observation micrographique. M. Grancher a essayé de concilier les deux opinions et chacune d'elles a pu, à un moment, le considérer comme son défenseur, mais finalement il a pris rang parmi les partisans de l'identité des processus tuberculeux et scrofuleux. Pour lui le tubercule embryonnaire ou le « scrofulôme », comme il l'appelle, peut ne pas dépasser ce premier état, cette première phase, mais s'il poursuit son évolution, il devient tuberculeux : « C'est un produit pathologique qui poursuit et » achève son évolution sans sortir de l'espèce à laquelle il » appartient. » Or qu'est-ce que c'est, si ce n'est pas du tubercule, qu'un élément anatomique qui, en poursuivant son évolution, ne peut que devenir du tubercule? et puisque M. Grancher admet que la granulation de Laennec n'est qu'une agglomération de follicules tuberculeux, pourquoi se refuse-t-il à voir dans ce follicule l'élément primitif du tubercule?

En somme M. Grancher, après avoir hautement protesté contre les histologistes qui ont cru trouver dans la structure du tubercule élémentaire des éléments suffisants de diagnostic anatomique, M. Grancher, dis-je, déclare que ce néoplasme embryonnaire appartient à l'espèce « tubercule », que c'est du « tubercule » cliniquement localisé et d'une cure relativement facile, et au nom de cet élément nouveau il n'hésite pas à faire rentrer dans la tuberculose le plus grand nombre des affections dites scrofuleuses.

Ainsi cette protestation qui s'annonçait comme très catégorique aboutit à une adhésion presque complète.

Dans le camp des identistes auquel M. Grancher s'est finalement rallié, on rencontre, outre les histologistes allemands, Koster, Friedlander, MM. Charcot, Villemin, Kiéner, Brissaud, etc. Mais on peut opposer à ces autorités celle de M. Cornil, dont l'opinion est d'un si grand poids dans toutes les questions d'anatomie pathologique.

Nous avons d'autant plus le droit d'invoquer sa protestation, qu'elle a causé plus d'émoi parmi les partisans de l'unité de diathèse.

Considérant la caséification comme l'aboutissant naturel de processus inflammatoires, non tuberculeux, il se refuse formellement à voir dans la cellule géante et dans le « follicule » l'élément de la tuberculose, et il persiste à ne considérer comme « tuberculeux » que le sujet porteur de granulations. Nous ne suivrons pas M. Cornil dans les considérations histologiques où il entre pour légitimer sa protestation, mais nous croyons devoir citer textuellement ses conclusions, ainsi que les sages préceptes dont il les fait suivre et qui ont dans sa bouche une autorité considérable.

Après avoir passé en revue les principales manifestations tuberculeuses et s'être expliqué au sujet des cellules géantes et des « follicules » signalés par lui-même dans plusieurs de ces processus, M. Cornil s'exprime ainsi : « J'ai fait la » part du tubercule assez grande; pourquoi cependant ne pas » lui donner aussi toutes les arthrites fongueuses, les abcès » froids, toutes les ostéites fongueuses et les lupus, affec- » tions dans lesquelles on trouve souvent des cellules » géantes ?

» D'abord parce que le tissu de bourgeons charnus avec » des cellules géantes n'a rien de caractéristique en lui- » même. On le trouve non seulement dans ces lésions scro- » fuleuses, mais dans les bourgeons des plaies et des ulcères » chroniques, dans les gommes cutanées en suppuration, » dans toute inflammation chronique du tissu conjonctif.

» Il est en outre difficile de donner une valeur positive, » absolue, au follicule tuberculeux de Koster et Friedlander, » c'est-à-dire à une cellule géante entourée d'une série de » cellules dites épithélioïdes. Ces mêmes cellules se pro- » duisent en effet dans les expériences de Ziegler, où cet au- » teur a mis dans le péritoine du chien des lamelles de verre; » enfin je n'admets en aucune façon qu'il soit permis de dé- » finir par l'histologie seule et par la constatation d'un élé- » ment anatomique une maladie ou un groupe de lésions. » Une maladie est un ensemble de faits plus complexes que » ce qu'il est donné de voir sous le microscope sur une coupe » mince dans l'étendue d'un dixième de millimètre. Pour » caractériser une maladie, il faut partir de son étiologie, la » suivre dans son développement, dans ses diverses localisa- » tions, dans ses symptômes, et enfin dans son anatomie pa- » thologique à l'œil nu.

» Des maladies tout à fait différentes par leur cause et » leurs symptômes peuvent donner lieu à un moment donné » de leur évolution à des productions pathologiques tout à » fait semblables. »

M. Rendu a joint sa protestation à celle de M. Cornil. Comme lui, il conteste la valeur spécifique du follicule tuberculeux : « Les cellules qui le constituent se rencontrent aussi » bien dans un bourgeon charnu que dans un nodule syphi- » litique, dans du tissu de cicatrice que dans une fongosité » articulaire. En admettant même, ce qui paraît hors de » doute, qu'il soit beaucoup plus abondant au sein des véri- » tables productions tuberculeuses, il n'en résulte pas moins » que c'est là un élément anatomique banal et qu'il faut bien » se garder de faire revivre à son profit la légende du corpus- » cule tuberculeux de Lebert. »

Les adversaires de l'identification des maladies tuberculeuses et scrofuleuses ne sont pas seuls à refuser au follicule la qualité de représentant anatomique de la tuberculose. M. Villemin, qui s'est hautement prononcé en faveur de cette identité, reconnaît que les caractères histologiques ne suffisent pas à établir la nature tuberculeuse d'un processus, que la cellule géante se retrouve dans une foule de produits spécifiques ou banalement inflammatoires, en un mot que le tubercule n'a pas de caractéristique anatomique. L'opinion de M. Villemin mérite d'autant plus d'être signalée, que cet observateur n'hésite pas à rattacher à la tuberculose le plus grand nombre des tumeurs blanches.

Cette uniformité d'appréciation chez des hommes placés dans des camps opposés, suffit, croyons-nous, pour établir la vulnérabilité sur le terrain histologique de la théorie de la tuberculose articulaire telle qu'elle ressort des travaux de MM. Kiéner, Brissaud, Lannelongue et qu'elle est admise par M. Villemin lui-même.

En Allemagne, d'ailleurs, la signification attribuée par Koster, Friendlander, à la cellule géante et au follicule n'est pas acceptée par tous les histologistes. Au congrès de la Société allemande de chirurgie en 1881, Sonnenburg a protesté dans les termes suivants contre l'extension démesurée des limites de la tuberculose : « La présence à peu près con- » stante de tubercules embryonnaires dans les os cariés n'in- » dique pas que la maladie soit essentiellement de nature » tuberculeuse. On en trouve chez des individus dont la santé » est excellente et qui n'ont pas d'antécédents héréditaires » de tuberculose. Des affections articulaires osseuses peu- » vent durer des années sans qu'il y ait de généralisation : » on voit même ces tubercules se développer dans des foyers » de fracture compliquée. »

On nous pardonnera le nombre et la longueur de ces citations en songeant que n'ayant pas d'observations micrographiques personnelles à invoquer, nous étions obligés d'abriter nos doutes derrière des noms dont la compétence en histologie fût incontestée.

Il n'appartient qu'aux hommes tout à fait familiarisés avec les recherches micrographiques de discuter avec M. Cornil sur la validité de ses observations : le grand nombre de ceux qui s'y sont essayés est bien fait pour donner une haute idée de l'attrait qu'exercent les études histologistes et du développement qu'elles ont pris en France.

Mais en dépit de tous leurs efforts et malgré le grand nombre de recherches entreprises et des travaux publiés, on peut dire encore aujourd'hui que la preuve anatomique de l'identité des lésions tuberculeuse et des lésions scrofuleuses n'est pas faite.

L'inoculation a-t-elle donné des résultats plus décisifs?

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures.

Lannilis, le 24 octobre 1883.

Mon travail sur la *parésie analgésique des extrémités supérieures* était publié (*Gazette hebdomadaire*, n°s 35 et suiv.), lorsque le sujet de l'observation VI s'est présenté chez moi avec

un nouveau panaris à l'annulaire gauche. Ce panaris datait de cinq jours. Il s'accompagnait de chaleur, de rougeur au doigt, partie moyenne, et d'un gonflement qui s'étendait à la paume de la main. Incision profonde, sans douleur bien manifeste, à la face palmaire du doigt, sur le point le plus empâté. Issue d'une petite quantité de sérosité purulente. Le stylet rencontre la seconde phalange, qui est dénudée.

Quinze jours ensuite l'incision était fermée, la portion de phalange dénudée ne s'était pas nécrosée, car il n'était pas sorti de séquestre.

Nous tenions à signaler cet incident, qui prouve, comme l'observation II, que, dans nos cas de paréso-analgésie, il s'agit bien de panaris et non pas d'une nécrose avec inflammation éliminatrice. En effet, si la nécrose de la phalange est habituelle, elle n'est pas fatale, puisque voilà le second cas où le panaris n'est pas suivi de nécrose. Dans le premier cas (obs. III), le panaris avorte; dans l'observation VI, il y a bien suppuration profonde, mais point de nécrose.

L'incident signalé présente une autre singularité. C'est le seul cas où le même doigt ait été frappé deux fois de panaris. La première fois, il est vrai, c'était la troisième phalange qui était en cause, et ici c'est la deuxième.

Agréez, etc.

H. Morvan.

Préparation de pepsine.

Nous recevons de M. Grey, pharmacien, une lettre dans laquelle il proteste contre une opinion qui lui serait attribuée par M. Pierre Vigier dans un article de la *Gazette hebdomadaire* (n° 40, p. 659) : « Je n'ai jamais dit, écrit-il, qu'il était *nécessaire* de faire prendre de l'acide chlorhydrique à *tous* les dyspeptiques. » La pensée de M. Vigier n'a pas été bien comprise. Il a voulu dire simplement qu'il n'y avait aucune nécessité d'administrer de l'acide chlorhydrique à tous les dyspeptiques... qui auraient besoin de pepsine, comme cela arrive naturellement avec les préparations de pepsine dans lesquelles entre l'acide chlorhydrique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Candidature. — M. *Sappey* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place actuellement vacante dans la section de médecine et chirurgie. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

De l'état des nerfs sensitifs dans l'intoxication strychnique. Note de M. *Couty*. — Il est généralement admis que la strychnine agit sur les fonctions de la substance grise bulbo-médullaire pour les exciter, puis les paralyser; et l'on discute seulement pour savoir si ces effets sont directs ou consécutifs à des troubles des appareils de sensibilité périphérique.

Les expériences que je vais rapporter, dit l'auteur, me paraissent poser la question sur un terrain plus simple. La strychnisation, comme on le sait, peut présenter diverses formes que l'on n'a pas peut-être suffisamment séparées. Aux petites doses correspond un état de semi-rigidité des muscles au repos, avec saccades ou tremblements des mouvements volontaires; les doses moyennes produisent les accès de convulsions décrits classiquement; les doses plus fortes déterminent ces états de chorée, puis de paralysie centrale et périphérique qui ont été étudiés depuis deux ans par M. Richet, par M. Vulpian et par l'auteur. Il a comparé la sensibilité du bout central du sciatique et celle du cerveau sur des chiens normaux et sur les mêmes chiens intoxiqués à divers degrés... Contrairement à l'opinion générale, la sensibilité de ces appareils n'était pas augmentée par le poison. Un examen plus précis lui a permis de dépasser cette observation purement négative. Si l'on observe un chien qui présente l'accès convulsif classique, en ayant soin de laisser reposer l'animal, on trouve toujours l'excitabilité minimum du cerveau et du sciatique un peu moindre qu'à l'état normal; et la forme de la réaction motrice est modifiée. A la différence de ce qui arrive chez le chien normal, les excitations minimum, comme les excitations maximum, déterminent presque toujours des convulsions généralisées. Les centres sensitivo-moteurs ne différencient plus les excitants extérieurs; il y a perturbation et non pas exagération du fonctionnement normal.

Si l'on examine un chien en proie aux accidents moins connus de la première phase, semi-rigidité au repos et mouvements volontaires saccadés ou tremblés, accidents faciles à prolonger par de petites injections répétées dans la veine saphène, on éprouve, à mesurer les courants minimum, des difficultés dues aux excitations mécaniques qu'il faut éviter et aussi aux dilacérations du cerveau, faciles à produire pendant les secousses, et suffisantes pour augmenter quelquefois l'excitabilité. Mais, là encore, la comparaison de l'état normal et de l'état d'intoxication montre que ces faibles doses de strychnine n'augmentent pas la sensibilité du cerveau ou du sciatique, ou même qu'elles la diminuent légèrement si leur action est longtemps prolongée. Comme dans la période convulsive, la forme de la réaction est surtout modifiée : les contractions réflexes ou opposées deviennent plus amples et plus brusques, et, au lieu de simples contractions, on observe souvent, après les excitations, un brusque soubresaut généralisé, ou même des petits accès convulsifs passagers.

Ce changement de forme de la réaction motrice devient encore plus visible pendant les contractions choréiques. La sensibilité du sciatique ou du cerveau est d'abord diminuée, puis supprimée; pendant la phase de simple diminution, ces appareils se comportent comme des nerfs d'arrêt, et leurs excitations fortes ou moyennes rendent moins fréquentes ou même font cesser les secousses spontanées.

Cette transformation du nerf excito-moteur en nerf d'inhibition et d'arrêt peut se retrouver passagèrement pendant les autres accidents du strychnisme. Ainsi, à la première période, si les membres sont au repos, étendus et rigides, l'excitation du nerf sciatique avec un courant faible, 30 ou 32 du chariot, fait cesser momentanément la semi-contracture du membre correspondant; de même, à la fin des accès convulsifs de la seconde période, pendant la phase clonique, les excitations fortes du sciatique, qui pendant la contracture tonique n'avaient aucun effet appréciable, deviennent capables d'arrêter momentanément les secousses, soit dans le membre correspondant, soit quelquefois dans tout le corps.

A aucune période, ou mieux à aucune dose, ce poison convulsivant n'augmente les fonctions normales de la moelle ou du bulbe; son premier effet appréciable du côté du cerveau et des nerfs sensitifs est de diminuer leur sensibilité; son premier effet, du côté des mouvements, est de substituer des formes pathologiques, contractures, convulsions ou chorée, aux formes de réactions normales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN, VICE-PRÉSIDENT.

M. Mathieu prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté* ayant rapport à des instruments d'obstétrique. (*Accepté.*)

M. *Le Roy de Méricourt* présente, de la part de M. *de Quatrefages*, un ouvrage intitulé : *Hommes fossiles et hommes sauvages*. (Renvoi à la section des candidatures à une place d'associé libre.) Il présente également un *pulvérisateur automatique*, imaginé par M. Albert Calmette, aide-médecin de la marine, suivant un modèle dont le dessin a été déposé le 30 août 1882, sous pli cacheté, à l'Académie, et qui a été récemment perfectionné par M. Mathieu. Cet appareil repose sur l'adaptation à un siphon à eau de Seltz quelconque d'un ajutage pulvérisateur.

M. *Bergeron* offre : 1° au nom de M. le docteur *Fredet*, une *Note sur les thermes romains de Royat;* 2° de la part de M. le docteur *Duché*, le *Compte rendu des travaux de la Société médicale de l'Yonne en 1882*. (*Commission des épidémies.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage du 6e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique* et présente, au nom de M. le docteur *Martineau*, ses *Leçons sur les déformations vulvaires et anales.*

M. *Gariel* offre le 2e fascicule de son *Traité pratique d'électricité.*

M. *Vulpian* dépose, au nom de M. le docteur *Massé* (de Montpellier), une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.*

Anatomie — M. *Mathias Duval*, en son nom et au nom de M. Sappey, lit un rapport sur un mémoire de M. le doc-

teur *Testut* (de Bordeaux) sur la portion brachiale du nerf musculo-cutané. Il résulte des nombreuses observations faites par l'auteur sur l'homme et sur un grand nombre d'animaux, que le musculo-cutané ne doit pas être considéré comme un nerf distinct, mais seulement comme un gros rameau du nerf médian; l'anomalie qui consiste, chez l'homme, en une fusion plus ou moins complète de ces deux nerfs, devient en effet le type normal de la plupart des mammifères. — L'Académie décide l'impression du travail de M. Testut dans ses *Mémoires*.

Eaux minérales. — M. *Constantin Paul* achève la lecture de son *Rapport général sur le service médical des eaux minérales en France en* 1881 ; les propositions de récompenses qui le terminent sont votées en comité secret.

Laparotomie. — M. le docteur *Dezanneau* (d'Angers) lit un mémoire sur la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale. Après avoir examiné les indications de cette opération, qu'il croit indispensable toutes les fois qu'elle est appelée à faire disparaître les causes de l'obstruction et à rétablir soit immédiatement, soit plus tard, le cours normal des matières, il recherche les cas dans lesquels elle doit procurer ce résultat dans l'occlusion à marche aiguë et dans l'occlusion à forme chronique. Il étudie ensuite le manuel opératoire de la laparotomie, insistant plus particulièrement sur l'emploi des pinces entérostatiques de son invention et destinées à fixer l'intestin tout en interrompant en même temps le passage des matières intestinales; il termine en énumérant les conditions qui doivent assurer le succès de cette opération. — Le mémoire de M. Dezanneau est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Gosselin, Verneuil et Duplay, rapporteur.

Microbe de la morve. — M. le professeur *Bouchard*, et ses collaborateurs, MM. *Capitan* et *Charrin*, ont communiqué à l'Académie, le 27 décembre 1882, un mémoire dans lequel ils démontraient que la morve doit être rangée dès maintenant et d'une manière définitive dans la catégorie des maladies microbiennes. « Son microbe a pu être vu, saisi, captivé, cultivé dans des milieux appropriés et reconnu tout aussi actif, comme élément de la virulence, après une série de cultures successives, que la matière virulente puisée directement dans des lésions propres à la morve et inoculée en nature à des organismes susceptibles. » C'est en ces termes que M. *Bouley* confirme cette découverte dans le rapport qu'il lit devant l'Académie, au nom de la commission à laquelle avait été renvoyé le mémoire de MM. Bouchard, Capitan et Charrin.

M. Bouley rappelle à cette occasion les travaux de M. Chauveau sur la nature intime de la virulence, travaux qui, les premiers, ont démontré « l'existence d'une semence virulente constituée par des corpuscules isolables qui sont les instruments nécessaires de la contagion »; M. Chauveau avait alors été arrêté dans le développement de ses expériences par l'idée qu'entre les maladies contagieuses proprement dites et celles dont l'élément de la virulence est constitué par un parasite, la différence est absolue; mais depuis cette époque les faits tendent de plus en plus à établir que les phénomènes de la contagion sont régis par une même loi dans les deux règnes vivants ; partout où une contagion se manifeste, elle procède d'un agent vivant qui en est l'instrument nécessaire, que ce soit un organisme comme l'acare de la gale ou un microbe.

Les recherches de MM. Bouchard, Capitan et Charrin confirment cette manière de voir. Elles remontent au 3 novembre 1881 et comprennent plus de 60 observations, témoignant toutes de la grande aptitude de l'organisme du cobaye à servir de milieu de culture au virus morveux, qu'on l'inocule à l'état naturel, ou dans l'état de pureté que réalisent les cultures successives jusqu'à la huitième, terme où les essais ont été arrêtés; de plus, la maladie nerveuse produite chez le cobaye, par l'inoculation des cultures, est absolument semblable, au point de vue clinique et au point de vue anatomique, à la morve déterminée chez le même animal avec des produits morbides puisés directement chez le cheval. En d'autres termes, la goutte puisée dans le liquide de la cinquième, de la sixième, de la septième, de la huitième culture est aussi apte, par son ensemencement dans un organisme susceptible, à y faire circuler la morve, que la matière virulente naturelle puisée directement sur un animal morveux. M. Bouley a eu l'occasion de répéter les expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, et il a reconnu nettement que des produits morveux, cultivés dans un liquide spécial, peuvent, à la cinquième culture, reproduire la morve sur des chats et des cobayes et que ceux-ci peuvent ensuite servir à inoculer des ânes et des chevaux. Ces résultats, ajoute-t-il, éclairent singulièrement la pathogénie et l'anatomie pathologique de la morve; car l'on peut admettre que les microbes dont il s'agit viennent se fixer en certains points et y jouent le rôle de corps étrangers, provoquant autour d'eux un processus inflammatoire, à forme ulcéreuse; de plus, les propriétés spéciales de ces microbes expliquent déjà quelques-unes des particularités de cette affection, entre autres la tendance qu'elle a à se localiser dans la muqueuse respiratoire de la peau; ces microbes étant aérobies, il n'est pas étonnant qu'ils choisissent un des points du corps qui soit le plus largement et le plus constamment aéré.

M. Bouley fait ensuite l'historique de cette découverte; trois jours avant la communication de MM. Bouchard, Capitan et Charrin à l'Académie, un journal allemand avait publié la relation des expériences faites à l'Institut impérial de Berlin, par MM. Schütz et Loffler. Mais c'est en novembre 1881 que nos compatriotes ont commencé leurs cultures de matière farcineuse de provenance humaine, comme le prouvent la thèse de M. Clément et le cahier d'expériences de M. Arloing, ainsi qu'en témoignent également MM. Brouardel et Luys, qui, en avril 1882, ont pu voir le microbe de la morve dans le laboratoire de M. Bouchard. La priorité en faveur de nos compatriotes n'est pas douteuse ; toutefois les expérimentateurs de Paris et de Berlin ont marché dans la même voie, mais parallèlement, et ils sont arrivés à des résultats identiques, ce qui donne une garantie de plus de la certitude de leurs démonstrations respectives. En résumé, dit en terminant M. Bouley, deux faits principaux ressortent de la communication faite à l'Académie par MM. Bouchard, Capitan et Charrin au mois de décembre dernier. Le premier est la constatation confirmée de la présence constante dans les lésions de la morve d'un bacille, signalé en 1868 par MM. Kristol et Kiener. Le second est la démonstration expérimentale que ce bacille, isolable de la gangue organique, cultivable en dehors d'elle dans un milieu de culture approprié, est bien et exclusivement l'élément de la virulence de cette maladie, c'est-à-dire en constitue, à proprement parler, l'essence.

L'Académie vote, à la suite de ce rapport, l'insertion du mémoire intégral de MM. Bouchard, Capitan et Charrin dans ses *Mémoires;* auparavant une courte discussion s'engage entre MM. *Colin* (d'Alfort) et *Bouley*.

M. *Colin* déclare que les expériences relatées dans ce rapport ne l'ont pas convaincu. D'abord, quelques-unes d'entre elles ont été pratiquées sur de petits animaux qui ne contractent pas facilement la morve, et les accidents observés à la suite des inoculations sont de ceux qui se produisent après toutes les irritations de la peau, quelle qu'en soit la nature. Quant aux expériences faites sur des solipèdes, elles ont sans doute une plus grande valeur, mais elles sont en nombre trop restreint pour entraîner sa conviction, quand on veut bien remarquer que le cheval et l'âne sont très souvent et pendant longtemps sous le coup

de la morve, surtout parmi les animaux mis en expérience dans les Écoles vétérinaires. D'autre part, il est difficile d'admettre qu'après cinq et même huit cultures, pratiquées à vingt-quatre heures de distance les unes des autres, le liquide obtenu soit débarrassé de tous autres éléments organiques et ne renferme plus que le microbe de la morve; car il est d'observation vulgaire que la virulence de la morve se conserve un temps très long; un cheval morveux qui a vécu dans une étable suffit à infecter celle-ci pendant plusieurs mois. Il n'est donc pas étonnant que M. Bouchard, ayant injecté de la matière morveuse datant de cinq jours, ait produit la morve; mais ce n'est pas parce que cette matière aura été portée à la cinquième dilution qu'elle aura perdu tous ses éléments, sang, tissu ganglionnaire ou pulmonaire, pour ne conserver que ses microbes. On ne saurait en conclure à l'existence d'un microbe spécial de la morve. M. Colin dit chercher celui-ci en vain depuis douze ans, et il ne saurait considérer comme tels les corpuscules arrondis trouvés par MM. Christol et Kiener, corpuscules qu'il considère uniquement comme les granulations contenues normalement dans les leucocytes. D'ailleurs, les bactéries rencontrées dans les produits morveux peuvent être le résultat de la putréfaction, si l'on en juge par ce qui se passe dans certaines autres maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde des chevaux, et même le charbon; dans cette dernière affection on a, il est vrai, découvert une bactérie qui peut être virulente, mais elle l'est au même titre que les globules blancs ou rouges, comme le prouve la possibilité de donner le charbon avec un liquide charbonneux dépourvu de bactéries. M. Colin, en terminant, estime que les expériences de M. Chauveau, invoquées par M. Bouley, ne sauraient avoir la signification que celui-ci leur attribue : il n'est nullement étonnant, dit-il, que M. Chauveau ait obtenu des résultats négatifs avec des vaccins dilués et privés de leurs corpuscules solides; en n'inoculant que la partie supérieure des liquides en expérience, c'est de l'eau seule qui était injectée, car ces vaccins sont difficilement miscibles à l'eau.

M. *Bouley*, se refusant à s'efforcer d'entraîner la conviction de M. Colin, l'engage à se mettre en rapport avec M. Bouchard, qui se fera un plaisir de lui fournir les preuves qu'il réclame. Sans doute, ajoute-t-il, on ne pourrait tenir grand compte des inoculations de morve faites à de petits animaux, si l'on s'en tenait à ces inoculations; mais, quand on voit que ces petits animaux inoculés peuvent à leur tour communiquer la morve à des solipèdes et quand on voit le virus, après avoir traversé deux ou trois organismes, déterminer la morve d'une manière incontestable, peut-on admettre que l'on s'est bien trouvé en présence d'une morve véritable. De même, lorsque le virus a passé par 10, 20, 100 cultures successives, lorsqu'on peut dire, avec Pasteur, que chacun des organismes qu'il contient a été lavé dans une masse d'eau relativement incommensurable, c'est nier l'évidence que de dire qu'il est impossible d'affirmer qu'il ne renferme plus la moindre parcelle des éléments non vivants qu'il contenait. De ce que M. Colin déclare avoir cherché en vain le microbe de la morve, il ne s'ensuit pas qu'il n'existe pas, et c'est justement parce qu'on l'a trouvé dans ces derniers temps, que l'on a fait une découverte. Il fallait, et il faut encore, pour arriver à ce résultat, des yeux très clairvoyants, et il est fâcheux que les organismes dont il s'agit aient échappé à M. Colin. — Il n'est pas si facile, objecte encore celui-ci, d'obtenir des liquides de dixième, de centième culture; d'ailleurs, dans les expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, il ne s'agissait que de huitièmes cultures au maximum; et dans ces conditions il est impossible d'admettre que les bactéries seules existent dans une telle dilution. — Qu'est-ce donc qu'un vaccin, sinon une culture à un degré très élevé? réplique M. *Bouley*. — Comment saurais-je ce que sont vos vaccins, répond M. *Colin*, puisque M. Pasteur persiste à tenir secrets ses procédés de culture? il est donc difficile de discuter sur ce qui doit se passer après des cultures de cet ordre et, pour ce qui est du débat actuel, il faut bien reconnaître qu'après une huitième culture des produits morveux, la conservation de la virulence prouve simplement que le virus morveux peut se conserver huit jours. Je dois avouer également, déclare M. Colin, que, si ma conviction à l'égard du microbe de la morve est loin d'être faite, il en est de même à l'égard du bacille de la tuberculose; les préparations que m'a montrées M. Cornil ne m'ont fait voir que de petits filaments colorés en bleu, n'ayant aucun des caractères généraux des bacilles, lesquels sont d'ordinaire pourvus d'articulations et de granulations brillantes; du reste, si le bacille de la tuberculose existait, on en devrait retrouver dans tous les produits tuberculeux, ce qui n'est pas, car M. Koch déclare lui-même que son existence n'est pas constante.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Lampe électrique pour explorations médicales. — Trachéotomie dans la phthisie laryngée : M. Gouguenheim. — Dilatation de l'estomac par rétrécissement du duodénum : M. Dujardin-Beaumetz. — Nodosités rhumatismales éphémères : M. Troisier.

M. *Gouguenheim* présente à la Société divers appareils d'éclairage destinés à l'exploration des cavités pharyngienne, nasale, à l'examen du larynx et du conduit auditif. — Il s'est servi tout d'abord, dans ce but, d'une lampe à essence ou à gaz, supportée par un pied dont on peut faire varier la hauteur à volonté, suivant la nécessité du cas spécial ; cette lampe, réduite à un assez petit modèle, peut être renfermée, avec son pied, dans une boîte analogue à celle du thermocautère Paquelin. Plus récemment, M. Gouguenheim a fait construire sur ses indications, par M. Chardin, une petite lampe électrique, de dimensions extrêmement minimes (à peine un demi-centimètre cube) et qui fournit une lumière d'une intensité considérable; elle donne une netteté très grande aux explorations rhinoscopiques et laryngoscopiques. Une autre lampe électrique analogue, mais fixée sur un miroir frontal, a été construite dans le même but par M. Mathieu; elle présente l'avantage de n'exiger, comme source d'électricité, qu'une simple pile ordinaire.

— M. *Gouguenheim* présente une pièce anatomique recueillie à l'autopsie d'un malade, auquel six semaines auparavant M. Dujardin-Beaumetz avait pratiqué la trachéotomie pour une laryngite tuberculeuse accompagnée d'asphyxie menaçante. Ce malade, qui présentait en outre des lésions avancées de tuberculose pulmonaire, est mort dans le service de M. Gouguenheim; à l'autopsie on trouva une infiltration tuberculeuse à l'entrée du larynx, avec d'énormes végétations polypeuses, obstruant presque complètement le vestibule sus-glottique. On constate facilement, sur la pièce disséquée, les ganglions rétro-laryngés, précédemment décrits par M. Gouguenheim, et qui sont, dans ce cas, augmentés notablement de volume. Ces ganglions sont, à l'état normal, très petits; ils ont à peine le volume d'une tête d'épingle, mais lorsqu'ils s'hypertrophient et deviennent caséeux, ils peuvent comprimer les récurrents et déterminer le spasme permanent des cordes vocales. M. Gouguenheim fait remarquer que, chez ce malade, malgré les graves lésions pulmonaires, la trachéotomie a permis une survie de six semaines; dans un autre cas analogue, il a pratiqué la même opération, au moment d'une crise de suffocation imminente, et le malade a survécu plusieurs mois. Il ne faut donc pas hésiter à recourir, en semblable circonstance, à une opération qui permet de prolonger l'existence pendant un temps assez long-

alors même que les lésions pulmonaires ne peuvent laisser aucun espoir.

— M. *Dujardin-Beaumetz* montre à la Société une pièce anatomique provenant de l'autopsie d'un homme qui présentait, pendant la vie, tous les symptômes d'une énorme dilatation stomacale; les vomissements se répétaient constamment après l'ingestion des aliments, mais le malade, bien qu'épuisé, n'offrait pas de signes de cachexie véritable. Il fut soumis au lavage de l'estomac et éprouva une amélioration considérable; il quitta bientôt l'hôpital et cessa dès lors le lavage. — Les accidents ayant reparu, il ingéra, dans le but de retrouver l'appétit, un assez grand nombre de pilules suisses. Le seul résultat de cette médication fut une diarrhée abondante, qui s'accompagna de tétanie; ces accidents de contracture, assez fréquents au cours des diarrhées incoercibles, ont été observés par Kussmaul chez des malades atteints de dilatation stomacale. La tétanie se généralisa et détermina la mort par contracture des muscles respirateurs et asphyxie. A l'autopsie, on trouvait un estomac à parois très épaissies, considérablement dilaté, dont la grande courbure descendait jusque dans les parties inférieures de la cavité abdominale; il n'y avait en aucun point trace de cancer, mais il existait, dans le duodénum, immédiatement au-dessous du pylore, un rétrécissement assez étroit, paraissant de nature cicatricielle, et qui sera l'objet d'examens histologiques ultérieurs. D'ailleurs, pendant la vie, on avait émis l'hypothèse d'une bride cicatricielle consécutive à une ancienne ulcération de la région pylorique, le malade ayant eu, disait-il, du sang dans ses selles pendant un temps assez long. — Ce cas intéressant montre bien la difficulté presque insurmontable que présente parfois le diagnostic des affections gastriques, et fournit un utile document relatif à l'étude de ce que l'on a nommé les *faux-cancers* de l'estomac.

M. *Debove* insiste sur l'incertitude de la plupart des signes cliniques du cancer de l'estomac; la tumeur elle-même n'autorise pas une affirmation absolue, car l'épaississement des parois stomacales donne parfois au palper une sensation tout analogue. Il a observé une dame de soixante-dix ans qui présentait réunis tous les symptômes classiques du cancer de l'estomac, et qui, sous l'influence de l'alimentation par les poudres de viande, est aujourd'hui, plus d'un an après le début de ce traitement, presque entièrement guérie. Ce résultat prouve bien qu'elle n'était pas atteinte de cancer gastrique.

M. *Millard* a vu plusieurs cas analogues. Pour lui, lorsque sous l'influence du régime lacté, un malade offrant les signes du cancer gastrique, et même une tumeur nette, survit un à deux ans et augmente de poids, on est autorisé à nier absolument le cancer de l'estomac.

— M. *Troisier* donne lecture d'une note sur les *nodosités rhumatismales éphémères*. Ces lésions encore peu connues se produisent, chez les rhumatisants, au niveau des tissus fibreux, autour des articulations, ou encore sur le périoste des os superficiels des membres et même sur le crâne. Décrites par Jaccoud en 1871, ces nodosités ont été étudiées peu à près par M. Meynet, puis en Allemagne par Gerhardt et Hirschprung, en Angleterre par Th. Barlow et Warner, et en France par MM. Béclard, Féréol, Troisier et Brocq; elles ont été notées chez les enfants. M. Troisier les a constatées, pour la première fois, chez un homme de quarante-cinq ans, ayant présenté antérieurement deux atteintes de rhumatisme articulaire, et qui avait eu, disait-il, lors de sa seconde attaque de rhumatisme, de *petites bosses* au niveau du cuir chevelu et sur le front. Ce malade entra à l'hôpital avec une nouvelle poussée de douleurs articulaires; il présenta bientôt à l'occiput cinq ou six nodosités caractéristiques et autant sur le front; ces nodosités disparurent assez rapidement.

Plus récemment, à l'Hôtel-Dieu, un homme de vingt-huit ans fut reçu, le 19 mars, dans le service de M. Troisier, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu datant d'une semaine. Les douleurs avaient presque entièrement disparu au bout d'un mois, et le malade n'offrait plus que les symptômes d'une anémie prononcée, lorsque, le 17 avril, apparut un chapelet de nodosités sur un tendon fléchisseur au poignet gauche; deux nodosités semblables se montrèrent sur l'index et une sur le tendon extenseur du médius. Les jours suivants, il s'en produisit de nouvelles au niveau du crâne, à l'occiput et sur les bosses pariétales; on put en compter une trentaine environ; elles disparurent au bout de dix à quinze jours. Il s'en montra encore quelques-unes au niveau de l'autre main et des rotules. — Ces nodosités se produisent chez les rhumatisants, mais peuvent apparaître en dehors des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Elles forment une petite tumeur plus ou moins saillante, parfois du volume d'un haricot, sur laquelle la peau conserve sa mobilité, et qui est, au contraire, adhérente aux parties profondes, c'est-à-dire aux tendons, aux ligaments péri-articulaires, au périoste. La peau, à leur niveau, n'est ni rouge, ni douloureuse, ni œdématiée; les nodosités elles-mêmes ne sont douloureuses qu'à la pression. Elles apparaissent d'ordinaire brusquement, sans que le malade s'en aperçoive, pour disparaître au bout de quinze jours à un mois ou six semaines. Peut-être pourrait-on, par suite, critiquer la qualification d'*éphémères*; mais cette épithète, d'après l'usage, ne désigne pas seulement des productions qui ne durent qu'un jour, ainsi que le voudrait l'étymologie. Ces nodosités suivent en partie la marche des douleurs articulaires, elles sont sujettes à des retours plus ou moins fréquents; elles sont, à n'en pas douter, de nature rhumatismale. Leur siège anatomique au niveau des tissus fibreux pouvait faire prévoir leur structure fibro-celluleuse, vérifiée d'ailleurs par un examen histologique pratiqué par Hirschprung en Allemagne; leur début si rapide donne à penser qu'elles sont, en partie au moins, le résultat d'une exsudation. — Sous le nom de *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*, M. Féréol a décrit des lésions observées par lui chez trois malades arthritiques; ces nodosités étaient apparues en dehors de tout état aigu, elles étaient nettement *cutanées*, mobiles avec la peau du front, au niveau de laquelle elles siégeaient, et disparaissaient en vingt-quatre heures. M. Féréol a pensé qu'il s'agissait là d'un œdème rhumatismal localisé; d'après M. Troisier, ces nodosités ne sont pas les mêmes que celles dont il vient de retracer les caractères : ce sont deux lésions absolument différentes.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT.

Présentations d'ouvrages : MM. Laborde, de Sinéty, Duval. — Morphinisme et grossesse : M. Féret. — Lésion spontanée du pédoncule cérébelleux moyen ; roulement : M. Laborde. — Prédominance de la rotation vers la droite : M. Delaunay. — Action du cuivre : M. Burq.

M. *Laborde* présente les thèses, de M. Leblond sur l'*action physiologique et thérapeutique de la caféine* (thèse de doctorat, Paris, 1883), et de M. Simon sur l'*action comparée des alcaloïdes du quinquina*.

M. *de Sinéty* offre à la Société son *Traité de gynécologie*, et M. Mathias Duval une étude qu'il a faite, en collaboration avec M. Blum, sur *les altérations cutanées dans le cancroïde*.

M. *Féret*, ayant eu l'occasion d'étudier les effets d'une démorphinisation régulière chez une jeune femme pendant sa grossesse et après l'accouchement, conclut de son observation que l'abstinence de morphine détermine des coliques

utérines dont l'exagération aurait pu être une cause d'avortement d'abord, puis d'infection par suite de la rétention des lochies. L'enfant a subi aussi d'une façon très nette les conséquences de la suppression graduelle de la morphine : il présenta des mouvements brusques et une agitation continuelle avec cris durant environ soixante heures; pendant tout ce temps il ne dormit pas une minute, puis tout rentra dans l'ordre. Ce fait montre bien que l'enfant est influencé par la morphine, mais son heureuse issue doit encourager la cure de la morphinisation pendant la grossesse.

— M. *Laborde* montre un lapin qui présente une tendance à tourner sur lui-même, autour de son axe longitudinal, vers la droite (*roulement* à droite). Cette déséquilibration, survenue spontanément, doit être attribuée, d'après les résultats antérieurement fournis par les expériences directes, à une lésion circonscrite de la protubérance, intéressant sa partie postérieure au niveau du pédoncule cérébelleux moyen et siégeant du côté correspondant à celui vers lequel s'effectue la rotation.

M. *Laborde* reviendra sur ce fait et donnera d'autres détails relatifs à l'étude des troubles de sensibilité en apportant à la Société la pièce pathologique.

M. *G. Delaunay* étudie, à un autre point de vue, les conditions de la rotation spontanée chez les animaux et chez l'homme, cherchant à établir que c'est toujours vers la droite qu'on est instinctivement amené à tourner quand on appartient à la série supérieure de l'espèce humaine ou des différentes espèces animales : l'homme (à moins qu'il ne soit gaucher) tourne de préférence à droite, la femme et l'enfant à gauche; c'est seulement chez les sujets dégradés, peu intelligents ou non encore perfectionnés, comme certaines peuplades sauvages, que la rotation vers la gauche est habituelle dans le sexe masculin.

M. *Burq* expose devant la Société « les pièces du procès » qui lui est fait à propos de ses affirmations sur les heureux effets de l'intoxication cuprique en temps d'épidémie.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Inhalations d'acide carbonique dans la coqueluche : M. Campardon (Discussion).

M. *Martineau* fait hommage à la Société de ses leçons sur *les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie.*

— M. *C. Paul* donne lecture de son rapport sur les travaux de la Société pendant l'année scolaire 1882-83.

— M. *Campardon*, ayant eu communication du procédé de traitement de la coqueluche à sa période d'état, mis en œuvre par M. le docteur Petit (de Royat), et consistant à faire pénétrer pendant quelques instants les petits malades dans une grotte dont l'atmosphère, surtout dans ses couches inférieures, est fortement chargée d'acide carbonique, a été conduit à expérimenter les inhalations de gaz carbonique artificiel dans des cas analogues. Il fut consulté récemment pour une enfant âgée de dix ans, et atteinte de la coqueluche depuis près de cinq mois. Il n'y avait aucun accident aigu fébrile, mais les quintes restaient fréquentes et amenaient des vomissements répétés, entravant l'alimentation. Une potion contenant de la teinture de mirrhe fut prescrite, mais ne produisit pas d'amélioration sensible ; alors M. Campardon eut recours à des inhalations d'acide carbonique. Le gaz était produit dans un appareil à eau de Seltz et se dégageait lentement par un tube de caoutchouc au niveau des orifices respiratoires : la guérison fut complète après quelques séances. M. Campardon insiste sur la nécessité de n'employer pour les inhalations que du gaz carbonique chargé de vapeur d'eau.

M. *C. Paul* fait remarquer que l'acide carbonique est, depuis longtemps, employé comme analgésique dans plusieurs stations thermales. Il s'en sert également dans son service pour obtenir la sédation des douleurs vives qui accompagnent certaines affections des organes respiratoires, et en particulier la laryngite tuberculeuse. Au moyen d'un tube de dégagement adapté à un ballon de caoutchouc rempli d'acide carbonique, il fait arriver la douche gazeuse jusqu'au fond de la gorge et dans le larynx; les malades perçoivent très bien la saveur aigrelette de l'acide carbonique; ils éprouvent d'ailleurs rapidement un soulagement très marqué et voient quelquefois leurs douleurs disparaître entièrement. Il est probable que, dans la coqueluche, le gaz carbonique agit d'une façon analogue, en supprimant la sensibilité excessive de la muqueuse laryngienne et par suite en diminuant la fréquence des quintes.

M. *Moutard-Martin* accepterait volontiers cette interprétation des faits; il n'a d'ailleurs aucune expérience personnelle à cet égard, mais il a eu souvent recours, contre la coqueluche, à un moyen d'une grande efficacité et qui est, à son avis, trop peu employé : il s'agit des bains d'air comprimé. Ces bains donnent d'excellents résultats, même pendant la première période de la coqueluche; on devra cependant s'en abstenir si la maladie se complique de bronchite intense et de fièvre. Il a prescrit ces bains pour une petite fille de trois ans et demi, atteinte d'une coqueluche grave, sans bronchite, mais qui déterminait vingt-cinq à trente quintes de toux violente dans les vingt-quatre heures et rendait l'alimentation presque impossible, chaque quinte étant suivie de vomissements. Le premier bain fut pris au quinzième jour de la maladie, et fut immédiatement suivi d'une amélioration très marquée; l'enfant put manger, conserva quelques aliments, et n'eut plus que seize quintes dans la journée. Le traitement fut continué, et au bout de quelques jours les vomissements avaient disparu et les quintes ne se reproduisaient que six fois dans les vingt-quatre heures. La coqueluche dura néanmoins quatre à cinq mois : ce n'est donc pas la guérison de la maladie que l'on peut obtenir des bains d'air comprimé, mais la suppression des accidents les plus menaçants, puisqu'ils s'opposent à l'alimentation. Un des frères de la petite malade fut également atteint de coqueluche et chez lui aussi les bains d'air comprimé diminuèrent la fréquence et l'intensité des quintes et supprimèrent les vomissements. Le traitement ayant été interrompu, les vomissements reparurent, mais ils cessèrent de nouveau dès que l'on eut repris l'usage des bains.

M. *Dally* ayant tiré de grands avantages de l'emploi des trochisques fumants médicamenteux, préparés par M. Tanret, dans le traitement d'une bronchite à répétitions dont il souffrait depuis longtemps, a eu l'idée d'employer ce mode de traitement pour combattre la coqueluche dont fut atteint, quelque temps plus tard, son enfant, âgé de huit ans. Il fit brûler dans la chambre du petit malade une douzaine de cônes fumants renfermant du phénol et de la créosote, et les quintes, qui étaient fréquentes et accompagnées de vomissements, furent rapidement atténuées. L'enfant était guéri au bout de trois semaines. Il a observé des résultats analogues dans deux ou trois autres cas de coqueluche chez les enfants; la guérison fut obtenue dans quatre ou cinq semaines.

M. *Campardon* fait observer que l'emploi des trochisques dans la coqueluche n'est pas un procédé nouveau et remonte au moins à une trentaine d'années ; quant aux bains d'air comprimé, ils présentent l'inconvénient de coûter assez cher et, par suite, de n'être pas à la portée de tout le monde. Les

inhalations d'acide carbonique, au contraire, n'obligent qu'à une dépense insignifiante, ce qui permet d'en vulgariser l'emploi.

M. *Tanret* ne pense pas que l'on ait jamais, avant lui, incorporé l'acide phénique ou la créosote à des cônes fumants.

M. *C. Paul* est d'avis qu'il serait très utile de perfectionner les procédés de la thérapeutique *par inhalation*, surtout pour la médecine infantile. Ce procédé aurait le grand avantage de n'exiger aucun concours actif de la part de l'enfant, souvent indocile; le petit malade respirerait, *malgré lui*, les vapeurs médicamenteuses mélangées à l'atmosphère de la chambre où il est placé.

M. *N. Gueneau de Mussy* a employé autrefois, contre les affections des voies respiratoires, les cônes fumants médicamenteux et en particulier les trochisques au goudron. Il n'en a pas obtenu de résultats bien satisfaisants.

M. *Limousin* pense qu'il vaudrait mieux employer pour les inhalations d'acide carbonique le même dispositif d'appareil que pour les inhalations d'oxygène. On pourrait ainsi se rendre mieux compte de la quantité de gaz inhalée avec l'air, et de la vitesse du courant d'acide carbonique à travers le flacon laveur.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'au premier abord il semble y avoir une contradiction manifeste entre les bons résultats fournis par l'air comprimé, c'est-à-dire suroxygéné, et les effets, également satisfaisants, de l'acide carbonique mélangé à l'air et par suite abaissant la proportion d'oxygène que cet air renferme. Mais il faut bien se rendre compte que les deux méthodes possèdent un mode d'action tout différent. Les bains d'air comprimé agissent, comme l'oxygène, en supprimant le vomissement; l'acide carbonique agit comme analgésique, en supprimant le réflexe laryngé qui détermine les quintes. Quant aux trochisques, ils ont été employés autrefois, de même que le séjour dans l'atmosphère des usines à gaz et bien d'autres moyens, dont la variété même indique le peu d'efficacité. Il faut bien reconnaître qu'en dépit des divers traitements auxquels on a successivement recours, on rencontre, très fréquemment, des cas de coqueluche rebelles à toute thérapeutique.

A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Le chauffage de la chancrelle et sa sphère d'action, par le docteur Diday.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'un travail personnel, mais seulement d'un examen du travail récemment lu à l'Académie de médecine par M. Aubert, nous croyons devoir en donner l'analyse, parce qu'il importe fort à la science comme à la pratique que la question soulevée par le chirurgien de l'Antiquaille soit définitivement résolue. M. Diday trouve qu'on « s'échauffe trop sur le chauffage »; il ne veut pas s'associer, par exemple, « aux hautes visées » de la *Gazette hebdomadaire*, qui a écrit ceci : « Voilà l'explication de la dualité chancreuse : le chancre simple n'est qu'un chancre primitivement virulent, mais arrêté dans son évolution par une trop haute température de la partie malade. » En réalité, la *Gazette* est absolument innocente de l'opinion qu'on lui attribue; elle l'a prêtée à M. Aubert, comme lui paraissant être la conséquence théorique de ses expériences, non seulement sans y adhérer, mais, au contraire, après d'expresses réserves; de plus, dans un des numéros suivants (24 août), elle a déclaré, en se rectifiant, que la véritable théorie du chirurgien de Lyon consistait à admettre, non l'existence d'un seul microbe pour les deux chancres, pouvant vivre ou devant mourir selon le degré de température de la peau, mais bien l'existence de deux microbes distincts, dont l'un, celui de la chancrelle, serait plus sensible que l'autre à l'action de la chaleur. Cette seconde *visée*, aussi *haute* que la première, et que nous ne défendions ni ne repoussions, est de M. Aubert lui-même, qui a bien voulu nous en faire part dans une lettre à M. Dechambre.

M. Diday entre donc inconsciemment dans les vues de la *Gazette hebdomadaire* quand il soumet à sa critique si compétente le mémoire de M. Aubert. Les objections qu'il lui adresse sont surtout spéculatives; mais ce genre d'argument est en partie acceptable dans une question qui est en partie d'interprétation. Après avoir contesté l'application des résultats du chauffage du pus chancrelleux séjournant à la surface d'une plaie ou introduit dans des tubes à ce qui se passe au foyer même de la sécrétion, il demande : 1° si le fait du siège presque exclusif du bubon chancrelleux dans les ganglions superficiels, attribué par M. Aubert à la faible température de ces ganglions, ne dépendrait pas de ce que « les conditions requises pour la pénétration du pus chancrelleux ne sont pas les mêmes dans ce qui passe d'un foyer ganglionnaire à un autre ganglion que dans ce qui passe d'un ulcère tégumentaire à un ganglion » ; 2° si, dans la guérison rapide de la chancrelle du col utérin, la chaleur élevée de la partie n'agirait pas comme *émollient*; 3° si la limitation de la chancrelle anale à la partie inférieure de l'orifice ne viendrait pas de ce qu'elle trouve là les plis rayonnés et le sphincter.

A propos du bubon, M. Aubert avait écrit : « Ou bien le sujet aura été atteint d'une fièvre suffisante, ou bien cet élément aura fait défaut. Dans le premier cas, tout bubon sera simple; dans le second, tout bubon sera chancreux. » M. Diday fait remarquer que, suivant MM. Ricord et Fournier, le bubon chancrelleux et le bubon inflammatoire se trouvent d'ordinaire réunis et associés. Le second est inoculable et le premier ne l'est pas, malgré une égalité probable de température et une influence égale de la fièvre.

Nous ne nous constituons pas les défenseurs de ces arguments ; nous les donnons seulement comme base de recherches ultérieures. M. Diday entre d'ailleurs, à cet égard, dans des détails qu'il serait trop long de reproduire, et dont M. Aubert verra le profit qu'il peut tirer. (*Lyon médical*, 1883, n° 37.)

Action des liquides du tube digestif sur les composés antimoniaux, par M. L. Garnier.

L'auteur a abandonné à l'étuve à 40 degrés, pendant douze heures, en agitant de temps en temps, des poids égaux de dérivés ammoniacaux avec des volumes égaux de solutions diverses titrées, représentant les liqueurs qui se trouvent normalement dans l'estomac et l'intestin (solutions d'acide chlorhydrique et d'acide tartrique, ce dernier pouvant *montrer jusqu'à un certain point* l'action des acides lactique et butyrique). On a étudié alors l'action de l'hydrogène sulfuré sur les liqueurs, et noté soit le degré de coloration obtenu, soit la quantité de sulfure d'antimoine produite. Et l'auteur conclut que « l'acide chlorhydrique du suc gastrique et les sels neutres (chlorures) de toutes les sécrétions intestinales n'ont qu'une très faible action sur les divers dérivés de l'antimoine. Les acides organiques, au contraire, et les alcalis les dissolvent en quantité assez forte, et c'est sur ces composés qu'il faut le plus compter dans une médication antimoniale.

En tenant compte de l'action dissolvante simultanée des

liquides mis en expérience, on peut classer les dérivés antimoniaux par ordre d'activité décroissante de la manière suivante : kermès, sulfure antimonieux pur, oxyde antimonieux, sulfure natif, pentasulfure pur, soufre doré, antimoine porphyrisé. (*Journal de pharmacie et de chimie*, août 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique du massage, par le docteur G. NORSTROM, in-8° de 340 pages. — A. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1884.

Die massage und ihre verwerthung in den verschiedenen disciplinen der praktischen medicin, von docteur Albert REIBMAYR. In-8°, 114 pages. — Wien, 1883. Tœplitz u. Deutike.

Praktische anleitung zur behandlung durch massage und methodische muskelübung, von docteur Josef SCHREIBER. — Wien und Leipzig. Urban u. Schwarzenberg, 1883.

Le massage a été introduit dans la pratique médicale ou chirurgicale par des médecins français, mais il est resté jusque dans ces dernières années un moyen thérapeutique livré le plus souvent à des praticiens non diplômés, et dont les applications n'étaient régulièrement dirigées que par quelques médecins de stations balnéaires ou certains spécialistes.

Il n'en a pas été de même dans d'autres pays. C'est à Amsterdam que s'est formée une véritable école pratique de massage autour d'un spécialiste célèbre, Mezger, dont les élèves ont transmis les pratiques en Autriche, en Allemagne, et plus particulièrement en Suède, où l'influence de Ling avait depuis longtemps mis en faveur l'application raisonnée du massage à la gymnastique et à la thérapeutique.

Actuellement, des publications nombreuses faites en Hollande, en Suède, en Allemagne et surtout en Autriche, enfin en France, nous montrent que le massage est devenu une méthode thérapeutique, qui mérite d'être enseignée dogmatiquement, et dont les résultats peuvent être exposés et contrôlés avec tout autant de rigueur qu'on en exige des observations cliniques. Les trois livres que je signale peuvent être considérés comme représentant les progrès accomplis dans ces dernières années par le « massage » pratiqué par des médecins qui en ont fait une étude sérieuse. La monographie du docteur Albert Reibmayr est un exposé correctement ordonné de l'emploi du massage : sa technique, ses effets physiologiques, ses applications à la médecine, à la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique, l'oculistique sont traités en des chapitres séparés que précède une bibliographie complète. Le livre du docteur J. Schreiber présente des développements intéressants, au point de vue pratique. Après un exposé historique, d'ailleurs très complet, des effets physiologiques du massage, il définit avec l'aide de figures bien exécutées les principales règles de la pratique du massage, c'est-à-dire, pour mieux exprimer sa pensée, de la « méchanothérapie » ; l'auteur traite ce sujet en homme d'expérience et de pratique, il connaît l'histoire et la physiologie du massage, et au point de vue de la pratique il peut citer maintes observations personnelles ou puisées à bonne source ; du reste il élargit notablement les indications des manœuvres en y ajoutant des préceptes sur les attitudes, les mouvements et la gymnastique combinés avec le massage. Le traité du docteur Norström est en ce moment le livre le plus pratique et le plus complet sur ce sujet qui ait été publié en France; les chapitres consacrés à l'historique, au manuel opératoire, à l'action physiologique du massage sont suffisamment développés, mais c'est dans les divers paragraphes consacrés aux applications cliniques dans les maladies des os, des articulations, des muscles et du système nerveux, qu'on trouve des préceptes pratiques et des observations instructives.

Dans ces diverses publications les médecins pourront donc trouver des indications fort utiles, mais je serais très heureux de leur faire accepter, sinon sous ma responsabilité, au moins d'après mon expérience clinique, certaines conclusions, qui résument nos connaissances scientifiques sur les effets du massage.

Il n'y a pas longtemps qu'on a trouvé les moyens expérimentaux démonstratifs de l'action physiologique du massage, et, lorsque Mosengeil voulut en faire l'étude, « il s'arrêta un moment, effrayé en face de ces problèmes complexes et irrésolus », dit M. Norström; fort heureusement il sut trouver le procédé de démonstration, c'est-à-dire qu'il fit des injections d'encre de Chine dans les articulations de lapins, pratiqua le massage et constata directement l'influence du massage sur la résorption de l'infiltration artificiellement produite. Ces remarques du docteur Norström présentent de l'intérêt comme toute expérience rapportée et notée avec soin, mais elles ne mettent en lumière qu'un point restreint de l'étude physiologique du massage; je préfère la classification de Reibmayr, en effets mécaniques, thermiques, électriques, parce qu'elle répond à des phénomènes réels et faciles à constater. Il est évident que la manipulation effectuée agit non seulement mécaniquement par la compression, c'est-à-dire favorise la résorption des liquides épanchés et leur diffusion dans les tissus et surtout dans le tissu cellulaire et le tissu conjonctif; il suffit de faire un massage systématique du cou-de-pied dans un cas d'entorse, pour faire apparaître en moins d'une heure une ecchymose sous-cutanée, qui dès la seconde séance prend les couleurs des extravasations sanguines, en voie de résorption, c'est-à-dire variant du bleu au violet, au jaune et à l'orangé.

En somme, le massage compressif agit d'abord comme moyen de diffusion et de résorption : qu'il y ait mouvements passifs, frictions ou pétrissage, l'effet mécanique a pour résultat la résorption de l'épanchement traumatique ou des humeurs accumulées dans certains tissus. Ce mode d'action est principalement marqué dans le massage par friction et par pétrissage ; les effets thermiques sont dus à la contraction musculaire et aux frictions, celles-ci agissant directement ou par une excitation vaso-motrice de la surface cutanée.

L'action électrique est indéniable; le frottement de la peau produit dans l'état électro-tonique des téguments des changements dont l'importance peut être appréciée très diversement, mais qui ne saurait être négligée dans l'étude scientifique du massage.

Mais, à côté de ces effets mécaniques et physiques, dans lesquels sont comprises l'influence des mouvements, c'est-à-dire de la compression, l'extension des ligaments, aussi bien que l'activité donnée à la contraction musculaire et par conséquent à la nutrition des tissus contractiles, il faut faire une large place à l'action du massage sur le système nerveux.

MM. Schreiber et Reibmayr paraissent avoir mieux compris cette influence du massage que M. Norström, et je regrette cette lacune, d'autant plus que l'importance de l'étude des réflexe musculaires ou tendineux a été en France l'objet d'études sur lesquelles il est inutile d'insister; d'ailleurs l'action du *tapotement, du choc* a été l'objet de recherches physiologiques bien connues de nos lecteurs. Bien avant Goltz, que les Allemands nous citent trop souvent, M. Brown-Séquard a montré l'influence des excitations mécaniques sur les nerfs périphériques.

En résumé, l'action physiologique du massage est connue et démontrée, elle nous présente des lacunes qu'il serait facile de remplir par des recherches expérimentales; mais

cette étude, telle qu'elle a été faite dans ces dernières années, a donné des résultats qui suffisent à démontrer que le massage a conquis dans l'estime des praticiens la place que ce moyen thérapeutique mérite. La technique du massage est simplifiée, car il n'y a plus que quatre procédés pratiquement utilisables : l'effleurage, la friction, le pétrissage et le tapotement. Chacun d'eux mériterait d'être étudié au point de vue physiologique, parce que leur action est diverse ; l'effleurage agit sur les nerfs périphériques, la friction sur les nerfs et sur les vaisseaux cutanés, le pétrissage favorise la nutrition et amène des contractions directes ou réflexes dont l'étude n'est pas moins utile au point de vue de la séméiologie qu'à celui de la thérapeutique.

Je ne puis insister sur cette étude de l'action physiologique, bien qu'elle mérite d'être poursuivie plus particulièrement à propos de l'action des organes composés de muscles lisses, tels que l'utérus, le système vasculaire, ou plus complexes dans leur structure et leur fonction, tels que l'œil, et plus particulièrement le larynx ; je n'ai pas l'intention pour le moment d'accumuler des preuves cliniques en faveur de ce moyen thérapeutique, et il me suffit de signaler à mes confrères des travaux qui prouvent que le massage n'est pas seulement une pratique qui peut se transmettre « de main en main », mais peut être définie, étudiée, et même, si l'on excuse le terme, « méthodisée ». J'aurai peut-être prochainement l'occasion d'exposer les résultats de ma pratique personnelle, à propos des résultats que j'ai constamment obtenus dans le massage des entorses, mais aujourd'hui je ne saurais terminer cette bibliographie sans exprimer sous la forme la plus abrégée les conclusions cliniques que les observations des auteurs cités en tête de cet article, et celles de ma pratique personnelle, me permettent de recommander à mes confrères.

Le massage est un moyen d'excitation mécanique, convenant surtout aux muscles atrophiés à la suite des fractures et des luxations ; il est utile dans les atrophies musculaires ; combiné à des mouvements réguliers, il est employé avec les plus grands avantages dans les déviations rachidiennes ; il est le moyen le plus rapide et le plus efficace du traitement de l'entorse ; enfin son application est utile toutes les fois qu'il faut exciter la nutrition de la peau, des muscles et des articulations. Je n'insiste pas sur les applications du massage à l'obstétrique et à la gynécologie, parce que j'ai, à cet égard, je l'avoue, des préventions très sévères ; je crois que toutes ces manœuvres de masseurs ou même de masseuses, surtout quand elles sont pratiquées chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, offrent des inconvénients qui ne sont pas compensés par les résultats de la « mécanothérapie ».

A. Hénocque.

Index bibliographique.

Rapport sur les mesures sanitaires applicables a Lyon en prévision du choléra, par le professeur Rollet, membre du Conseil d'hygiène du département du Rhône.

Nous mentionnions dans un de nos derniers numéros (n° 39, p. 651) l'instruction sanitaire rédigée par M. Lebovicz pour la ville de Salonique. Pour une grande cité comme Lyon une instruction de ce genre est nécessairement plus compliquée. Aussi, tandis que la première n'avait trait qu'à la prophylaxie générale du choléra, celle-ci rencontre un grand nombre de questions particulières au lieu même qu'on veut préserver. Et l'auteur s'y arrête avec grande attention, ne se fiant pas trop à cette présomption d'immunité qu'aurait pu faire naître son passé de 1832 et de 1834, et qu'a déjà démentie d'ailleurs, dans une certaine mesure ; l'épidémie de 1854. Il y a, par exemple, à Lyon, la question des eaux, aussi bien des eaux potables que des eaux de lavage, insuffisantes l'une et l'autre. En 1874, époque où sévit une grave épidémie de fièvre typhoïde, on ne pouvait déjà laver convenablement les 80 000 mètres d'égouts qui traversent la ville ; on le peut moins encore aujourd'hui que le réseau s'est encore étendu. On ne devrait pas avoir soif sur les bords du Rhône et de la Saône ; mais leur eau, pour devenir réellement potable, a besoin de subir la filtration des galeries de Saint-Pierre, et c'est cette eau purifiée qui n'est pas en assez grande abondance. Il y a, à Lyon encore, comme à Paris, la question des usines où l'on transforme les matières de vidanges, et qui envoient des odeurs infectes sur certains quartiers de la ville. L'auteur passe ainsi en revue les desiderata du service sanitaire local ; après quoi il insiste sur certaines mesures communes qui s'imposent en tout pays à l'approche et pendant le règne d'une épidémie : l'isolement des malades, leur transport dans les hôpitaux (l'auteur conseille la voie fluviale), la désinfection des matières, des logements, etc.

Tout ce rapport est dicté par un grand sens pratique, que fait mieux ressortir encore la clarté de la rédaction.

Des moyens les plus propres a prévenir les maladies aiguës des voies respiratoires chez les enfants, par le docteur A. Zinnis, professeur à l'Université d'Athènes. — Brochure in-8. Athènes, 1883, imprimerie Philadelphieu.

La mortalité infantile par affections aiguës des voies respiratoires est considérable à Athènes et porte principalement sur les enfants qui n'ont pas encore dépassé la première année. Les décès se partagent ainsi, suivant les saisons : en hiver, 197 ; dans le printemps, 382 ; dans l'été, 286 ; dans l'automne, 219. Et sur 1384 enfants de zéro à cinq ans, morts dans la période de 1869 à 1878, 935 avaient moins d'un an. L'influence si remarquable du printemps doit être attribuée aux brusques changements de température qui marquent à Athènes cette période de l'année.

Or la brochure de M. Zinnis, que sa position de médecin des Enfants trouvés met à même de constater de près ces tristes résultats, a pour objet d'indiquer aux mères les précautions à prendre pour mettre autant que possible les enfants à l'abri du danger. Nous ne les exposerons pas en détail ; on les devine pour la plupart. Indiquons une donnée statistique bien propre à montrer l'heureuse influence d'une des précautions indiquées et qui consiste dans l'usage de la chemise de laine chez les enfants trouvés. Pendant la période décennale 1869 à 1878, où l'on se servait des chemises ordinaires de coton, sur 2581 enfants, 217 âgés de zéro à un an sont morts de maladies aiguës des organes respiratoires, soit presque 8 1/2 pour 100. De 1879 à 1882, lorsqu'on fit usage de la flanelle, sur 1712 enfants, il n'est mort, au même âge, que 72, soit 4 pour 100, c'est-à-dire plus de 50 pour 100 de moins. La mortalité pour les quatre dernières années se décompose ainsi : Année 1879 : sur 487 enfants, 18 morts, soit plus de 3 1/2 pour 100. Année 1880 : sur 547 enfants, 25 morts, soit plus de 4 1/2 pour 100. Année 1881 : sur 584 enfants, 12 morts, soit 2 pour 100. Année 1882 : sur 642 enfants, 17 morts, soit presque 3 pour 100. Par conséquent la mortalité moyenne des quatre années a été de 3 1/4 pour 100. On remarque la grande mortalité proportionnelle de 1880 ; l'auteur l'attribue aux froids exceptionnellement rigoureux de cette année.

VARIÉTÉS

Académie de médecine. — Un décret vient d'attribuer à l'Académie, pour y élever des constructions à son usage, le terrain en bordure des rues *de l'Observatoire*, *des Chartreux* et *Michelet*, qui avait été concédé par décret du 20 septembre 1883, à titre provisoire, au ministère de l'instruction publique, pour l'installation de l'Institut de chimie de la Faculté des sciences de Paris. L'Académie de médecine entrera en jouissance dudit emplacement dès qu'il sera possible de transférer le service de chimie sur les terrains de la Sorbonne.

Nous croyons pouvoir dire que le ministre de l'instruction publique a exprimé à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie l'intention formelle de demander, en temps utile, aux Chambres, le crédit nécessaire pour les constructions.

M. ROCHARD. — Malgré quelques bruits contraires, la guérison de M. Rochard a toujours marché et marche d'une façon régulière. Il y a déjà quelque temps que notre éminent confrère prend un peu d'exercice.

Les journaux politiques annoncent que l'assassin en voulait à M. Lockroy, député, et que c'est après avoir cherché vainement ce dernier qu'il a tiré sur M. Rochard, pour obéir à une voix lui criant : « Tue un homme. »

CHOLÉRA. — On télégraphie : L'épidémie a éprouvé une légère recrudescence à Alexandrie. Il y avait eu le 27 octobre 12 décès, et 7 le 29. Le sultan a ordonné d'appliquer les mesures sanitaires prises au commencement de la dernière épidémie concernant les provenances d'Egypte.

Des cas de choléra ont éclaté à la Mecque parmi les pèlerins venant de Mouna (Nubie). Les provenances de la côte arabique seront soumises à une quarantaine de vingt jours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Baudry, agrégé, est chargé du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Folet, appelé à d'autres fonctions. — M. Dubar, agrégé, est chargé du cours de médecine opératoire, en remplacement de M. Paquet, appelé à d'autres fonctions. — M. Gaulard, agrégé, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences d'accouchement. — M. Doumer, agrégé, est nommé maître de conférences de physique. — M. Morelle, licencié ès sciences physiques, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux de physique.

NÉCROLOGIE : PACINI. — Philippe Pacini, le célèbre anatomiste italien, est mort à Florence le 9 juillet. C'est lui qui, à l'âge de vingt-trois ans, a découvert « une forme particulière de corpuscules globuleux du corps humain », les corpuscules de Pacini. (*Union médicale.*)

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Cuvillier, de Beaumetz-les-Cambrai (Pas-de-Calais); — de M. le docteur Follet, de Poix (Somme); — de M. le docteur Michaud, décédé à Meximieux, à l'âge de soixante-dix ans; — de M. le docteur Gerin, de Rives (Isère).

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — L'Ecole d'anthropologie ouvrira le samedi, 3 novembre 1883, à 3 heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant : — M. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, les lundis à quatre heures, à partir du 5 novembre. — M. Topinard : Anthropologie générale, les mardis et samedis à trois heures, à partir du samedi 3 novembre. — M. Mathias Duval : Anthropologie zoologique, les vendredis à cinq heures, à partir du 9 novembre. — M. Dally : Ethnologie, les mercredis à quatre heures, à partir du 7 novembre. — M. Bordier : Géographie médicale, les samedis à cinq heures, à partir du 10 novembre.

MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES. — M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, a commencé un cours élémentaire et complet d'ophtalmologie le lundi 29 octobre, à deux heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été nommés :

Au grade de médecin en chef : M. Auffret (Charles-Jacques-Emile), médecin professeur.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Duval, Reynaud, Hénaff, Baril, Ludger, Galibert, Reynaud, Auvray, Gallay, Peyron, Duplouy, Neïs, Alix, Curet, La Blanchetière, Chevalier, Canolle, Lidin, Boutin, D'Hubert, Pfihl, Barrême, Philip, Reynaud, Dupouy, Sauvaget, Cauvet, Alix, Coppini, Rialan, Duliscouët, Guérard de la Quesnerie, de Lessard, Petit, Guézennec, Giraud.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les aides-médecins : Bellot, Fras, David, Torel, Legrand, Esclangon, Barrau, Gauthier, Phélipou, Le Dantec, Gorron, Piton, Lassabatie, Plonzané, Guirriec, Planté, Bosse, Rohert, Daliot, de Biran, Papin, Ourse, Chataing, Olfret, Durand, Rançon, Durbec, Bellamy, Etournaud, d'Estienne, Crambes, Gauran, Augier, Salaun, Guérin, Pons, Moalic, Flandrin, Bourit, Lorion, Dumesnil, Colle, de Bonadona, Marçon, Puech, Castellan, Alliot, Omnès, Bertrand, Pindray.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Chastang, Rousselot, Bénaud, Salaün, Facieu, Santelli, Desmoulins, Noury, Rous, Guilloteau, Flaud, Millet, Rouffet, Morin, Leguay, Delrieu, Gaborit, Vergoz, de Boyer de Camprieu, Calmette, Signé, Duchesne, Ripoteau, Merveilleux, Houdet, Depied, Rolland, Ilbert, Borius, Gaillard, Piffard, Piron, Barthélemy, Camus, Fougère, Hess, Gouzien, Renaud, Coste, Lelièvre, Sallebert, Reboul, Guillet, Desmontils, David, Morin, Kermarec, Berriat, Baisnée.

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe : Pascalet, Bourdon.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Broussemiche, Poirou.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants : Pichaud, Mège, Combemale, Rouzières.

MORTALITÉ A PARIS (43e semaine, du vendredi 19 au jeudi 25 octobre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 942, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 5. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 41; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 65; de l'appareil respiratoire, 82; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 43e semaine. — 942 décès seulement ont été notifiés au service de la statistique municipale pendant la semaine dernière. La fièvre typhoïde (45 décès au lieu de 41); la variole (5 décès au lieu de 3); la rougeole (4 décès en chacune des deux semaines); la scarlatine n'a pas causé un seul décès pendant la semaine actuelle; la diphthérie (31 décès au lieu de 35).

Parmi les maladies saisonnières, la bronchite (31 décès au lieu de 18) et la pneumonie (58 décès au lieu de 49); l'athrepsie des jeunes enfants (82 décès au lieu de 89 et de 117 pendant la semaine précédente).

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde, par M. le docteur A. Giscaro. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Nouvelles leçons sur le strabisme faites à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur Panas. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude, par M. le docteur Leirez. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

La pilocarpine. Étude physiologique et thérapeutique, par M. le docteur H. Lavrand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Emploi des verres correcteurs en ophthalmologie, par M. le docteur Bagneris. In-8 avec 10 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De la pérityphlite primitive, par M. le docteur Louis Daniel. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats, par M. le docteur Sauvage. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 8 novembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : PATHOGÉNIE DES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS; ÉTIOLOGIE DU TYPHUS FEVER. — PHYSIOLOGIE DE LA LOCOMOTION : ÉTUDE DE MÉCANIQUE ANIMALE A PROPOS DE LA COURSE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN : AUTO-INFECTION.

Académie de médecine : Pathogénie des accouchements prématurés; étiologie du typhus fever.

L'Académie a, dans sa dernière séance, assisté, sans y prendre garde assez, il est vrai, à l'un des nombreux épisodes de la lutte actuellement engagée à propos de la pathogénie des affections contagieuses; et il s'est présenté, dans la circonstance, cette intéressante particularité que les auteurs des deux communications se sont trouvés défendre des doctrines entièrement opposées. Pour M. Hervieux, en effet, la cause des accouchements prématurés qu'il a constatés à la Maternité de Paris serait inhérente au milieu hospitalier, tandis que M. Bouchardat est venu affirmer de nouveau, et cette fois en faveur du typhus fever, que le parasite ne vient pas du dehors, mais prend naissance dans l'individu par la transformation des éléments figurés élémentaires entrant dans la constitution des liquides ou des solides de l'organisme.

Nous avons déjà examiné, à propos d'une précédente communication de M. Bouchardat sur la genèse des parasites de la tuberculose (p. 589), la réelle valeur des idées du savant professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris; il n'est pas douteux que, dans la maladie dont il a fait l'objet de ses nouvelles observations cliniques et philosophiques, les principaux facteurs de la misère physiologique n'entrent en ligne de compte, et nous ne faisons nulle difficulté de reconnaître que l'encombrement, comme la transformation des milieux organiques en liquides de culture, permettent d'accorder une certaine créance à son opinion. L'homme peut assurément se former en lui-même, sous certaines conditions, un milieu propre à l'éclosion de la maladie; mais faut-il donc se refuser à admettre que le terrain préparé par la misère physiologique puisse permettre, comme le faisait observer M. Daremberg pour la tuberculose (p. 655), l'évolution des microbes puisés à l'extérieur? Faut-il donc être nécessairement un « affamé » pour contracter la maladie? Il serait trop facile, pensons-nous, de donner à la déchéance

FEUILLETON

Lettres médicales.

Projet d'une nouvelle Faculté de médecine et d'une Université provinciale. — Le temple d'Épidaure. Inscriptions. — Royat : Thermes romains. — Curiosité de Velpeau : la décapitation.

Cher confrère, on se prépare sur la rive phocéenne à chanter une nouvelle *Marseillaise*... Vous n'en connaissez peut-être qu'une : la *Marseillaise* guerrière de Rouget de l'Isle; j'en connais une seconde, la *Marseillaise de la paix*, du professeur Piorry, qui était aussi fort en poésie qu'en peinture; ce dont on peut juger par son propre portrait, envoyé par sa famille à l'Académie de médecine, et qui est certainement de sa main. La troisième, qui serait une *Marseillaise médicale* ou plutôt *scientifique*, si elle est composée, aura pour sujet de grands événements accomplis au chef-lieu du département des Bouches-du-Rhône.

Vous n'ignorez pas que Marseille possède une Ecole de médecine de plein exercice; c'est, relativement aux autres Écoles préparatoires, une supériorité qu'elle partage avec Nantes. Elle demande maintenant à devenir l'égale de Lyon, Bordeaux et Lille, et à substituer à son Ecole une Faculté de médecine et de pharmacie. *Item*, elle projette de devenir le siège d'une Université. Avec le premier de ces trois avantages, son Ecole a gagné un certain nombre de chaires, et les études médicales, les inscriptions prises, y ont la même valeur que dans une Faculté; avec le deuxième, son corps enseignant conférerait les grades; avec le troisième, quelle situation ambitionne-t-elle? Voilà ce que je vous demande la permission de vous exposer en peu de mots, avec un brin d'historique, si vous le permettez.

En France, autrefois, l'enseignement public était dévolu à un certain nombre d'Universités (vingt-cinq environ), dont

vitale de l'organisme une importance aussi grande, et d'expliquer par elle seule toutes les affections contagieuses, même celles dont le parasitisme n'est plus douteux? La doctrine microbienne, comme on l'appelle, n'est pas aussi exclusive; si elle recherche et démontre la cause extérieure et constamment identique du processus morbide, elle sait accorder au défaut de résistance organique la part qui lui appartient dans la genèse et l'évolution de la maladie, tout en ne se refusant pas à emprunter aux découvertes sur l'atténuation des virus leurs conséquences les plus légitimes.

La misère physiologique est la cause déterminante de la genèse des affections contagieuses et même de leurs parasites, déclare M. Bouchardat, et voici que, quelques instants auparavant, M. Hervieux montrait que les proportions des accouchements prématurés avaient été relativement très faibles à la Maternité de Paris pendant les années si désastreuses de 1870 et 1871. Observation capitale, à notre sens, d'autant que le caractère épidémique de ces manifestations puerpérales ne saurait plus faire de doute, après le très remarquable mémoire de M. Hervieux qui est analysé plus loin. La concordance si parfaite entre le nombre des accouchements avant terme et l'état sanitaire de la Maternité, de même que la diminution si constante de la mortalité générale dans cet établissement depuis que l'usage des moyens de défense contre les germes extérieurs a pu être généralisé, sont autant de preuves que la pathogénie des affections contagieuses doit compter avec cette doctrine pastorienne dont M. Bouchardat n'a pas craint de dire « qu'aucune indication utile n'en ressortait pour l'hygiène». Eh quoi! n'est-ce donc rien que de prémunir l'individu contre les dangers extérieurs en assainissant le milieu qui l'entoure et de barrer aux parasites les voies d'introduction dans l'organisme, soit en donnant à celui-ci une force suffisante de résistance, soit en revêtant les voies d'introduction d'armes défensives appropriées? La communication de M. Hervieux ouvre un large champ aux expériences physiologiques et nous voulons espérer que l'on ne tardera pas à résoudre les deux inconnues qu'elle laisse encore subsister : la voie respiratoire est-elle utilisée par le poison puerpéral? certaines des bactéries introduites de près l'utérus gravide peuvent-elles amener la décomposition de l'œuf et de ses membranes? Nous présumons que nous aurons quelque jour à revenir plus amplement sur ces diverses considérations. Il n'en faut pas moins reconnaître dès aujourd'hui, avec M. Hervieux, que les Maternités sont des milieux dont il convient d'éloigner les femmes enceintes en temps d'épidémie et qu'en tout temps il n'y faut admettre que les femmes très rapprochées du temps de l'accouchement. Ces conclusions ne sont-elles pas la contre-partie de la thèse maintenue, au nom de l'observation clinique seule, par M. Bouchardat; en éclairant ses investigations cliniques à la lumière des découvertes scientifiques récentes, M. Hervieux n'a-t-il pas montré que la médecine préventive, dont l'aurore commence à peine, avait tout à gagner à cesser de s'inspirer d'un pareil exclusivisme?

Physiologie de la locomotion. — Étude de mécanique animale à propos de la course.

Nous avons indiqué précédemment que la course peut s'effectuer suivant deux modes différents, et nous avons dit que, malgré les observations qui ont été présentées à ce sujet à l'Académie de médecine, ces deux procédés sont théoriquement admissibles, et que, dès lors, c'est à l'observation, à l'expérience seules de décider quelles sont les conditions effectives dans lesquelles se produit la course, si cette allure se produit toujours de même ou si elle varie suivant les circonstances ou suivant l'habitude du coureur.

Les phénomènes de la marche, et à plus forte raison ceux de la course, sont très difficiles à étudier directement; ils sont nombreux, durent peu de temps et se succèdent rapidement. Il nous paraît bien difficile de parvenir à se rendre compte de tout, à ne rien négliger, soit lorsque l'on cherche à analyser les mouvements que l'on exécute, soit lorsque l'on examine les mouvements d'un coureur. Nous croyons que l'on ne peut arriver à quelques résultats précis que par des méthodes fournissant des données indépendantes de l'observateur et qu'il soit possible ensuite de comparer, d'étudier et de discuter à loisir; comme dans un très grand nombre de cas, les résultats seront d'autant plus satisfaisants, pensons-nous, que l'observateur utilisera plutôt son intelligence que ses sens.

L'étude d'un mouvement quelconque, l'étude de la course par exemple, peut être faite à deux points de vue distincts, soit que l'on se borne à rechercher la *loi* du mouvement, c'est-à-dire que l'on détermine la forme de la trajectoire de chaque point et, pour chacun d'eux, la relation qui existe entre l'espace parcouru et le temps; soit que l'on cherche à préciser la grandeur et même la direction des forces qui entrent en jeu à chaque instant. Au fond, il n'y a

---

la plus importante, comme la plus agitée, était naturellement l'Université de Paris. Celle-ci, depuis les réformes de Henri IV, se composait de quatre Facultés : une de médecine, une des arts, une de décret (droit) et une de théologie. La Faculté des arts, qui comprenait les lettres et les sciences, embrassait les collèges des Quatre-Nations, de France, de Picardie, de Normandie et d'Allemagne (antérieurement, d'Angleterre). La division des matières de l'enseignement était à peu près la même dans toutes les Universités. Quelquefois seulement le droit canon était séparé de la théologie. Les Universités, bien abattues déjà et bien chancelantes sous la main de Richelieu et sous celle de Louis XIV, furent tuées par la Révolution, et, quand Napoléon dota l'enseignement public d'une nouvelle organisation, il lui imprima le caractère d'autorité et de concentration qui marque toutes ses œuvres. Henri IV n'avait pu que faire une part au pouvoir souverain dans les Universités existantes; Napoléon, trouvant table rase, ne voulut que d'un seul centre universitaire, siégeant à Paris, placé sous l'autorité d'un *grand-maître*, autant dire de sa propre personne, et auquel aboutissaient toutes les fibres et tous les mouvements de l'organisme du corps enseignant. Les Universités provinciales furent remplacées par des Académies ayant à leur tête des recteurs, et visitées par des inspecteurs, les uns et les autres subordonnés au pouvoir central, et, depuis cette époque, Université en français n'a plus de pluriel. Néanmoins, sous ses rapports essentiels, l'institution napoléonienne est restée debout; l'indépendance relative des corps enseignants vient moins des changements introduits dans leurs attributions et leur fonctionnement, que de la protection qu'ils trouvent dans la composition du conseil supérieur et des conseils académiques, mais surtout de l'organisation et des mœurs politiques du pays. Donc les Académies (réduites aujourd'hui au nombre de dix-sept) subsistent, et il me fallait en venir là pour vous bien expliquer ce que demande la ville de Marseille.

qu'un seul problème, et la connaissance *complète* des éléments de l'un permet de déterminer *complètement* les éléments de l'autre : il serait donc très avantageux de traiter la question à la fois par les deux procédés, afin de s'assurer que les deux méthodes fournissent des résultats concordants.

Est-il possible d'arriver à la réalisation de ces deux méthodes? C'est la question que s'est posée M. Marey et qu'il a cherché à résoudre ; la solution est complète pour l'un des cas, elle ne l'est pas pour l'autre ; comme nous allons le dire, elle n'est réalisée que partiellement.

Pour l'étude des mouvements en général (et non pas seulement pour l'étude de la course) M. Marey a utilisé les propriétés des plaques sensibles au gélatino-bromure d'argent qui présentent une sensibilité excessive et telle, qu'il suffit d'une impression durant 1/3000e de seconde pour donner une image photographique appréciable, que l'on développe et que l'on fixe par les procédés ordinaires.

Il importe de remarquer, d'autre part, que, si l'objectif d'une chambre noire est braqué sur un corps absolument noir, c'est-à-dire n'émettant, ne réfléchissant ni ne diffusant absolument aucune lumière, la plaque sensible placée dans la chambre noire ne subira aucune modification et continuera à rester apte à être ultérieurement impressionnée. Comme il n'existe pas de corps absolument noir, il y aura toujours une légère altération de la plaque sensible, mais qui sera insuffisante pour détruire sa sensibilité et ne l'empêchera pas d'être ultérieurement influencée par une action lumineuse présentant une certaine intensité.

On sait également qu'en faisant tourner devant une ouverture, devant un objectif, un disque opaque présentant des fentes rayonnantes, on peut ne laisser passer la lumière que pendant un temps aussi court qu'on le désire, à la condition de régler convenablement la largeur des fentes d'une part et la vitesse de rotation du disque d'autre part.

Concevons maintenant une chambre noire dont l'objectif soit muni d'un obturateur à fentes animé d'un rapide mouvement de rotation et soit braqué sur une paroi noire d'assez grandes dimensions, paroi constituée par du velours noir protégé de l'action directe de la lumière, qui produirait toujours une certaine diffusion, par un auvent horizontal placé à la partie supérieure de cet écran. Supposons maintenant un corps éclairé, un corps blanc par exemple, un homme habillé de blanc se déplaçant devant le fond noir. Que va-t-il se passer?

Considérons l'instant où une fente de l'obturateur se trouve devant l'objectif, qu'elle démasque pendant un temps très court, 1/500e de seconde par exemple, temps pendant lequel le déplacement du coureur peut être considéré comme négligeable (à la vitesse de 2 mètres par seconde, ce serait un déplacement de 4 millimètres seulement) ; il se produira une image sur la plaque sensible, la partie occupée par l'image de l'objet sera impressionnée, mais non le reste de la plaque qui correspondait au fond noir. En réalité et par suite du déplacement, l'image ne sera pas absolument nette et présentera un peu de *flou*, la netteté sera d'ailleurs d'autant plus grande, que la durée du passage de la fente aura été plus courte.

L'obturateur continue à tourner et après un certain temps, qui dépend de l'intervalle qui sépare deux fentes consécutives, une nouvelle fente viendra démasquer l'objectif; si le corps avait été immobile, l'image se serait formée à la même place que précédemment et l'impression aurait été augmentée par ce second effet s'ajoutant au premier. Mais il n'en est pas ainsi, le coureur occupe une autre position et l'image qui se forme ne se superpose pas à la précédente. Il en est de même des images qui se forment par le passage successif des diverses fentes suivantes devant l'objectif. On obtient donc ainsi la représentation de la position du corps et des membres à des instants déterminés, représentation analogue à celle dont avait fait usage Weber, avec cette différence capitale que les figures employées par ce physiologiste étaient la représentation de la loi du mouvement telle qu'il se la figurait, tandis que les épreuves photographiques obtenues par M. Marey sont la reproduction à petite échelle des mouvements mêmes et que l'on peut en déduire la loi du mouvement de chaque point.

Il est compréhensible que l'on déterminera cette loi d'autant mieux, que l'on aura, pour le même temps, le plus grand nombre d'images : il suffit, pour atteindre ce résultat, de faire tourner l'obturateur plus rapidement; la sensibilité des plaques de gélatino-bromure permettrait d'augmenter considérablement le nombre des images produites par seconde.

Mais alors il se produit un inconvénient : les images en trop grand nombre ne sont plus assez distinctes, assez séparées, l'ensemble devient confus et il serait au moins très difficile de se reconnaître dans l'amas de bras et de jambes empiétant les uns sur les autres, parce que le déplacement de chaque partie est beaucoup moindre que sa largeur. Une

---

Les Académies sont des vases d'élection de capacités différentes. Les unes comprennent deux Facultés, les autres trois ; celle de Chambéry n'en a qu'une. Pas un seul siége d'Académie, ce me semble, ne possède l'ensemble de nos cinq Facultés des lettres, des sciences, de médecine, de droit et de théologie. En Allemagne, au contraire, on compte au moins vingt-cinq villes où se trouvent réunies les quatre Facultés en lesquelles se partagent les matières de l'enseignement supérieur, une seule Faculté embrassant les lettres et les sciences. Or voilà justement ce qui constitue une *Université*, un établissement où l'on enseigne l'universalité des connaissances humaines. On la trouve maintenant presque partout en Europe; partout on a compris l'avantage de cette incorporation de soldats de toutes armes dans une phalange destinée à conquérir des terres inconnues; partout on a reconnu que, si les branches de l'arbre de vie sont séparées, si les fleurs et les fruits sont divers, ils ont une racine commune, un sol commun et une atmosphère commune (j'entends d'ici vos *bravos* et *applaudissements*). Le frère d'un des collaborateurs de ce journal l'a dit, autrement et en meilleurs termes, dans un passage cité par M. le maire de Marseille : « Toutes les branches du savoir humain se touchent et se rencontrent comme les rayons d'un cercle convergent des divers points de la circonférence vers le centre; il y a des actions et des réactions continues d'une science à l'autre... Ce besoin perpétuel de contact et d'échanges se fait sentir même au point de vue des connaissances professionnelles. Il est indispensable que le juriste connaisse la médecine légale qui s'enseigne à la Faculté de médecine, et que le médecin soit versé dans les sciences chimiques et naturelles qui se cultivent à la Faculté des sciences. L'enseignement de la philosophie ne peut plus se passer d'une base scientifique, et l'enseignement scientifique est une solide généralisation philosophique. » (Dreyfus-Brisac, *Rapport à la Société de l'enseignement supérieur.*)

Marseille voudrait prendre la tête d'un mouvement de la

très ingénieuse disposition imaginée par M. Marey a obvié à ce grave inconvénient en réduisant au minimum la largeur des parties à reproduire; il est inutile d'avoir les positions successives du bras tout entier pour déterminer la loi de son mouvement et il suffirait évidemment d'avoir les positions de l'axe de ce membre. Pour atteindre ce résultat, le coureur est habillé en *noir*, de manière à ne donner aucune image sur la plaque sensible; mais sur son vêtement on a fixé des bandes brillantes correspondant à l'axe du bras, de l'avant-bras, de la cuisse, de la jambe, du pied; ces bandes brillantes donnent seules à chaque instant une image sur la plaque sensible et chaque position du coureur est définie par la trace des axes de ses membres. Comme de plus il peut être utile de préciser la position rigoureuse de quelques autres parties, on y arrive en plaçant un bouton brillant à la hanche, un autre à l'épaule, un autre à la tête. On peut alors sans crainte de confusion multiplier le nombre des images, diminuer l'intervalle de temps qui les sépare. On obtient ainsi des images suffisamment séparées pour être nettes, même en faisant croître leur nombre jusqu'à quarante pour la durée d'un pas.

Mais, malgré la netteté et la séparation des images, on risquerait grandement de s'embrouiller et de ne pas choisir convenablement les diverses parties qui correspondent à une même position du corps; on arrive à faire aisément cette distinction à l'aide de l'artifice suivant : les fentes de l'obturateur n'ont pas toutes rigoureusement la même largeur; il y en a, par exemple, une sur cinq dont la largeur est double de celle des autres. Il résulte de là que l'image correspondante se forme pendant une durée double et que les traits qui la constituent sont plus épais et se distinguent très aisément; on arrive alors sans peine à assembler les lignes qui correspondent aux positions intermédiaires.

Il est utile de remarquer que, si le mouvement de l'obturateur est uniforme, les images successives sont faites à des intervalles de temps égaux, que l'on obtient donc sur la plaque sensible non seulement la position relative des membres et du tronc aux divers instants, mais que l'on en peut déduire la *loi* du mouvement de chaque point.

Comme nous le disions plus haut, lorsque l'on connaîtra complètement la loi du mouvement pour chacune des parties, on pourra déduire la nature des forces qui sont intervenues pour produire ces effets.

M. Marey a déjà obtenu un certain nombre d'épreuves; peut-être ne sont-elles pas suffisantes pour arriver à une solution complète : il faut, en effet, pouvoir faire de nombreuses comparaisons pour éliminer les particularités qui peuvent être propres à chaque individu et arriver à déterminer les conditions générales vraiment caractéristiques. En tout cas, ce ne sera que par une discussion attentive qu'on pourra tirer réellement parti de ces très intéressantes données expérimentales, et cette discussion n'a pas été faite jusqu'à présent.

Il serait intéressant de pouvoir déterminer à chaque instant la grandeur et la direction des forces qui agissent sur les diverses parties du système articulé qui constitue le corps humain. Il est au moins douteux que l'on puisse résoudre cette question d'une manière complète et il faudra se restreindre à ne déterminer que quelques-unes des forces.

Un point capital, qui précisément est en question dans la discussion que nous avons résumée, c'est la grandeur et la direction des forces qui se produisent au contact du sol et des pieds. M. Marey avait déjà cherché à résoudre ce problème à l'aide des semelles dynamométriques qu'il a décrites dans la *Méthode graphique* et à l'aide desquelles il avait fait des expériences sur la marche de l'homme. Ces appareils étaient insuffisants et M. Marey, avec le concours de MM. Demeny et Otto Lund, ses aides à la station physiologique du Collège de France, a construit un appareil plus complet que nous allons décrire.

Cet appareil a pour but d'obtenir l'enregistrement direct des pressions normales exercées sur le sol et des pressions horizontales; ces pressions sont déterminées par les déplacements verticaux ou horizontaux que subit une tablette sur laquelle repose l'individu en observation. Cette tablette peut s'abaisser en comprimant des tubes en caoutchouc sur lesquels elle repose, tubes fermés à une extrémité et réunis par l'autre à un collecteur qui est mis en relation avec un tambour enregistreur; toute pression exercée normalement sur la tablette comprime les tubes qui, refoulant l'air dans le tambour, amènent le déplacement du levier inscripteur mû par la membrane du tambour, ce qui permet d'obtenir un tracé sur un cylindre tournant. Il n'y a pas proportionnalité entre les pressions et les déplacements du levier; mais à l'aide d'une comparaison directe on peut effectuer une graduation donnant en kilogrammes la valeur des pressions.

D'autre part, le dynamomètre repose sur des galets qui lui permettent de prendre un mouvement horizontal, et est guidé latéralement de manière à ne pouvoir se déplacer que dans une direction déterminée, celle de la marche. Ces dé-

---

science française dans cette direction. Pour commencer, elle a demandé et obtenu de recouvrer la Faculté des sciences, égarée à Aix, chef-lieu de la circonscription académique. La ville, les Facultés s'entendent à merveille; la première est décidée à tous les sacrifices d'argent; et, à lire le rapport de M. le maire au conseil municipal, et celui qu'a présenté à l'assemblée des professeurs M. le docteur Joulian (l'auteur de la proposition tendant à renouveler le vœu, toujours poursuivi depuis dix-sept ans, de la transformation de l'Ecole en Faculté mixte), il paraît bien que l'on rencontre, pour les deux faces du projet, de réelles sympathies au ministère de l'instruction publique. « *Nous avons l'assurance*, dit M. Joulian, au sujet de son projet particulier, que l'Etat nous viendra en aide *dans une sage mesure* par une subvention en rapport avec les dépenses de premier établissement. » De son côté, M. le maire n'y va pas par quatre chemins : il commence par déclarer que le transfert de la Faculté des sciences et la transformation de l'Ecole appellent hautement le transfert à Marseille de la Faculté de droit et de la Faculté des lettres, en un mot « la création de *la première Université provinciale de France* ». Puis il ajoute avec une intrépidité singulière : « Rien ne s'oppose à la création la plus prompte de votre pensée, dans toute sa largeur, *telle, du reste que je l'ai exposée en votre nom à Paris, telle que je l'ai discutée avec M. Dumont*, l'éminent directeur de l'enseignement supérieur, *auquel j'ai fait partager vos tendances, vos aspirations, et que j'ai pénétré du but que vous voulez atteindre;* telle que la conçoit le président du conseil, M. Ferry... » Et ce qui est plus significatif encore, parce que cela implique des assurances positives, c'est qu'il y a, de la part de Marseille, commencement d'exécution. Les Facultés médicales des Universités allemandes ont, comme chacun sait, deux ordres de professeurs : les professeurs *ordinaires* et les professeurs *extraordinaires*, ces derniers assimilables à nos chargés de cours. Or des offres, avec fixation du taux des appointements, ont été faites pour

placements horizontaux sont appréciés et enregistrés par un procédé analogue à celui qui sert pour les déplacements verticaux. De même aussi on pourrait établir, par comparaison directe, une graduation donnant la valeur des poussées horizontales. Jusqu'à présent ces graduations ne sont pas faites, ou du moins n'ont pas été utilisées; mais l'appareil tel qu'il est peut fournir des renseignements sur l'existence et le sens des pressions, et M. Marey a soumis à l'Académie des sciences des tracés intéressants qui montrent que l'appareil fonctionne bien et qu'il présente même une assez grande sensibilité.

Cet appareil peut fournir des renseignements sur les forces exercées au contact du sol dans diverses circonstances; ce n'est, bien entendu, qu'un côté de la question, mais il est important, et les indications qui seront obtenues pourront être utiles. Ici encore nous voyons bien un programme d'expériences et de recherches, mais les expériences sont à peine commencées et nous paraissent insuffisantes pour décider absolument sur la question de fait qui s'est trouvée soulevée relativement à la course.

Nous ajouterons que les indications données par le dynamomètre devront être discutées avec un soin extrême pour que l'on soit assuré que les indications ne sont pas faussées par l'inertie de l'appareil même. Tous les appareils enregistreurs qui fournissent des données par leur déplacement, alors que ce déplacement est quelque peu rapide, peuvent être légitimement suspectés, et il est nécessaire de faire la preuve de l'exactitude de leurs tracés. Il existe d'ailleurs des moyens de faire cette preuve avec rigueur, comme aussi d'effectuer les expériences dans des conditions telles que les erreurs ne puissent se produire. Il ne saurait convenir d'insister aujourd'hui, alors que les expériences n'ont pas été exécutées et qu'il n'y a eu que quelques essais, mais si, comme il est probable, les recherches conduisent M. Marey à des conséquences relatives aux phénomènes qui se produisent dans la course, nous verrons à reprendre la question en détail. Disons cependant qu'il nous paraît que l'on peut accepter sans réserve les conclusions que M. Marey a déjà signalées, conclusions dont la plupart étaient absolument évidentes à priori; c'est donc seulement une vérification de l'appareil.

Pour terminer cette étude, nous résumerons en quelques mots l'état actuel de la question.

La course peut correspondre à une série de sauts produits successivement; personne ne le conteste, il est probable que ce cas se présente, et nous pensons que c'est surtout chez les hommes qui ne savent pas courir; contrairement à l'opinion émise par M. Giraud-Teulon, et conformément aux idées de M. Marey, dans la course, les pieds peuvent à un instant quitter le sol sans détente brusque, sans réaction du sol, par une flexion rapide de la jambe. Mais si cette action peut se produire, il n'est pas encore prouvé expérimentalement qu'elle existe réellement. Enfin on possède actuellement deux méthodes qui, après expériences et discussion, permettront de résoudre la question de fait, qui doit dès lors rester en suspens jusqu'à nouvel ordre.

C.-M. Gariel.

Société médicale de Berlin. — Auto-infection.

Dans la séance du 27 juin dernier de la Société médicale de Berlin, a eu lieu une discussion intéressante dont l'analyse vient d'être donnée dans un des derniers numéros de la *Berliner klin. Woch.* (n° 42, 1883).

M. *Senator* a lu un mémoire sur *l'auto-infection provenant de décompositions intra-organiques anormales*, et sur *le coma dyscrasique.*

L'auteur rappelle que dès 1868, à propos d'un malade ayant présenté tous les symptômes d'une intoxication par l'hydrogène sulfuré, il a montré que le tube intestinal pouvait être le point de départ d'infections « autochtones ou autogénétiques. » Les travaux récents sur la digestion et sur les produits toxiques qui peuvent en provenir (tels que le phénol, l'indol, le crésol, etc.), ont confirmé cette manière de voir et éclairé quelque peu l'origine de ces curieuses dyscrasies. Mais d'autres organes peuvent être le siège de décompositions anormales du même genre, le rein par exemple. Il n'est pas impossible que dans le sang lui-même des alcaloïdes peu connus, mais sûrement toxiques, puissent prendre naissance.

Au point de vue clinique, on constate que les systèmes nerveux et urinaire sont atteints de préférence. Parmi les syndromes plus ou moins singuliers qu'engendre la combinaison de symptômes nerveux graves et de symptômes digestifs, Senator signale en première ligne le *coma diabétique* de Kussmaul. Il a rencontré ce coma en dehors du diabète : 1° dans deux cas de cystite chronique avec urines ammoniacales. L'un de ces malades répandait une odeur très reconnaissable de triméthylamine; 2° dans deux cas de cancer de l'estomac; 3° dans trois cas d'anémie pernicieuse. Jamais

---

des postes à créer de professeurs *extraordinaires* (1) à d'éminents confrères de la France et de l'étranger, parmi lesquels on cite MM. Malassez, d'Arsonval et Kowalewsky. Ne commettrais-je pas une indiscrétion si j'allais vous citer un autre appelé — élu, s'il le veut — que connaissent les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire?* Cherchez, dans son comité de rédaction, qui traite avec une compétence si spéciale et une si grande autorité les questions de physiologie. N'ayez crainte, cher abonné; je sais combien notre collaborateur a été touché, honoré d'une telle démarche, mais la vie a tantôt des nécessités, tantôt des attaches, tantôt des directions arrêtées, qui, après un certain parcours, ne permettent guère de se détourner. Le physiologiste reste à la *Gazette.*

Sur tout cela, je me bornerai à une remarque générale. A mon sens, un essai d'Universités provinciales en France méritait d'être tenté. C'est là manifestement la grande préoccupation de la Marseille savante et administrative. Quant à nous autres médecins, nous regardons surtout à ce qui touche directement la médecine. Or je ne serais aucunement favorable à la création d'une septième Faculté, si celle-ci devait être la répétition des autres. Mais il peut se faire (et c'est le plus probable), que l'Université tombe dans le port, et que néanmoins la Faculté soit instituée sur le modèle, ou à peu près, de celles qui, ailleurs, font partie des Universités. Il n'est même pas nécessaire que la copie soit rigoureusement exacte; il est d'ailleurs certain qu'elle ne le sera pas. Ainsi on ne parle pas de *Privat-docenten*, de cette pépinière, non exclusive, il est vrai, du professorat allemand, mais je crois savoir qu'on en aurait l'équivalent dans un corps d'agrégés bien appointés, *qui ne seraient pas nommés au concours* et que même une liste est déjà dressée. On ne laisse rien entrevoir sur le mode des examens; on ne

(1) On conserve ici au mot *extraordinaire* son sens habituel en français; à l'étranger les professeurs extraordinaires sont ceux parmi lesquels se recrutent les ordinaires.

l'urine ne présentait la réaction caractéristique de l'acétone.

Le docteur *Litten* pense que les infections autochtones dont il s'agit sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet. Spécialement pour ce qui concerne les affections de la vessie, on sait depuis longtemps que bien des malades finissent dans le coma, en répandant une odeur caractéristique de carbonate d'ammoniaque. Faut-il incriminer ce sel ou d'autres produits comme le veut Senator? ce n'est pas facile à dire, de même qu'il ne semble pas possible de séparer cliniquement ce coma autochtone du coma urémique.

A propos de la cachexie cancéreuse, Litten rappelle une observation de Jaksch, en tout semblable à celles de Senator, mais où l'analyse démontra dans l'urine la coloration rouge de l'acétone. Lui-même a étudié les symptômes d'intoxication observés dans certaines affections des voies digestives. Il avait observé autrefois ce coma dyscrasique chez une jeune fille atteinte de scarlatine : plus récemment, il l'a rencontré trois fois chez des adultes. Les malades sont comme ivres-morts, se déclarent incapables de répondre aux questions, se laissent retomber sur l'oreiller et s'endorment incontinent. Pas de convulsions, mais des douleurs violentes des muscles du dos et des extrémités, analogues à celles du rhumatisme articulaire. On constate toujours dans l'urine la réaction caractéristique de l'acétone. Ces accidents, étant toujours consécutifs à des phénomènes dyspeptiques, peuvent être désignés sous le nom de *coma dyspepticum*. Ce qui les distingue nettement du véritable coma diabétique, c'est l'absence des phénomènes de dyspnée qui existent toujours, plus ou moins marqués, dans les cas de diabète.

Il n'est pas douteux pour Litten qu'il s'agisse d'une véritable intoxication, comme par un alcaloïde, et que le poison prenne naissance dans le canal digestif dans la plupart des cas. Quant à savoir quel est ce poison, et s'il est le même dans tous les cas, ce n'est pas possible.

Dans une courte réplique, Senator expose que les phénomènes nerveux observés par lui dans les deux cas de catarrhe de la vessie, étaient absolument identiques à ceux que Kussmaul a décrits sous le nom coma diabétique. Il ne s'agit donc pas, comme le suppose Litten, de crises urémiques.

La question soulevée à la Société médicale de Berlin est intéressante et pleine d'actualité. Malheureusement elle ne saurait recevoir de solution, même provisoire, tant que la chimie biologique sera si peu avancée. Il est bien permis de *soupçonner* l'intervention de certains alcools de la série aromatique ou même des alcaloïdes cadavériques, mais il est impossible d'aller plus loin.

C. Zuber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie.

Étude critique sur la tuberculose articulaire, par M. Marboux, médecin-major des hôpitaux militaires (1).

(Fin. — Voyez les numéros 39, 40 et 44).

B. *Preuves tirées de l'expérimentation.* — Des expériences d'inoculation ont été faites en Allemagne et en France avec les produits de toutes les affections décrites comme scrofuleuses. On peut dire que cette question des rapports de la tuberculose et de la scrofule a passionné à un moment le monde médical ou au moins celui des histologistes et qu'elle a fait naître dans les laboratoires des deux pays une véritable fièvre d'observation micrographique et d'expérimentation, en dépit de laquelle la question est encore bien obscure. Le domaine de la tuberculose paraît y avoir gagné une extension considérable de ses limites et on peut dire que chaque jour voit diminuer celui de la scrofule. D'après M. Grancher la maladie « scrofule » n'a même plus lieu d'être décrite : « on conserve seulement le mot, à cause des » nécessités de la pratique médicale, pour désigner les » affections tuberculeuses les plus légères, ordinairement » curables. »

La scrofule serait donc condamnée définitivement de par l'histologie pathologique et la pathologie expérimentale. Ce jugement rendu dans les laboratoires a été frappé d'appel, et réformé au moins en partie par l'observation clinique : la scrofule, morte pour les histologistes, vit et vivra longtemps encore pour tous ceux qui observent la maladie dans le malade, sans séparer la lésion des symptômes.

On peut d'ailleurs combattre les histologistes et les expérimentateurs sur leur propre terrain et avec leurs propres armes; il n'y a pour cela qu'à les opposer les uns aux autres et à montrer, ce qui est facile, que ces deux moyens d'investigation, le microscope et la pathologie expérimentale, ont conduit des observateurs également autorisés à des conclusions bien différentes, quelquefois même tout à fait opposées.

(1) Erratum. — C'est par erreur que, dans ce mémoire (*Gaz. hebd.*, p. 719 et suiv.) nous avons attribué à M. Gosselin l'article *Articulations* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; cet article est de M. le professeur Panas.

s'explique pas non plus sur l'extension qu'on donnerait au système, s'il produisait sur ce point de bons résultats. En Allemagne, autant d'Universités, autant de Facultés de médecine. Jouirions-nous d'une quinzaine de ces Facultés? A vrai dire, ce ne serait pas beaucoup trop si de la totalité des étudiants on faisait un partage égal entre les Universités. Le petit nombre des élèves est profitable aux bonnes études, à condition toutefois que certaines études, telles que celles de l'anatomie et de la pathologie, ne dépérissent pas faute d'aliments suffisants. M. le professeur Jouliau estime qu'un meilleur outillage de l'École devenue Faculté aura pour effet de soutirer à Paris un certain nombre de ses 5000 étudiants. Je crains une illusion; ce que Lyon n'a pas fait, Marseille, même fortifié, le fera-t-il? Ce qui pourrait amener l'accroissement de la population des étudiants de cette dernière ville, ce ne serait pas l'élément médical de la grande institution projetée, mais l'ensemble indivis de ses éléments, et il semble difficile encore que ce soit aux dépens de Paris.

Quoi qu'il en advienne, on veut tenter à Marseille l'expérience d'une Faculté qui ne soit pas nouvelle seulement comme un chiffre d'addition, mais qui le soit par son organisation. Et ceux que ce projet intéresse personnellement pensent — et j'en trouve l'expression dans une lettre d'un des futurs *extraordinaires* — que les innovations doivent tendre : d'une part, à accomplir un vœu bien des fois exprimé, le vœu de rendre l'enseignement moins compliqué et en même temps plus pratique, mieux adapté aux besoins professionnels; d'autre part, à ouvrir une carrière honorable à ceux qui se vouent exclusivement au culte de la science. Le caractère du nouvel enseignement dépendra du nombre des chaires, de leur nature, du programme d'études et du mode des examens. Vous noterez que les professeurs extraordinaires chargés seulement de cours semestriels ne seraient pas obligatoirement sédentaires et seraient libres de s'installer l'hiver au haut de la Corniche — ou l'été sur le quai de la Joliette.

Mais ce serait là une œuvre puérile. C'est sur les expériences invoquées en faveur de l'identité des processus tuberculeux et scrofuleux que doit porter notre argumentation, sur la façon dont elles ont été conduites, sur l'interprétation donnée aux lésions expérimentales et sur les conclusions qui en ont été tirées.

Sur le terrain restreint de la pathologie articulaire, l'inoculation des fongosités synoviales et osseuses de la tumeur blanche a conduit plusieurs observateurs à affirmer la spécificité tuberculeuse de ces produits. D'après Max Schuller, Volkmann, Huéter, König, etc., on obtiendrait en les inoculant des résultats identiques à ceux fournis par l'inoculation du tubercule pulmonaire, du lupus et des ganglions suppurés. En France, Kiéner, Brissaud, Lannelongue ont été conduits par leurs expériences aux mêmes conclusions.

En 1881, M. Kiéner avait réussi deux fois à déterminer chez le cobaye une tuberculose généralisée en insérant dans le tissu cellulaire sous-cutané des fongosités provenant de tumeur blanche et reconnue tuberculeuse par l'examen histologique.

Nous ferons remarquer que ces derniers mots n'ont pas de signification précise et prêtent à une équivoque dans la bouche d'observateurs qui prétendent substituer un nouveau criterium anatomique à celui qui est admis depuis Laennec.

Comme nous ne contestons pas la tuberculisation articulaire, que nous admettons même la fréquence de cette complication de l'arthrite scrofuleuse, nous nous demandons ce que M. Kiéner entend par ces mots « reconnues tuberculeuses par l'examen histologique ». Cette objection peut être faite pour tous les cas, et ils sont nombreux, dans lesquels la constitution histologique des produits inoculés est passée sous silence ou indiquée en termes ambigus.

Nous savons que M. Kiéner a continué ses expérimentations et qu'il est de plus en plus convaincu de l'identité anatomique et étiologique des processus scrofuleux et tuberculeux; nous regrettons de n'avoir pas pu nous procurer la relation détaillée de ces expériences.

Celles de M. Lannelongue sont exposées tout au long dans son mémoire : elles ont porté sur 11 lapins. Le procédé employé était le suivant : immédiatement après avoir enlevé la paroi d'un abcès symptomatique ou les fongosités articulaires sur un sujet vivant, on triturait au pilon ces fongosités dans une dissolution chimique au septième d'eau pure chargée de chlorure de sodium.

Le liquide de cette trituration était filtré et on en injectait immédiatement environ 5 centimètres cubes tantôt dans le péritoine de l'animal, tantôt dans le péritoine et dans les articulations du genou, du coude.

Nous ne donnerons ici que les constatations faites à l'autopsie des animaux, renvoyant, pour tous les détails des expériences, au mémoire publié dans les *Bulletins* et *Mémoires de la Société de chirurgie*, année 1882.

Deux lapins, les n°s 1 et 10, succombèrent naturellement, le premier, au bout de cinquante jours, l'autre au bout de cinquante-six. Un, le n° 2, fut dévoré en partie par les rats et ne put être examiné.

Les huit autres furent sacrifiés au bout d'un temps variant de cinquante-deux jours à quatre mois et demi.

L'examen microscopique donna les résultats suivants : deux animaux, les n°s 8 et 11, étaient absolument sains; un, le n° 4, présentait des lésions insignifiantes (*sic*); un, le n° 5, présentait des lésions peu accentuées (*sic*) sur l'épiploon et l'intestin grêle.

Six, les n°s 1, 3, 6, 7, 9, 10, présentaient des lésions vésicales d'apparence franchement tuberculeuse et avaient donné des signes évidents de maladie; mais le n° 6, avec des poumons criblés de tubercules, présentait les apparences d'une bonne santé.

Sur cinq inoculations intra-articulaires, quatre ont provoqué le développement de synovites fongueuses avec suppuration, érosion des cartilages et des épiphyses, formation d'amas caséeux; au microscope on trouve des granulations miliaires (*sic*) sur la synoviale. La cinquième est restée sans résultats, ainsi que l'inoculation intra-abdominale pratiquée sur le même sujet.

M. Lannelongue regarde ces expériences comme tout à fait concluantes en faveur de la nature tuberculeuse des produits inoculés : « Ces résultats, dit-il, n'auraient pu que dissiper mes doutes, s'il m'en était resté, relativement à l'inanité de toute distinction entre les lésions dites scrofuleuses et tuberculeuses des os. »

Nous avouons que nos doutes subsistent; ces expériences sont en effet passibles de bien des objections. Il y manque d'abord un élément important d'appréciation, l'auteur ayant négligé de dire s'il avait constaté la présence de granulations véritables dans les lésions auxquelles il a emprunté sa matière d'inoculation. Nous avons exposé plus haut les raisons pour lesquelles nous accordons à cet élément d'appréciation une grande valeur. Nous n'invoquerons pas la prédisposition du lapin domestique, cet animal « follement tuberculeux », selon l'expression de Béhier; cependant cette objection n'a pas été dédaignée par l'un des adeptes les plus fervents des nouvelles doctrines, M. Brissaud. Dans sa critique des expériences de M. Martin sur le pseudo-tubercule, on trouve en effet cet argument : « que le lapin domestique devient tuberculeux sous les moindres influences, surtout dans les laboratoires ». Il est juste de faire remarquer avec Lannelongue que les sujets de ses expériences ont vécu dans une cage au milieu d'un jardin; mais il n'est pas moins intéressant de voir signaler par M. Brissaud comme un point faible de

---

—Bien des questions se présentent, vous le voyez, qui mériteraient examen; mais il faut varier ses plaisirs, et je ne veux pas terminer cette lettre sans causer avec vous de quelque autre chose. Je vous ai entretenu, il y a peu de temps, des fouilles pratiquées par la Société archéologique d'Athènes dans l'Asclépion d'Épidaure et qui ont amené la découverte, non seulement du théâtre qui y existait, des vestiges du Tholos de Polyclète, mais aussi les restes mêmes du fameux temple d'Esculape, temple périphérique de style dorique, d'une longueur de 24^m,70 et d'une largeur de 13^m,20. Au milieu de ces ruines, on avait trouvé de nombreuses inscriptions, des sculptures, des *ex-voto* en marbre. Mais tout cela ne présentait que peu d'intérêt au point de vue médical. Dernièrement les fouilles ont été reprises et elles ont eu grand succès. D'après la dernière communication faite par le directeur des travaux, M. Cavadias, au gouvernement grec, on vient de découvrir deux des fameuses stèles, mentionnées par Pausanias, qui étaient couvertes d'inscriptions contenant les noms des malades guéris dans l'Asclépion, avec indication de leurs maladies et du traitement. M. Cavadias estime avec raison que ces inscriptions constituent une des acquisitions les plus importantes de la science épigraphique en ce siècle. A côté du temple d'Esculape on a mis à nu les restes d'un ancien édifice, très spacieux : probablement celui dans lequel les malades se couchaient pour recevoir la visite du dieu pendant leur sommeil.

— Royat est un peu moins célèbre qu'Epidaure, bien que cette station thermale, petite fille rustique il y a une quarantaine d'années, soit aujourd'hui une grande dame richement installée et costumée, avec un cortège nombreux de courtisans. Cependant vous ferez bien de lire l'intéressante brochure que vient de publier M. le docteur Fredet sur trois piscines romaines qu'ont mises à découvert des fouilles pratiquées en 1882. Ces piscines ne diffèrent pas de toutes celles qu'a déjà fait connaître l'étude de l'architecture romaine. Deux circonstances seulement sont à signaler. La

l'inoculation cette imminence constante de la tuberculose qui caractériserait la race lapine.

Nos objections visent plus haut : elles s'adressent à la façon dont les expériences ont été conduites et à l'interprétation des résultats :

1° Il est regrettable que dans chaque série d'inoculation on n'ait pas laissé indemnes comme éléments de comparaison un ou deux animaux de même âge et de même force.

2° Les produits des lésions viscérales ou intra-articulaires consécutives à ces premières inoculations n'ayant pas été inoculés à d'autres animaux, autrement dit l'inoculation en série n'ayant pas été faite, rien ne prouve qu'on n'a pas eu affaire à du « pseudo-tubercule » engendré par l'inoculation d'un produit inflammatoire simple.

3° Dans la description des altérations articulaires ganglionnaires, viscérales, rencontrées chez les animaux sacrifiés, M. Lannelongue se sert indifféremment des mots granulation jaunâtre, granulation grise, nodules, granulation miliaire, de telle sorte qu'on ne sait pas s'il veut désigner par là la granulation de Laennec ou le nouveau criterium anatomique.

Les expériences des histologistes allemands sont également passibles de bien des objections ; d'abord les communications faites par plusieurs d'entre eux au congrès de chirurgie de 1881 révèlent des divergences d'opinion fort instructives et bien faites pour diminuer la confiance dans la valeur démonstrative de l'inoculation. Presque tous ces expérimentateurs ont commis une véritable pétition de principe en donnant comme preuve de la nature tuberculeuse des lésions expérimentales la présence, dans ces lésions, du tubercule embryonnaire, c'est-à-dire de l'élément anatomique dont la nature tuberculeuse est à démontrer. Ils ont commencé par le sacrer « tubercule », puis ils ont déclaré tuberculeux tous les produits pathologiques dans lesquels ils ont constaté sa présence. Nous craignons que quelques expérimentateurs français n'aient fait de même.

Pour qu'on ait le droit d'affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion expérimentale, il est nécessaire qu'on y rencontre la granulation grise, c'est-à-dire le tubercule adulte que les fidèles du tubercule embryonnaire ne veulent pas encore, nous l'espérons du moins, reléguer au rang des vieilles lunes. En l'absence de cet élément d'une signification incontestée, nous avons le droit de considérer les altérations viscérales rencontrées par les divers expérimentateurs à la suite de leurs inoculations comme des produits inflammatoires nullement spécifiques, mais d'où peut naître le vrai tubercule à la faveur des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent habituellement les animaux inoculés, et d'une prédisposition de race comme celle que M. Brissaud, après Béhier, a signalée chez le lapin domestique et que d'autres ont également signalée chez les cobayes.

Quant aux lésions intra- et péri-articulaires produites par les injections intra-articulaires chez les animaux qui ont servi aux expériences de M. Lannelongue, nous n'y découvrons rien de spécifique, rien qui oblige à y voir de la tuberculose ; ce sont des lésions vulgaires de l'arthrite chronique suppurée et du phlegmon chronique.

C. *Preuves cliniques.* — Avant d'aborder l'examen de ce dernier ordre de preuves nous tenons à bien établir ceci : « à savoir que nous ne contestons pas, tant s'en faut, l'existence de la tumeur blanche tuberculeuse, soit d'origine synoviale, soit d'origine osseuse. » Nous avons suivi chez des phthisiques notoires le développement d'arthropathies, démontrées tuberculeuses par l'autopsie : à nos yeux, la tuberculisation articulaire est à l'état de fait démontré. Nous nous élevons seulement contre la place exagérée qu'on veut lui faire dans le cadre des affections articulaires, en y rattachant toutes les tumeurs blanches.

Nous croyons avoir montré dans les chapitres précédents l'insuffisance des preuves tirées de l'histologie et de l'expérimentation. Le terrain de la clinique est-il plus favorable à la nouvelle théorie ?

I. — Les savants des deux pays font remarquer le développement fréquent d'accidents pulmonaires imputables à la phthisie chez les sujets porteurs de tumeurs blanches en suppuration ; ils invoquent, en outre, les nombreuses autopsies dans lesquelles ils ont rencontré concurremment avec des tumeurs blanches des lésions manifestement tuberculeuses. M. Lannelongue donne le résultat de 38 autopsies dont 11 coxalgies, 8 maux de Pott, 8 tumeurs blanches du genou, 4 du coude, 3 tibio-tarsiennes, 4 des doigts et des orteils : vingt-quatre fois il existait concurremment de la tuberculose pulmonaire, et d'autres localisations viscérales ont été rencontrées dans des proportions diverses. Malheureusement on a négligé de donner l'âge de ces tumeurs blanches.

Nous ne faisons pas de difficulté d'admettre la nature tuberculeuse de ces lésions, pulmonaires et autres. Le développement de la phthisie chez des sujets affaiblis par la souffrance, l'inaction et une suppuration prolongée, vivant le plus souvent dans des conditions hygiéniques déplorables, n'implique pas nécessairement la nature tuberculeuse de l'affection locale : bien des affections chroniques se compliquent à la longue de tuberculisation pulmonaire sans qu'on songe à les considérer comme tuberculeuses.

Ce premier argument s'appuie sur un fait réel, à savoir le développement fréquent de la phthisie chez les sujets atteints de tumeur blanche suppurée, mais la conclusion qu'on en

---

première, c'est que les hypocaustes (chambres à fournaises) étaient indépendants des piscines, par la raison toute simple que l'eau des bains étant naturellement thermale, ils devaient servir à chauffer diverses parties de l'établissement, probablement les portiques ; la seconde, c'est qu'aux parois des bassins adhéraient des incrustations constituées par du carbonate calcaire arsenico-ferrugineux, indiquant que la composition des eaux n'a pas changé depuis la construction des thermes, qui datent probablement des premiers siècles de l'ère chrétienne.

— Sous ce titre plein d'horreur : *Le secret de l'échafaud*, vous avez pu lire dans un journal semi-politique l'histoire d'une entrevue de Velpeau avec Lapommerais dans le cabanon de la Roquette. Le chirurgien de la Charité voulait savoir à quoi s'en tenir sur la question de la persistance momentanée des facultés cérébrales après la décapitation. Il va trouver l'homœopathe condamné à mort pour avoir oublié les principes de la doctrine homœopathique à l'endroit de la digitaline, et lui dit : « Dès que votre tête sera dans le panier, je vous crierai à l'oreille : « Abaissez trois fois de » suite la paupière de votre œil droit, en tenant l'œil gauche » tout grand ouvert. » C'est un acte que toute tête encore adhérente aux épaules n'accomplirait pas trois fois de suite avec une parfaite précision ; et, même dans cette occurrence funèbre, il m'est impossible de ne pas songer à un acteur comique qui y excellait. Dans un rôle d'amoureux, je crois, il feint de se trouver mal ; le docteur, bon clinicien, reconnaît la simulation : « Ouvrez un œil ! » Le langoureux ouvrait l'œil droit si démesurément qu'on lui voyait toute la sclérotique : « L'autre ! » L'autre de même. Et l'on riait. Je ne rirais pas si je croyais un mot du récit de notre confrère de la presse. Velpeau a la tête sanglante dans les mains ; il lui adresse la question convenue : la paupière droite s'abaisse, l'œil gauche le regarde fixement : « *Au nom de Dieu même et de notre être, encore deux fois ce signe !* » Il n'y eut plus qu'un léger mouvement des cils ; mais la paupière ne se releva pas.

tire n'est pas légitime. A ce compte-là on pourrait tout aussi bien rattacher à la tuberculose l'ulcère stomacal qui aura été le point de départ et la cause d'une détérioration organique aboutissant à la phthisie.

On peut encore opposer à cet argument de la concomitance fréquente d'une affection pulmonaire la possibilité d'une erreur de diagnostic due à ce que Velpeau appelait la *fausse phthisie*, autrement dit l'engorgement pulmonaire et la bronchorrée purulente des individus qui ont un foyer de suppuration chronique.

II. — A-t-on découvert dans la symptomatologie de la tumeur blanche un signe méconnu ou mal interprété jusqu'à ce jour, qui prouve son origine tuberculeuse?

Rien de pareil n'a été signalé, à notre connaissance du moins. Ceux qui font encore une petite place à la tumeur blanche scrofuleuse à côté de l'ostéo-arthrite tuberculeuse ne donnent pas le moyen de les distinguer l'une de l'autre au lit du malade. Les symptômes et le mode d'évolution du nouveau type pathologique ne diffèrent pas de ceux de l'ancien. Il nous serait facile de mettre en relief cette similitude de description et de montrer que, dans le tableau clinique de l'ostéo-arthrite tuberculeuse, il n'y a pas un trait qui soit spécial à cette affection et qu'on ne puisse trouver dans les descriptions classiques de l'arthrite scrofuleuse.

Cette objection ne saurait avoir de valeur pour ceux qui proclament l'identité absolue du tubercule osseux et de la carie, des synovites fongueuse et tuberculeuse. Pour eux, en effet, il ne s'agit pas de décrire une nouvelle variété de tumeur blanche, la variété tuberculeuse; toutes les tumeurs blanches sont tuberculeuses, et tout ce qu'on a décrit sous les noms divers d'arthrocace, d'arthrite fongueuse, d'arthrite scrofuleuse, etc., tout cela n'est que de la tuberculose articulaire.

La question étant ainsi posée, il s'agit d'examiner si en effet la totalité ou même seulement le plus grand nombre de ces phlegmasies articulaires ont les symptômes, le mode d'évolution, en un mot la physionomie des manifestations tuberculeuses.

Prenons d'abord les tumeurs blanches qui n'arrivent pas à suppuration, ces arthrites fongueuses dont on obtient la guérison par les révulsifs divers et surtout par l'immobilisation compressive longtemps prolongée. Les exemples ne sont pas rares de ces terminaisons heureuses, alors même que l'épaississement fongueux de la synoviale, le gonflement douloureux des épiphyses, les douleurs osseuses profondes, l'atrophie rapide du segment supérieur du membre ont témoigné de la complexité et de la gravité des lésions à un moment donné. Des médecins, assurément plus histologistes que cliniciens, n'hésitent pas à faire rentrer ces cas dans la tuberculose articulaire et à en constituer la première forme, forme curable, représentée anatomiquement par des foyers petits et isolés, par le tubercule enkysté. Pas n'est besoin pour qu'on mette cette étiquette de « tuberculeuse » sur la phlegmasie articulaire que les antécédents du sujet ou son état général actuel plaident en faveur d'une disposition diathésique. L'observation suivante, communiquée par M. Sée à la Société de chirurgie, montre avec quelle facilité on est arrivé à poser le diagnostic de « tuberculose articulaire ».

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, peu développée pour son âge et de constitution délicate, *mais dont les antécédents ne présentaient rien de particulier* (*sic*). Au mois d'août 1881 elle commence à souffrir dans les deux genoux; ceux-ci sont gonflés et douloureux ; au bout d'un mois l'impotence est absolue. Lors de l'entrée à l'hôpital, le 8 novembre, on constate que les genoux sont déformés, gonflés, sensibles à la pression; la peau n'a pas changé de couleur, la tuméfaction est due un peu à l'empâtement des tissus sous-cutanés, mais surtout à un développement de fongosités dans l'intérieur de la jointure. Il n'y a point de liquide dans la cavité articulaire.

Le traitement a consisté dans deux injections d'iodoforme, le repos au lit et la compression avec des bandes en caoutchouc. Six semaines après le début du traitement le malade commence à marcher et la guérison se complète peu à peu sans autre intervention.

L'état général est resté constamment bon. M. Sée ne signale chez sa malade aucun des indices ordinaires de la diathèse tuberculeuse, aucune manifestation cutanée ganglionnaire ou viscérale; et cependant il croit pouvoir affirmer qu'il s'agissait bien d'une double arthrite tuberculeuse (1).

Nous nous demandons, et beaucoup de médecins se demanderont sans doute avec nous, quels sont parmi les symptômes observés et décrits par M. Sée, ceux qui lui permettent d'affirmer la nature tuberculeuse de cette arthrite double. L'extinction facile et complète des foyers aussi étendus est difficilement conciliable avec les idées généralement reçues sur l'infectiosité du tubercule et ses tendances à la généralisation.

L'objection avait été pressentie par les premiers observateurs. « Lorsque Koster découvrit le tubercule embryonnaire » et en annonça la présence dans les fongosités articulaires, » nous dit M. Lannelongue, il ne dissimula pas son embarras, » le considérant comme tubercule d'une part, et reconnais- » sant en même temps combien le pronostic de la tubercu- » lose devait changer..... Les hésitations naquirent, les » scrupules s'élevèrent et, par une réaction trop naturelle, » on arriva à penser que ces nodosités n'avaient aucun ca- » ractère spécifique. »

On a répondu en invoquant la curabilité de la tuberculose, ou, pour parler plus exactement, des foyers tuberculeux; mais l'objection n'est pas détruite. Sur quoi est établie en effet cette donnée généralement acceptée de la résolution possible des processus tuberculeux? Sur des recherches nécroscopiques au cours desquelles on a trouvé dans les viscères, les ganglions, le tissu cellulaire, de petits amas de nodosités tuberculeuses, isolés, indurés à la périphérie, caséeux au centre et le plus souvent passés inaperçus pendant la vie. La condition essentielle de cette terminaison heureuse, c'est le petit nombre des dépôts tuberculeux, leur petit volume et leur isolement, toutes choses peu conciliables avec les symptômes inflammatoires que présentent souvent à leur début même les arthrites fongueuses qui n'arrivent pas à suppuration et dont on obtient la guérison par quelques mois d'immobilisation compressive et de soins généraux. Il est difficile d'admettre qu'un foyer tuberculeux, c'est-à-dire infectieux et virulent, capable de faire naître une violente phlegmasie articulaire, soit en même temps susceptible de s'arrêter dans son évolution et de se transformer en une sorte de corps étranger inoffensif. Il devrait bien plutôt, ce nous semble, recevoir de cette inflammation provoquée par lui, et dont il est le centre, comme un coup de fouet qui précipiterait son évolution et hâterait son œuvre destructive.

Notre hésitation est encore plus grande vis-à-vis de ces cas, rares d'ailleurs, de tumeur blanche suppurée avec désorganisation articulaire déjà avancée, et dans lesquels on voit se produire l'arrêt spontané du processus, l'expulsion des produits dégénérés, l'organisation des fongosités. M. Lannelongue regarde ces phénomènes d'arrêt et de réparation comme compatibles avec l'idée d'un processus tuberculeux : « Le mal s'arrête parfois, souvent même, et dans ces temps » d'arrêt de grands efforts de réparation se montrent sous » plusieurs formes; les produits tuberculeux sont expulsés » ou résorbés, les tubercules eux-mêmes sont susceptibles » d'une métamorphose de bon aloi; d'un autre côté les ex- » sudats inflammatoires, les fongosités simples, devenues des » tissus plus élevés, établissent des adhérences et comblent » les vides existants. Il n'est pas jusqu'à des néoformations

(1) *Société de chirurgie*, séance du 7 juin 1882.

» osseuses qui ne puissent aussi se produire, et une ankylose est alors l'aboutissant naturel du processus. »

Il est difficile de croire à la nature tuberculeuse d'un processus qui s'arrête, revient sur ses pas et aboutit à la guérison après avoir pris un pareil développement et avoir déversé pendant des mois à travers le tissu cellulaire des flots de pus virulent.

Et ces vieilles tumeurs blanches, même des grandes articulations, qu'on voit durer, véritables fontaines de pus, pendant des mois et des années, en conservant le caractère d'affections locales, solitaires, et en permettant l'accomplissement à peu près régulier des grandes fonctions, sont-ce encore des manifestations tuberculeuses? Ces cas ne sont pas rares: les hospices en abritent de nombreux spécimens; nous en avons vu pour notre part un grand nombre dans les stations thermales de Barèges et de Bourbonne, et il n'est pas un médecin ayant quelques années de pratique qui n'en ait rencontré. N'est-il pas impossible, pour quiconque admet le caractère infectieux du tubercule, de le concilier avec l'innocuité (relative) prolongée pendant des années, de ces foyers intra et péri-articulaires? Or la même école, qui prétend rattacher à la tuberculose presque toute la scrofule et notamment la scrofule articulaire, proclame comme un dogme l'infectiosité du tubercule. Pour concilier cette donnée avec les allures des affections scrofuleuses dont beaucoup restent solitaires et localisées au milieu des conditions les plus favorables à la généralisation, on a dû faire bien des restrictions et adoucir singulièrement les traits du portrait classique de la tuberculose.

Du moment que toutes les scrofulides osseuses, cutanées, ganglionnaires, étaient de la tuberculose, il fallait admettre des tuberculoses bénignes, curables, et les admettre en grand nombre, à côté des formes graves communes de la tuberculose légitime. Pour maintenir la donnée de l'unité de nature on met ces différences de gravité et d'évolution sur le compte du terrain : « Il n'existe qu'une tuberculose, mais il y a une grande variété de tuberculeux. »

On peut aller loin en partant de ce principe : l'influence du terrain sur le développement de la graine, du malade sur la forme de sa maladie, est une idée juste dont la thérapeutique doit toujours s'inspirer, mais il faut prendre garde d'en pousser à l'extrême les applications.

On peut admettre que de petits amas tuberculeux restent pendant des années à l'état de tubercules fibreux ou fibrocaséeux sans tendance à la généralisation; on en trouve d'une façon tout à fait inattendue à l'autopsie de sujets qui n'en ont pas souffert. On comprend encore qu'un organe soit envahi par poussées successives et qu'il y ait plusieurs étages de lésions : les unes presque cicatrisées, les autres en pleine évolution. Le mal a évolué sans interrompre sensiblement sa marche, concentrant successivement ses efforts sur différents points, abandonnant les uns pour se fixer sur d'autres.

Mais, alors qu'un foyer d'inflammation chronique, véritable carrière de produits caséeux et de pus virulent, dure depuis des années en conservant le caractère d'affection locale, solitaire, sans tendance à la généralisation, a-t-on le droit de le considérer comme une manifestation tuberculeuse et de mettre son innocuité relative sur le compte du terrain?

Sur quoi baserait-on ce diagnostic? Sur l'anatomie pathologique? Mais la granulation ne s'y rencontre qu'exceptionnellement : quant au follicule tuberculeux, c'est un élément banal qu'on trouve dans les processus les plus divers. — Sur la pathologie expérimentale? — Quand bien même l'inoculation de ces produits provoquerait chez le lapin ou le cobaye des lésions d'apparence tuberculeuse, la susceptibilité de ces animaux ne saurait prévaloir contre l'indifférence du réactif humain. Il semble que, si poison il y avait, le recéleur de ce poison serait le plus à même d'en subir les effets.

Si cette tolérance était un fait rare, exceptionnel, on pourrait l'expliquer par une disposition particulière du sujet qui le rendrait réfractaire à l'infection tuberculeuse. Mais on rencontre trop souvent ces Mithridate de la phthisie, comme les appelle M. Brissaud, pour n'être pas amené, en présence d'un aussi grand nombre de terrains réfractaires, à suspecter la qualité de la graine. Si les vieilles tumeurs blanches suppurées qui restent à l'état de mal local pendant des années sont de la tuberculose localisée, c'est que l'infectiosité du tubercule est un vain mot.

La difficulté de concilier les caractères cliniques des maladies scrofuleuses avec la virulence de la tuberculose a été l'origine d'une théorie esquissée sous le nom de *théorie de la tuberculose locale*, par l'un des inventeurs du follicule tuberculeux. Cette théorie tendait à créer un nouveau groupe pathologique ayant pour élément anatomique le « follicule » et comprenant : 1° les manifestations tuberculeuses localisées, généralement admises, du poumon, de la plèvre, du péricarde, de l'épididyme; 2° le plus grand nombre des affections scrofuleuses, telles que les abcès froids, l'arthrite fongueuse, l'adénite caséeuse, etc. Toutes ces maladies auraient un cachet commun de malignité locale, sans tendance à la généralisation.

Cette nouvelle entité pathologique, faite avec des morceaux empruntés à la tuberculose et à la scrofule, a été vivement critiquée comme une atteinte à la doctrine de l'unité de la tuberculose par les histologistes qui proclament l'identité anatomique et étiologique des processus scrofuleux et tuberculeux. Nous nous associons volontiers à leurs critiques : porquoi débaptiser les lésions scrofuleuses et les appeler « *tuberculoses locales* », si ce nouveau nom n'implique pas l'identité de nature avec les lésions tuberculeuses? Mieux valait conserver le mot « scrofule », qui, du moins, ne prête pas à équivoque.

Mais ces mêmes médecins qui combattent la théorie de Friedlander comme attentatoire à l'unité de la tuberculose ne risquent-ils pas, en augmentant incessamment son domaine au nom des découvertes de l'histologie, de compromettre la cause de sa spécificité pour laquelle la science française a tant combattu? En abaissant de plus en plus les limites du criterium anatomique, on en est arrivé à placer la graine de tubercule dans un élément banal commun à tous les processus irritatifs et inflammatoires. L'histologie découvre chaque jour de nouvelles manifestations tuberculeuses, mais ce sont là des conquêtes de laboratoire, dont beaucoup ne sont pas sanctionnées par l'observation clinique.

V. — Résumé et conclusions.

Est-ce à dire qu'à nos yeux il n'existe pas d'arthrite tuberculeuse? Loin de nous la pensée de contester les localisations articulaires de la tuberculose, signalées d'ailleurs depuis longtemps et décrites par Bonnet. Ce que nous contestons seulement c'est qu'elles correspondent à un type clinique bien défini, ayant des périodes distinctes, une symptomatologie particulière et méritant une place à part dans le groupe de phlegmasies articulaires. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de décrire sous le nom d'ostéo-arthrite tuberculeuse une espèce particulière de tumeur blanche. La tuberculose articulaire n'est, dans l'immense majorité des cas où on l'observe, qu'un processus secondaire venant compliquer une tumeur blanche inflammatoire, une arthrite scrofuleuse. Une épiphyse chroniquement enflammée, une synoviale en voie de transformation fongueuse constituent pour la diathèse tuberculeuse un terrain de prédilection, un *locus minoris resistantiæ*, en même temps qu'elles favorisent l'éclosion de cette diathèse. Sous cette double influence le processus tuberculeux vient s'ajouter au processus inflammatoire, la tumeur blanche, devenue *scrofulo-tuberculeuse*, prend des allures nouvelles, suit une marche plus rapide et

acquiert une gravité plus grande, source de nouvelles indications chirurgicales.

Le chirurgien doit toujours avoir cette éventualité devant les yeux et examiner à ce point de vue les antécédents de son malade; il doit étudier attentivement son état général afin de surprendre les premiers indices de tuberculisation. Jusque-là il peut, il doit même chercher la guérison à l'aide de l'immobilisation compressive combinée avec l'emploi des révulsifs et des grands modificateurs hygiéniques; mais, dès qu'il croit à l'imminence de la tuberculose, il doit prendre un parti radical, amputer ou tout au moins réséquer au loin, tout à fait dans les parties saines, et se garder de ces opérations partielles, tout au plus bonnes à faire illusion pendant quelque temps.

Envisagée du point de vue clinique la tuberculose articulaire doit s'entendre :

1° Des synovites granuleuses primitives, développées dans le cours d'une tuberculose aiguë (observation de Laveron in *Progrès médical*, 1876, de Lannelongue in *Bull.* et *Mém. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 296). Ces faits sont rares et ne correspondent pas encore à un type clinique bien déterminé; la symptomatologie de cette arthrite tuberculeuse aiguë est presque tout entière à faire; la connaissance qu'on en a ne repose guère que sur des données d'amphithéâtre.

2° Des tumeurs blanches survenues rapidement à la suite d'une cause légère, insignifiante (traumatisme ou refroidissement) chez un sujet manifestement tuberculeux. On peut les considérer comme des arthrites tuberculeuses chroniques primitives; sous l'influence diathésique, l'inflammation simple amenée par ce traumatisme insignifiant se complique, dans un temps très court, d'un nouvel élément (néoplasie, ou inflammation spécifique provoquée par les microbes échappés des vaisseaux sanguins), et l'arthrite passe presque immédiatement à la tumeur blanche; les épiphyses deviennent gonflées et douloureuses, la synoviale s'épaissit et devient fongueuse, une suppuration abondante et hâtive s'établit à l'intérieur et autour de l'article dont l'appareil de connexion est promptement détruit; bref on voit se dérouler tout l'appareil symptomatique d'une tumeur blanche aiguë avec des caractères évidents de malignité locale et générale.

Ces cas sont comparables à ceux que Schüppel fait naître expérimentalement en contusionnant des articulations chez des animaux préalablement rendus tuberculeux.

3° Des tumeurs blanches développées lentement (chez des sujets qui n'ont pas encore présenté de manifestations tuberculeuses, mais qui ont une prédisposition accusée par des antécédents héréditaires ou personnels) offrent, pendant un temps plus ou moins long, les caractères d'une inflammation chronique non spécifique, puis s'aggravant en même temps que la déchéance organique fait des progrès, et devenant un des centres d'action de la tuberculose dont elle a amené le développement ou le réveil.

Cette dernière variété de tuberculose articulaire représente dans la masse des tumeurs blanches un groupe considérable. L'affection articulaire joue-t-elle vis-à-vis de la maladie générale le rôle de cause ou d'effet? Elle est probablement les deux. L'essentiel, au point de vue de la pratique, c'est de savoir: 1° que chez les tuberculeux, les phlegmasies prennent volontiers le type chronique, tournent vite à la tumeur blanche, à la tumeur blanche tuberculeuse; 2° que la tumeur blanche, par la souffrance, l'inaction forcée et la spoliation organique qu'elle occasionne, favorise le développement de la tuberculose; et que sous l'influence de la maladie générale la phlegmasie articulaire, devenue spécifique, prend un développement plus grand, marche plus rapidement et comporte un pronostic plus fâcheux au point de vue de la conservation du membre et de celle de l'existence.

En dehors de la tuberculose articulaire dont nous avons fait la part assez grande, il reste dans le groupe des arthrites fongueuses :

1° Toutes celles, rhumatismales ou scrofuleuses, qui s'arrêtent à la première phase et dont on obtient la guérison avec quelques mois de soins généraux et d'immobilisation compressive ;

2° Celles qui, arrivées à suppuration, durent pendant des mois et des années avec des temps d'arrêt et des périodes d'exacerbation en conservant le caractère d'affections locales.

3° Enfin, tous les cas, et le nombre en est encore assez grand, où des sujets atteints de tumeur blanche dans leur jeune âge et débarrassés par une amputation, fournissent une longue carrière sans présenter d'autres manifestations osseuses ou viscérales, légitimement imputables à la tuberculose.

Si l'on veut rattacher tous ces cas au tubercule, on ne le peut qu'en modifiant profondément la signification au double point de vue de l'anatomie et de la clinique. De revendication en revendication le tubercule, personnifié dans la cellule géante ou le follicule, en arrivera à réclamer comme faisant partie de son domaine tous les processus suppuratifs, cutanés, ganglionnaires, osseux ou viscéraux. Les processus simplement irritatifs suivront de près, et on peut entrevoir le moment où la personnalité du tubercule sera compromise par ces envahissements incessants. Les progrès de l'histologie l'ont fait déchoir du rang de néoplasme : un élément spécifique est à peine signalé et élevé à la dignité de « tubercule vrai », qu'une nouvelle découverte le fait descendre de son piédestal et rentrer dans la foule des processus inflammatoires.

Le tubercule doit-il cesser d'être considéré comme une néoplasie? Le néoplasme tuberculeux doit-il faire place à l'inflammation tuberculeuse comme le voulait Cruveilhier? Bien des faits plaident en faveur de cette interprétation des maladies tuberculeuses. En tout cas l'origine inflammatoire est encore conciliable avec l'idée de spécificité; mais cette idée que les efforts des savants français ont fait triompher par deux fois est menacée par l'extension incessante du domaine de la tuberculose. Le jour où on verra du tubercule derrière toute suppuration chronique, on sera bien près d'en voir dans tous les processus inflammatoires ou simplement irritatifs, et le mot de tubercule n'aura plus de sens.

Terminé il y a déjà plusieurs mois, alors que la doctrine parasitaire de la tuberculose ne faisait que de naître, ce travail pouvait difficilement contenir l'exposition, encore moins la discussion de cette doctrine et son application à la détermination exacte des divers produits prétendus tuberculeux.

Cette réserve a été d'ailleurs observée par M. Quinquaud dans sa remarquable thèse d'agrégation, car il s'est contenté de signaler à l'horizon le criterium microbique, attendant pour faire entrer cet élément dans le débat que sa signification fût encore mieux établie.

Depuis cette époque, la découverte de Toussaint, Klebs, Koch, a été confirmée par des recherches faites de divers côtés, et la présence d'un micro-organisme dans les produits tuberculeux ne paraît pas douteuse. Est-il caractéristique de leur essence tuberculeuse, au point de vue de dispenser de l'emploi des autres criteriums? Est-ce là le tubercule animé? Plusieurs le pensent.

En tout cas, dans l'état actuel de la science, l'examen de ce criterium doit avoir sa place dans tout travail consacré à cette grosse question de l'identité des deux diathèses. Celui qu'on vient de lire présente au moins de ce chef une lacune qu'explique la date de sa composition, et que nous essayerons de combler dans une prochaine étude en examinant le chemin que la doctrine parasitaire a fait faire à la cause de l'identification des processus tuberculeux et scrofuleux, et plus particulièrement les coups qu'elle a portés à la vieille entité morbide de la scrofule articulaire.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAMBRE, PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La douleur provoquée comme moyen de traitement dans l'empoisonnement par l'opium et la belladone.

Mon cher ami,

La *Gazette hebdomadaire* a inséré, dans son numéro du 28 septembre 1883, une lettre de M. Barély (de Nice) sur l'emploi de la douleur provoquée pour combattre l'empoisonnement par l'opium, et le numéro du 26 de ce mois contient une réclamation de M. Brémond relative à la même idée, avec cette variante que la faradisation cutanée a été substituée par lui aux excitations mécaniques (pincement, frictions, flagellation) conseillées par M. Barély. Je viens mettre nos deux honorables confrères d'accord en établissant par le passage suivant, imprimé en 1875 dans mes *Principes de thérapeutique générale* (p. 203), que j'ai, dès cette époque, formulé et appliqué l'idée que le premier vient de produire, et employé dans un cas d'empoisonnement par l'opium le procédé qu'indique le second. Voilà ce passage, que je vous demande la permission de reproduire :

« La douleur est un agent thérapeutique précieux et que nul autre ne saurait remplacer dans des cas déterminés. Elle constitue souvent le seul moyen dont nous disposions pour réveiller la vie cérébrale. Or nous avons dans les papilles nerveuses de la peau un clavier immense qu'il suffit de toucher pour que le cerveau se mette à vibrer à l'unisson. La syncope, le carus morbide ou toxique, l'asphyxie sont les circonstances dans lesquelles on a le plus souvent l'occasion de surexciter la sensibilité cutanée. Il faut faire souffrir les malades pour qu'ils ne meurent pas, et les faire souffrir quelquefois, sans trêve ni répit, d'une manière indiscontinue. J'ai vu, il y a cinq ans, un exemple des effets de cette douleur provoquée dans un empoisonnement. Il s'agissait d'une intoxication par le laudanum. Le pouls était d'une extrême lenteur; il ne se faisait plus que sept ou huit respirations par minute; il y avait un commencement de stertor; la peau était froide et marbrée de larges plaques violettes indiquant un trouble profond dans l'hématose et dans la circulation capillaire. Dès que je faisais souffrir le malade en appliquant sur les points les plus impressionnables, c'est-à-dire sur les parties latérales de la poitrine, les rhéophores d'un appareil à faradisation fonctionnant à outrance, le pouls se relevait, la respiration fonctionnait mieux, et la vie cérébrale sortait de sa torpeur; dès que je cessais ces manœuvres, le même appareil de symptômes menaçants se reproduisait. Cette lutte émouvante dura toute une nuit, et la persévérance dans l'emploi de ces moyens fut couronnée de succès. »

J'ai reproduit cette idée et ce fait dans le tome I (p. 43) et dans le tome II (p. 286) de mon *Traité de thérapeutique appliquée*, publié en 1878.

Mon intention est moins de réclamer ici une priorité qui ne me semble pas contestable que d'appeler une fois de plus l'attention des praticiens sur l'importance de ce moyen, qui a fait ainsi ses preuves d'efficacité entre les mains de trois médecins qui ont constaté isolément sa puissance pour réveiller la vie cérébrale, alors qu'elle semblait engourdie d'une manière irrémédiable par l'opium, et c'est à ce titre seul que je vous demande d'insérer cette note dans la *Gazette hebdomadaire*.

Bien sincèrement à vous,

V. Fonssagrives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Candidatures.— M. *Charcot*, M. *Hayem* prient l'Académie de vouloir bien les comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et chirurgie. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Recherche du sang sur les vêtements qui ont été lavés. Note de M. *C. Husson*. — A défaut des éléments mêmes du sang enlevés par un lavage, il peut y avoir de l'intérêt à mettre en évidence les soins que l'accusé a pris pour laver telle partie du vêtement plutôt que telle autre, et à rechercher la présence du savon.

Comparaison de l'excitabilité de la surface et des parties profondes du cerveau. Note de M. *Couty*. — Les anciens expérimentateurs avaient constaté que les parties profondes du cerveau étaient sensibles à divers excitants, et seules les parties superficielles leur avaient paru inexcitables. Les observations commencées avec les courants électriques par MM. Fritsch et Hitzig, les observations faites avec les excitants mécaniques par M. Vulpian et par l'auteur ont montré que cette dernière conclusion était incomplète, et, au moins sur certaines espèces, quelques-unes des régions corticales sont, elles aussi, plus ou moins sensibles. D'après MM. Franck et Pitres, les couches superficielles du cerveau seraient les plus excitables, et l'électrisation des parties sous-corticales ne pourrait pas déterminer de convulsions. L'auteur a fait de nouvelles expériences sur des singes cébus, et plus souvent sur des chiens normaux strychnisés ou chloralisés.

« L'expérience la plus probante, dit M. Couty, est la suivante. On applique sur le cerveau la pointe des électrodes isolées : on fait passer un courant; il produit des contractions dans les membres du côté opposé; alors on enfonce de 2 ou 3 millimètres, et les contractions isolées se transforment en convulsions hémiplégiques ou généralisées. Les effets de l'excitation augmentent parce qu'ils portent sur des parties plus sensibles. »

Toutes ses expériences tendent à établir que l'électrisation de la substance blanche produit des effets absolument analogues à ceux de l'électrisation corticale, et à prouver que, conformément à l'opinion des anciens expérimentateurs, l'excitabilité de cette substance blanche va en augmentant à mesure que l'on descend de la surface du cerveau à ses parties profondes, ou mieux à mesure que l'on se rapproche de la protubérance et de la moelle, ces véritables centres de réception et de réflexion de toutes les excitations parties du cerveau, comme l'auteur a essayé de le montrer dans diverses communications précédentes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *le Président* donne lecture d'une lettre de M. *Rochard* remerciant ses collègues des témoignages d'affection qu'ils lui ont adressés depuis son accident.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur Cerruti (de Turin), une brochure intitulée : *Contribuzione allo studio delle stenosi ed atresie senili del collo dell utero.*

M. *Chatin* présente, au nom de M. *Mandon* (de Limoges), un mémoire manuscrit sur l'*emploi rationnel du chlorate de potasse dans les angines diphthéritiques.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, de la part de M. le docteur *Burq*, une série de pièces justificatives de son opinion sur *les propriétés antiseptiques et prophylactiques du cuivre.* (Renvoi à la commission spéciale.)

M. *Le Roy de Méricourt* fait hommage, au nom de MM. les docteurs *Sir Joseph Fayrer* et *Joseph Ewart*, d'un *Rapport* au congrès des médecins de colonies à Amsterdam *sur le traitement des maladies tropicales dans les climats tempérés.* (Renvoi à la commission des candidatures au titre de correspondant étranger dans la première division.)

M. *Jules Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Liégey* (de Choisy-le-Roi), un mémoire manuscrit intitulé : *Nouvelles observations relatives à la diathèse hémorrhagique ou hémophylie.* (Renvoi à la commission des candidatures au titre de correspondant national dans la première division.)

M. *H. Roger* fait hommage, au nom de M. le docteur *Descroizilles*, médecin de l'Hôpital des Enfants, d'un *Manuel de pathologie et de clinique infantiles.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur *Gouguenheim*, une *lampe électrique*, construite sur ses indications par M. *Chardin*. Il s'agit de très petites lampes des systèmes Swan et Edison, permettant d'éclairer très brillamment et sans dégagement notable de chaleur les cavités du corps les plus accessibles.

Influence des épidémies puerpérales sur le terme de l'accouchement. — M. *Hervieux*, ayant entrepris le dé-

pouillement des 16173 accouchements qui ont eu lieu à la Maternité de 1861 à la fin de 1872, en trouva 5236 avant terme, soit 32,05 pour 100. Faut-il, comme on le prétend d'ordinaire, attribuer ces avortements à des causes communes, telles que l'état civil des accouchées hospitalisées, filles pour la plupart, leur détresse physique ou morale, la fatigue engendrée par certaines professions, l'insuffisance de l'alimentation, etc.? Ces causes peuvent avoir une certaine influence assurément, mais elles ne suffiraient pas à expliquer l'écart existant entre le chiffre des avortements pendant les premières années du service de M. Hervieux à la Maternité et pendant les années suivantes; car de 1861 à 1867, la proportion pour 100 des avortements a oscillé entre 33,93 et 41,50, tandis que de 1868 à 1872 elle a varié de 27,57 à 18,99 avec une tendance manifeste à la décroissance à mesure qu'on arrivait à la fin de cette période, soit une différence de plus d'un tiers en moyenne, d'une période à l'autre. Les causes communes n'ont pas changé, et même lorsqu'elles sont aggravées, comme en 1870 et 1871, le nombre des avortements a été très faible. Il faut de même rejeter l'influence des vicissitudes atmosphériques, car celles-ci sont trop variables pour expliquer de tels résultats statistiques; il en est de même pour les constitutions saisonnières.

Mais, si l'on consulte les auteurs vétérinaires, on voit qu'ils parlent souvent de la persistance des avortements des vaches dans certaines étables; est-ce donc une loi de l'habitude? Pour un animal isolé peut être, mais non pour tous ceux qui passent par ces étables. M. Bouley a plutôt attribué cette persistance, dans un mémoire daté de 1871, à une sorte de contagion; M. Franck (de Munich) a constaté qu'il suffisait d'introduire dans le vagin d'une femelle pleine des matières recueillies sur le délivre d'une femelle venant d'avorter pour provoquer l'avortement de la première, et cet avortement serait déterminé en pareil cas par des microcoques ou des bactéries existant en quantité extraordinaire sur les enveloppes fœtales et concourant à leur décomposition. L'avortement qui se propage dans les étables serait, d'après M. Roloff, le résultat de l'introduction dans le vagin de matières salies par le délivre des vaches dont l'avortement serait accompli, matières qui se trouveraient dans le purin de la rigole et sur la litière et qui dénonceraient leur action directe par une certaine rougeur et de la tuméfaction qui précèdent toujours la manifestation de l'accident. D'autres observations viennent également à l'appui de cette manière de voir, et l'on semble, par suite, autorisé à croire à la possibilité des avortements épidémiques dans l'espèce humaine par voie d'infection ou de contagion. M. *Hervieux* montre, à cet effet, par des graphiques très précis que les années pendant lesquelles le fléau puerpéral a sévi avec la plus grande rigueur à la Maternité sont aussi celles où le mouvement progressif des accouchements avant terme a été le plus accentué et c'est dans les années où l'état sanitaire de cet établissement s'est amélioré que la proportion des accouchements avant terme a le plus sensiblement diminué. Toutefois l'accroissement progressif des accouchements avant terme s'est prolongé au delà de l'année 1864, qui peut être considérée comme l'apogée de la mortalité. C'est que le poison puerpéral, comme certaines maladies toxiques, a des modes d'action divers, frappant tantôt la mère et le fœtus, ou l'un ou l'autre, bien que l'on déclare l'état sanitaire satisfaisant dans les Maternités si la mortalité des femmes en couches est minime et lors même que la proportion des décès serait assez élevée par les nouveau-nés. M. Hervieux, poursuivant ses investigations statistiques, n'a en effet pas de peine à montrer que le séjour à l'hôpital précipite le terme de la grossesse et que plus une femme enceinte passe de temps dans une Maternité, moins elle a de chances d'accoucher à terme.

De ces considérations il faut conclure, au point de vue théorique, que ce n'est pas nécessairement du traumatisme physiologique déterminé par l'accouchement que dépendent, comme le soutenait Cruveilhier, en 1858, les accidents généraux et locaux auxquels sont exposées les femmes en couches; car l'intoxication puerpérale se manifesterait aussi bien alors dans toutes les localités et dans tous les pays; c'est donc le poison puerpéral qui est le facteur essentiel. De plus, la plaie placentaire n'est pas la seule porte d'entrée de ce poison; chez la femme enceinte en effet la cavité utérine est close; les relevés précédents permettent donc de croire que la voie respiratoire est un mode d'introduction vraisemblable et important chez la femme grosse. Peut-on enfin admettre que chez les femmes, comme pour les vaches, d'après MM. Frank et Roloff, l'introduction de bactéries dans l'utérus amène la décomposition de l'œuf et de ses membranes? c'est un point à rechercher expérimentalement. Au point de vue pratique toutefois, il importe de reconnaître « qu'en temps d'épidémie, toute Maternité doit être fermée aux femmes enceintes et que, hors le temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être admises dans une Maternité qu'autant qu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accouchement ».

Étiologie du typhus fever. — M. *A. Bouchardat*, poursuivant ses études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses, examine aujourd'hui l'étiologie du typhus fever. Pour lui, le parasite du typhus fever n'existe point partout; il prend naissance par la transformation des éléments figurés élémentaires normaux, à la suite de l'exténuation provenant de la *continuité* de la famine, ou des affections typhigènes; en évoluant des corps des affamés, ou de malades atteints d'affections typhigènes, il est à son maximum de puissance, et ne se propage pas à distance; il est très dangereux surtout pour ceux qui approchent un malade atteint du typhus et le danger s'accroît avec le nombre des malades. Ce parasite enfin se modifie dans sa nocuité comme dans son mode d'action sur l'économie humaine, par une suite de transmissions puisqu'il s'éteint définitivement. Aussi M. Bouchardat est-il d'avis qu'on évite, par-dessus tout, l'encombrement des malades victimes de la famine ou atteints d'affections typhigènes, et l'un des devoirs les plus impérieux du gouvernement lui paraît être de prévenir la famine dans toutes les régions que celui-ci administre. En résumé, suivant l'orateur, l'hygiène du typhus a une marche assurée quand elle s'appuie sur les notions fournies par la clinique sur la genèse et la propagation du parasite. Aucune indication utile ne ressort de l'hypothèse « que ce parasite existe partout; tout est caché et obscur avec la théorie pastorienne du parasite partout; tout s'explique facilement, au contraire, en admettant que les malades sont le foyer de genèse et de propagation du parasite ».

— La séance est levée à quatre heures cinquante-cinq.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

La correspondance comprend une lettre de M. H. *Petit*, en réponse à la Note de M. *L. Labbé*: cette lettre est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Després, Trélat et Horteloup.

— M. *le Président* annonce la mort de M. *Depaul*, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. La séance est levée en signe de deuil.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Sur la gastrostomie. — Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. — Application de la lithotritie à l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

M. *Horteloup*. Dans la séance du 17 octobre, M. Labbé réclame la priorité d'un procédé de gastrostomie, priorité qui aurait été méconnue par M. H. Petit, dans son *Traité de la gastrostomie*. Dans la dernière séance, M. H. Petit a adressé à la Société de chirurgie une lettre donnant des explications satisfaisantes et rendant justice à M. L. Labbé. La commission propose d'insérer au procès-verbal les parties de la lettre ayant trait à la rectification. (Adopté.)

— M. *Larger* (de Maisons-sur-Seine) lit une Note sur le lieu d'élection de la fistule dans la gastrostomie.

Les chirurgiens qui, à l'exemple de Sédillot, se sont occupés du lieu d'élection de la fistule stomacale, n'ont eu en vue comme lui que la facilité opératoire. Or il faut encore que la fistule soit placée de façon à ce qu'elle gêne le moins possible les mouvements de l'estomac. C'est sur ce point que M. Larger attire l'attention.

Le lieu d'élection de Sédillot qui est le plus avantageux au point de vue opératoire, est le plus défectueux au point de vue fonctionnel. C'est ce qui résulte des recherches anatomiques et physiologiques de M. Larger (thèse de Strasbourg, 1870); la conclusion de cette thèse se résume ainsi : « Il existe normalement au niveau du coude de l'estomac, à l'union des portions cardiaque et pylorique (lieu d'élection de Sédillot), un fort amas de fibres musculaires lisses appartenant à la couche circulaire, amas de fibres signalé par Er. Home, et que ce dernier a considéré à tort comme un sphincter anatomique; mais qui, servant de lieu d'insertion principal aux deux courbes de fibres longitudinales de l'estomac d'une part, et obliques de l'autre, est le véritable centre moteur de l'estomac, le point où convergent et d'où partent tous les mouvements musculaires. »

Il suit de là qu'en pratiquant une fistule au niveau du coude de l'estomac, on détermine dans les mouvements de celui-ci une perturbation. Où devra être placée la fistule? Dans la portion cardiaque, près de la grande courbure, dans un point aussi rapproché que possible du cardia. Voici comment M. Larger conseille d'opérer :

1° Incision cutanée de M. L. Labbé, le plus près possible des cartilages costaux.

2° Attirer doucement à l'orifice abdominal la région cardiaque de la grande courbure, et ouvrir l'estomac en un point le plus rapproché possible du cardia. M. Larger déclare toutefois que l'opérateur sera réduit parfois à placer la fistule non où il voudra, mais où il pourra.

3° Faire pénétrer très peu la sonde en caoutchouc dans la crainte que les contractions musculaires ne poussent l'extrémité de la sonde dans le duodénum.

M. *Berger*. Tous les chirurgiens ont désiré établir la fistule près du cardia ; mais on n'a pas le choix et à l'autopsie on découvre que la fistule est au niveau de la région pylorique. Quant à attirer la région du cardia vers l'orifice cutané, c'est impossible, et si on y parvenait, faudrait-il fixer à la peau une région qui est normalement attirée vers un autre point ?

M. *Lucas-Championnière*. En effet, le chirurgien fait pour le mieux. Le travail de M. Larger ne paraît pas confirmé par l'expérience clinique. Le malade de M. Lucas-Championnière recevait les aliments dans les mêmes conditions que les autres opérés ; il digérait régulièrement et sa fistule était presque pylorique.

— M. *Verneuil* fait une communication sur les luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, des articulations en attitude vicieuse se luxent soudainement, sans altération osseuse, sans suppuration ; ces luxations sont susceptibles d'être réduites instantanément, comme les luxations traumatiques, et le membre reprend son aspect normal. Cette variété de luxation n'est pas rare ; M. Verneuil en a vu sept exemples. A l'exception d'une observation de M. Marjolin publiée dans la thèse de M. Gibert, M. Verneuil n'a pas rencontré un fait analogue à ceux qu'il a observés.

En août dernier, M. Verneuil fut appelé pour voir une fille de onze ans, de bonne constitution, prise pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde d'un rhumatisme qui s'était surtout fixé sur la hanche. L'enfant souffrit beaucoup pendant dix à douze jours, et tout à coup la douleur se calma. Le médecin put alors examiner la hanche et reconnut une déformation. M. Verneuil appelé reconnut une luxation coxofémorale. La difformité était très apparente. L'enfant fut chloroformé, et la luxation iliaque fut réduite. Les deux membres reprirent leur symétrie. Immobilisation dans la gouttière de Bonnet; guérison.

C'était la cinquième luxation de cette nature que M. Verneuil observait à la hanche. Toutes les observations sont calquées sur celle qui précède.

En 1845, étant interne de Lisfranc, M. Verneuil eut à soigner une femme atteinte de rhumatisme articulaire; elle souffrait atrocement de la hanche, puis, tout à coup, elle ne souffrit plus; il s'était produit une luxation iliaque qui ne fut pas réduite.

L'année suivante, en 1846, dans le service de M. Bazin, on apporte un garçon de seize à dix-huit ans ayant un rhumatisme très douloureux de la hanche; un beau jour les douleurs cessèrent, une luxation s'était produite; elle ne fut pas réduite.

Un jour, à Lariboisière, arrive un malade atteint d'une difformité de la hanche; il avait été traité en ville pour un rhumatisme articulaire aigu. La luxation iliaque fut réduite à l'hôpital.

Enfin, chez un enfant de huit ans, paraissant atteint de coxalgie suraiguë, M. Verneuil reconnut une luxation récente de la hanche. Réduction; guérison.

Deux fois M. Verneuil observa la luxation du genou. Une première fois, il s'agissait d'une jeune femme ayant un rhumatisme mono-articulaire succédant à un rhumatisme polyarticulaire. La malade était couchée sur le dos; un coussin était placé sous les deux genoux, tenant la jambe à angle droit sur la cuisse. Un matin, on remarqua que le genou malade était luxé. Réduction; appareil silicaté; guérison.

Un autre cas observé à la Pitié. Femme ayant une fracture compliquée de la jambe droite et une forte contusion de la jambe gauche. Tout allait bien, quand survint un rhumatisme articulaire aigu. Du jour au lendemain, le genou gauche se luxa. Réduction et appareil inamovible. Un chirurgien enleva l'appareil pour communiquer des mouvements à l'article; la luxation se reproduisit, et on ne put réduire de nouveau. Plus tard, M. Verneuil fit la résection du genou; l'état général était très mauvais; il fallut amputer la cuisse; la malade mourut.

Voilà donc sept observations de luxation subite sans déformation osseuse et sans suppuration. Il faut donc surveiller les attitudes vicieuses dans le rhumatisme. La réduction est facile, et le membre reprend sa forme et ses fonctions.

Dans l'état actuel de la science, on attribue ces luxations à l'hydarthrose. M. Verneuil ne conteste pas ces luxations par hydarthrose, mais il n'a jamais constaté l'hydarthrose. Dans les deux cas de luxation du genou, il n'y avait pas de liquide. On donne au système musculaire un rôle trop effacé dans la production des luxations. Ce sont cependant les muscles qui en sont les agents actifs : paralysie d'un groupe musculaire et contracture d'un autre groupe musculaire. La malade, qui avait une contusion de la jambe gauche, avait une paralysie

M. *Trélat*. La contusion permet d'expliquer la paralysie du triceps, mais cette paralysie n'a pas été démontrée; en outre, les muscles postérieurs de la cuisse n'ont pas une puissance assez considérable pour déterminer une luxation brusque, à moins que la jambe ne soit à angle droit sur la cuisse. L'explication de M. Verneuil est vraisemblable, mais du triceps, et les muscles de la région postérieure de la cuisse firent glisser le tibia derrière le fémur.
elle n'est pas démontrée.

M. *Després* dit que, dans la paralysie infantile, on observe des groupes de muscles paralysés, et cependant les luxations y sont rares.

M. *Marjolin*. Il ne faut pas trop repousser l'hydarthrose coxo-fémorale; la cessation complète de la douleur, quand la luxation se produit, prouve que l'étranglement a cessé aussitôt que la distension articulaire a disparu.

M. *Reclus* répond à M. Després que les luxations paralytiques ne sont pas rares, qu'il en a vu à la hanche, aux genoux, et que les pieds bots paralytiques sont bien connus.

M. *Verneuil*. Après une contusion du genou, on voit les muscles de la cuisse s'atrophier en quelques jours. De même, après une contusion de la hanche, on observe la paralysie des fessiers; de même, à l'épaule, la paralysie du deltoïde. Pour expliquer la luxation du genou, il faut que la jambe soit à demi-fléchie sur la cuisse, comme cela existait chez les deux derniers malades cités.

— M. *Henriet* lit un travail sur les applications de la lithotritie à l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

L. Leroy.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Circulation rénale pendant la fièvre, par M. Walter Mendelson.

On accepte volontiers l'idée que, pendant la période dite active de la fièvre, la circulation présente, dans toutes les parties du corps, une accélération plus ou moins considérable résultant du relâchement vasculaire et de l'augmentation d'activité du cœur.

Les expériences de M. Walter Mendelson (de New-York), exécutées à Leipsick sous la direction du professeur Cohnheim, viennent contredire cette manière de voir, et montrer que dans le rein, tout au moins, les modifications circulatoires sont exactement inverses de celles que l'on a pu supposer.

L'auteur a opéré en enfermant le rein dans une sorte d'appareil à déplacement imaginé par Ch. Roy (de Londres), et employé déjà par Cohnheim et Roy dans leurs expériences sur la circulation normale du rein (*Virchow's Arch.*, 1er juin 1883): les vaisseaux de l'organe restent libres, accompagnés de leurs nerfs; la masse formée par leurs expansions à l'intérieur du tissu rénal peut subir des dilatations ou resserrements qui se traduisent par l'augmentation ou par la diminution de volume du rein. Ces changements de volume, pour être considérés comme le résultat d'une modification propre, non passive, des vaisseaux du rein, doivent nécessairement être inverses des variations de la pression artérielle générale.

En soumettant les animaux à l'action de causes pyrétiques variées, l'auteur a pu établir la réalité du resserrement actif des vaisseaux du rein. Ses conclusions sont les suivantes:

1° Chez les chiens fiévreux, le rein diminue de volume;

2° Cette diminution est due à une contraction des parois des vaisseaux sanguins;

3° Elle est constante et progressive, proportionnée dans son intensité à celle de la fièvre elle-même;

4° Elle résulte, selon toute probabilité, d'une excitation nerveuse prenant naissance dans les centres, sous l'influence de la température anormale du sang qui circule dans ces centres. (*The american Journal of the med. Sciences*, octobre 1883.)

VARIÉTÉS

Exercice de la médecine dans un département frontière.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Nous ne doutons pas, Monsieur, que vous ne soyez assez bon pour insérer dans la *Gazette hebdomadaire* la déclaration suivante:

« Les médecins des cantons de Saillagouse et de Mont-Louis, réunis en la commune d'Osséja, protestent contre un vœu que quelques personnes ont envoyé à M. le ministre de l'intérieur pour qu'une convention médicale soit établie entre l'Espagne et la France pour l'exercice réciproque de notre art.

» Nous protestons parce que:

» 1° Le canton de Saillagouse contient huit mille habitants, et est desservi par les sept médecins français soussignés;

» 2° La pétition dont a été saisi M. le ministre se relie à certaines questions personnelles, des questions de clocher;

» 3° Les produits de notre profession étant déjà très limités, ils le seraient davantage par une convention avec l'Espagne;

» 4° Notre pays en serait humilié, les Facultés espagnoles étant bien au dessous du niveau des Facultés françaises;

» 5° Cette convention aurait lieu, que les médecins français ne seraient jamais demandés en Espagne;

» 6° La ville frontière espagnole la plus proche a le privilège d'avoir deux mille cinq cents (2500) habitants, desservis par huit médecins, qui vont exercer leur art dans notre contrée, et nous enlever une partie de notre clientèle, vu les prix excessivement réduits qu'ils ont pour l'exercice de leur art. »

Telles sont, Monsieur le directeur, les principales considérations qui nous font repousser un traité contre lequel nous avons l'honneur d'envoyer une protestation collective à la sous-préfecture de notre arrondissement et à la Société médicale de notre département.

Veuillez, Monsieur le président, agréer d'avance nos plus sincères remercîments.

Osséja (Pyrénées-Orientales), le 30 octobre 1883.

Dr Marti, Dr Pouget, Py, Dr Barnole, Sevene, Florence, Colonen.

Vu pour légalisation des signatures ci-dessus apposées:

Le maire d'Osséja,
Iglésis Come.

Choléra. — Le rapport de la mission allemande dirigée par M. Koch vient de paraître dans plusieurs journaux français.

Le 30 octobre, le *Reichsanzeiger* a publié une communication officielle relative à l'apparition du choléra à Pékin.

A la suite du choléra qui s'est déclaré à la Mecque et à Djeddah, des steamers qui transportent les pèlerins subiront, en revenant de Djeddah, une quarantaine de vingt jours.

— Au sujet de la légère recrudescence de choléra en Egypte, on lit dans la correspondance du *Temps*: « Sans s'inquiéter outre mesure de la recrudescence de choléra qui est signalée en Egypte et notamment à Alexandrie, on commence néanmoins à s'en préoccuper, en raison surtout des circonstances dans lesquelles elle s'est produite. L'Angleterre est rendue encore une fois responsable de la réimportation du choléra. Voici ce qui motive cette accusation nouvelle. M. Baring est venu en Egypte sur un bateau de la Compagnie péninsulaire et orientale, sur lequel un décès suspect avait eu lieu pendant la traversée. A l'arrivée du bateau à Suez, les médecins de l'office sanitaire égyptien, après avoir constaté le fait, voulurent accomplir leur devoir et soumettre le navire à la quarantaine réglementaire, avant tout débarquement. Mais le Conseil sanitaire international, ayant été consulté, n'approuva pas cette manière de voir et décida que le

navire pourrait transiter le canal en contumace et débarquer M. Baring et sa suite après une observation insignifiante de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Ce vote a été acquis par la majorité des fonctionnaires qui, dans le Conseil international, votent uniformément selon le mot d'ordre anglais, de sorte qu'aujourd'hui, s'il est très difficile de dire que cette décision du Conseil a réimporté le choléra à Alexandrie, tout au moins est-elle un signe certain que le Conseil est sous l'influence omnipotente des Anglais, qu'il a perdu son caractère international et que, par suite, les garanties qu'il offrait à l'Europe pour sa propre sécurité sont devenues illusoires.

École dentaire. — Samedi soir a eu lieu, sous la présidence de M. Verneuil, la quatrième séance d'ouverture de l'*Ecole et Hôpital dentaires de Paris*. Le président avait à ses côtés M. E. Lecaudey, directeur de l'Ecole, et M. le docteur Pinard, agrégé de la Faculté de Paris. Après une allocution de M. le professeur Verneuil, le directeur de l'Ecole a exposé la situation prospère de l'Ecole dentaire libre, et annoncé la création de nouveaux cours. On a procédé ensuite à la distribution des récompenses aux élèves de l'année scolaire 1882-83.

Écoles de médecine militaire. — Nous apprenons que la commission du budget vient de rayer du budget de la guerre les crédits nécessaires pour assurer le fonctionnement des Ecoles de médecine récemment créées à Nancy et à Bordeaux. Malgré ce vote, nous ne désespérons pas de voir la Chambre approuver la création des Ecoles nouvelles et rendre ainsi possible le recrutement du corps de santé qui donne aujourd'hui, malgré les assertions qui ont été émises à la commission du budget, des résultats très insuffisants.

Gynécologie. — A l'Hôtel-Dieu, M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes dans l'amphithéâtre Desault, le mardi 13 novembre 1883, à neuf heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

Cours public. — M. le docteur Aguilhon de Sarran commencera son cours de chirurgie dentaire pratique le lundi 12 novembre prochain, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, 13, rue Suger.

Conférences de clinique. — M. le docteur Nicaise, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laennec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le mardi 13 novembre 1883, à dix heures, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques le dimanche 18 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Ses leçons porteront plus spécialement, cette année, sur les *différents délires chez les héréditaires*.

Concours des prix de l'internat. — Ce concours a commencé le samedi 3 novembre par la composition écrite. Le jury est composé de MM. Verneuil, Hérard, Cusco, Guéniot, Humbert, Joffroi, Dejérine.

Concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. — A la suite du dernier concours ont été nommés internes des hôpitaux de Lyon : MM. Blanc, Albertin, Mouisset, Honnorat, Fochier, Meurer, Charmeil, Reymond, Reil, Montagnon, Giraud, Pravaz.

Internes titulaires des hôpitaux de Saint-Etienne : MM. Favel, Vincent, Pellerin, Couturier, Tardieu, Zohrab.

Internes provisoires des hôpitaux de Lyon : MM. Bourgin, Douillet, Françon, Paret, Martin, Alombert-Goget, Croza, Sage.

M. Blanc, reçu premier, a reçu des mains de M. le président de l'administration des hôpitaux le prix Bonnet.

Hôpitaux de Bordeaux. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes : — *Internes titulaires* : MM. Suzanne, Rabaine, Auché, Tronchet, Farganel, Tricot, Chevalier, Aubin. — *Internes provisoires* : MM. Girard, Canaque, Charazac, Boisvert. — *Externes* : MM. Larauza, Audebert, Jarjavay, Morange, Issoulier, Tessier, Petit, Rivière, Dichas, Eydou, Rey, Chanteloube, Arrout, Bodeau.

Corps de santé de la marine. — A été promu au grade de médecin-professeur, M. Fontan (Antoine-Emile-Jules), médecin de 1re classe.

La trichinose en Allemagne. — Le *Daily News* a reçu de Berlin la dépêche suivante : « Vu les mesures draconiennes prises par le gouvernement allemand contre l'importation de la viande de porc d'Amérique, il est bien curieux de constater que des cas de trichinose très importants viennent de se déclarer dans la Saxe. Dans dix villages, quatre cents personnes environ sont terrassées par l'épidémie. Journellement des décès se produisent. Plus de cinquante cas ne permettent plus aucun espoir et les médecins s'attendent à une extension ultérieure de l'épidémie. »

Nécrologie. — Le corps médical vient de perdre : M. le docteur Willième, membre titulaire de l'Académie de médecine de Belgique, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mons, qui a succombé le 16 octobre dernier à l'âge de cinquante-six ans. — M. A. Gilles de la Tourette, décédé le mois dernier à Rochefort-sur-Loire. — M. le docteur Piétro Burressi, directeur de la clinique médicale de Florence. — Un ancien assistant de la clinique ophthalmologique de Padoue, M. le docteur Francesco Saverio Festieri, âgé de quatre-vingt-deux ans. — M. le docteur Wable, décédé il y a quelques jours à Amiens. — M. le docteur Commarmond, de Saint-Galmier. — M. le docteur Jeanty, de Flize. — M. le docteur Cuvillier, de Beaumetz-lès-Cambrai. — M. le docteur Follet, de Foix. — M. le docteur Michaud, de Meximieux. — M. le docteur Gerin, de Rives. — M. le docteur Pambrun, de Bagnères-de-Bigorre. — M. le docteur Bartoli, député, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Mortalité a Paris (44e semaine, du vendredi 26 octobre au jeudi 1er novembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 932, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 5. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 53.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 22; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 44e semaine. — La mortalité parisienne se maintient au taux très peu élevé que nous remarquons depuis le mois de septembre. 932 décès seulement ont été notifiés au bureau statistique au lieu de 942 qui avaient été signalés pendant la semaine précédente.

La fièvre typhoïde (30 décès); la diphthérie (27); la variole (5); la rougeole (7); la coqueluche (10); l'érysipèle (4); les affections puerpérales (5).

Parmi les maladies saisonnières : la bronchite (30 décès); la pneumonie (50); l'athrepsie (69).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Bains de mer. Action physiologique, indications et contre-indications des bains de mer, par M. le docteur Calvet. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe, par M. le docteur J. Genève. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 15 novembre 1883.

RAPPORT DE LA MISSION FRANÇAISE EN ÉGYPTE. — DE L'ANGINE DE POITRINE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Rapport de la mission française en Égypte.

M. le docteur Straus, en son nom et au nom de ses collègues, a fait connaître à la Société de biologie le résultat des recherches faites à Alexandrie sur l'étiologie du choléra. Si les faits observés ne sont pas aussi décisifs que nous le désirions et que le faisaient espérer à la fois les promesses de la science expérimentale, la grande compétence et l'habileté technique des membres de la mission française, il s'en faut qu'ils soient insignifiants, comme ils le disent. On pourrait même à cet égard trouver exagérée la modestie de nos savants confrères (voy. le Compte rendu de la Société de biologie, p. 761).

Le point capital — et celui par lequel ce rapport diffère de celui de Koch — est la présence *dans le sang* de « petits articles très pâles légèrement allongés, paraissant étranglés en leur milieu, et qu'on ne peut mieux comparer qu'aux petits articles du ferment lactique ». On se rappelle que Koch n'avait rien découvert dans le sang, et il est très affirmatif sur ce point. Ce n'est du reste pas sans difficulté que l'on parvient à constater la présence de ces corps, dont la réfringence est extrêmement faible, et qui gardent mal la matière colorante. Malgré tous ses efforts, M. Straus n'est pas arrivé à en conserver des préparations satisfaisantes ; cependant il a pu constater une multiplication des articles dans du sang recueilli avec pureté et placé dans l'étuve à 38 degrés ; il a remarqué, en outre, que la prolifération était plus abondante dans la profondeur des tubes, là où les couches de sang sont tout à fait soustraites à l'action de l'air. — Tout cela est dit avec infiniment de précaution et de réserve; cependant l'affirmation est assez catégorique pour nous permettre d'espérer que c'est de ce côté que les recherches seront fructueuses. A vrai dire, l'absence de microbes dans le sang des cholériques ne paraissait guère conciliable avec ce que nous connaissons de l'évolution et de la marche clinique de l'affection.

Dans l'intestin, nos compatriotes ont constaté très fréquemment le bacille grêle, ressemblant à celui de la tuberculose, qui avait surtout attiré l'attention des savants allemands. Ils estiment qu'il s'agit là d'une *invasion secondaire* (on se rappelle que Koch avait déjà fait allusion à cette possibilité), qui prouve tout simplement que cet organisme trouve dans l'intestin des cholériques un milieu de culture plus approprié. « S'il existait entre lui et le choléra une relation de cause à effet, ce microbe devrait se rencontrer dans *toutes* les autopsies de cholériques : ce qui n'est pas. » Cette proposition semble un peu trop absolue : malgré toute la confiance que nous inspire la compétence spéciale de nos amis, nous concevons cependant que les recherches puissent demeurer stériles, surtout lorsque l'on opère un peu dans l'inconnu.

Après avoir fait ressortir la divergence essentielle des deux rapports, il ne nous reste plus qu'à constater avec regret l'absolue concordance des résultats négatifs de l'expérimentation. Les savants des deux pays sont d'accord sur la nécessité du contrôle expérimental. Que l'on fasse de l'inoculation le second terme de la trilogie expérimentale avec M. Straus, ou le troisième terme avec M. Koch, cela ne change rien au fond. Malheureusement les inoculations des produits pathologiques ont aussi bien échoué que celles de cultures incomplètes, chez les animaux les plus divers (M. Straus a fait porter ses essais sur douze espèces!). Une fois seulement l'animal (une poule) succomba trois jours après l'ingestion de selles riziformes : le résultat ne put être reproduit.

Dans ces conditions, on comprend que les conclusions soient très réservées. M. Straus émet l'espoir d'avoir aplani les premières difficultés et préparé la voie à des recherches futures qui seront affranchies des tâtonnements inhérents à toute investigation de début.

La lecture des documents que nous venons d'analyser rappelle instinctivement la doctrine de Pettenkofer relative au mode de transmission du choléra. « J'ai cru longtemps, dit-il quelque part, que l'affection se transmettait par les déjections, j'ai dû abandonner cette manière de voir devant l'évidence des faits. Le choléra est plutôt une maladie des localités qu'une maladie de l'homme, et, pour qu'il y ait épidémie, il faut un état spécial du sol dans lequel l'agent inconnu importé des Indes puisse croître et prospérer. » Cette doctrine est conforme à l'enseignement des savants français qui avaient montré, dès 1840, l'influence extraordinaire des localités sur la propagation du choléra. Nous ignorons si l'expérimentation peut en tirer profit, mais elle aide à comprendre l'insuccès des inoculations et même reçoit une sorte de confirmation de cet insuccès.

Quoi qu'il en soit, nous nous associons de grand cœur aux paroles élogieuses par lesquelles MM. Bouley et Paul Bert ont rendu hommage non seulement au dévouement et à l'abnégation (hélas! tristement soulignée par la mort de Thuillier), mais encore à la clairvoyance scientifique de ceux qui ont représenté la science française sur ce champ de bataille périlleux.

C. Zuber.

De l'angine de poitrine.

I

Il en a été, dans ces derniers temps, de l'angine de poitrine comme de tous les syndromes découverts par nos prédécesseurs. L'esprit d'analyse à outrance qui caractérise notre époque a fait subir tant de retouches et surtout tant de surcharges au tableau si saisissant, dans sa sobriété, que ses premiers historiens nous avaient tracé, que les grandes lignes s'en sont progressivement effacées. A mesure que le cadre séméiologique de cette affection s'élargit de la sorte, la tâche du nosographe devint de plus en plus ardue, et un moment arriva où il parut impossible de confondre dans une seule et même description, sous une seule et même rubrique, des ensembles morbides trop complexes pour ne pas être disparates. C'est ainsi que divers auteurs allemands, comme Landois et notamment Eulenburg, dans son article de l'*Encyclopédie* de Ziemssen, en vinrent à établir plusieurs variétés distinctes d'angine de poitrine, reconnaissant chacune d'ailleurs une pathogénie différente. D'après Eulenburg, c'est tantôt l'appareil ganglionnaire du cœur, tantôt ses systèmes nerveux modérateur ou accélérateur, tantôt enfin l'innervation vaso-motrice qu'il faut mettre en cause, d'où autant de formes cliniques.

Ces vues théoriques sont trop contestées pour que la classification que le savant neurologiste en fait découler ait une valeur réellement scientifique; mais les observations qu'il invoque n'en témoignent pas moins que souvent les complexus morbides où l'on retrouve les phénomènes capitaux de l'angine de poitrine, angoisse précordiale et douleur cardio-brachiale, s'écartent à beaucoup d'égards du type, resté classique, de Rougnon-Heberden.

D'autre part, l'expérience montre chaque jour combien est exagérée la signification pronostique, pour ainsi dire inexorable, que l'opinion commune assigne aux crises cardialgiques. Aussi voit-on M. Peter distinguer, dans ses leçons cliniques, deux modalités différentes de l'angine de poitrine : l'une, presque toujours fatale, qu'il rapporte à la névrite du plexus cardiaque ; l'autre, d'un pronostic relativement bénin, qu'il attribue à une simple névralgie de ce plexus. Certes, des doutes planent encore sur le bien fondé de cette conception doctrinale que l'éminent professeur défend, à grand renfort d'arguments nouveaux, dans son récent *Traité des maladies du cœur;* mais le fait clinique n'en reste pas moins indéniable.

Tout récemment enfin la question entra dans une voie féconde, lorsqu'on étudia de plus près et qu'on fit intervenir, au point de vue du pronostic, certaines conditions étiologiques qui donnent naissance à l'angine de poitrine.

Dans une fort intéressante leçon, faite à la Charité en 1882, et publiée par le *Progrès médical* (septembre 1883), notre maître et ami Landouzy a mis en relief les traits essentiels de l'*angor pectoris* chez les hystériques et les névropathes. Laissant de côté les questions de doctrine, il a montré combien les angines de poitrine *nerveuses* diffèrent de l'angine de poitrine cardio-aortique par leurs allures, leur évolution, leur terminaison.

C'est à une tentative du même genre que M. Huchard a consacré, en grande partie du moins, la monographie si instructive qu'il vient de publier (Germer-Baillière, Paris, 1883). Il y a tracé en termes fort explicites la ligne de démarcation entre l'angine de poitrine *vraie*, connue de tous, et ce qu'il appelle les *fausses* angines de poitrine, au quadruple point de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie, et enfin du pronostic.

M. Huchard n'hésite pas à prendre parti dans le grand débat de physiologie pathologique auquel ce syndrome a donné lieu; pour lui, comme pour M. le professeur Sée, l'angine de poitrine ne reconnaît qu'un procédé instrumental, l'ischémie cardiaque. Dans l'angine de poitrine *vraie, artérielle*, il y a une lésion organique : le rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires ; d'où son apparition chez tous les individus sujets à l'aortite oblitérante, athéromateux, alcooliques, saturnins, etc.; d'où aussi son extrême gravité. Dans les *fausses* angines de poitrine, au contraire, l'ischémie cardiaque n'est plus organique, mais fonctionnelle; tel est le mode d'action à invoquer, par exemple, pour l'hystérie, si féconde en spasmes de tout genre, ou pour l'intoxication nicotique, qui impressionne si puissamment le cœur et ses vaisseaux. Dans ces cas, il n'existe point de lésions cardiaques ou aortiques, l'influence morbide n'est que passagère ; aussi la guérison doit-elle être le fait habituel.

Cette conception si simple est, on ne saurait le nier, des plus séduisantes; malheureusement la doctrine physiologique, sur laquelle elle repose, n'est pas à l'abri de la critique. Si les observations d'oblitération ou de rétrécissement des artères coronaires constatés à l'autopsie sont nombreuses, les faits contradictoires ne font pas défaut. D'autre part, cette interprétation des angines d'origine nerveuse, attribuées ainsi à un spasme fonctionnel des vaisseaux cardiaques, est entièrement hypothétique; enfin, l'ischémie cardiaque fût-elle même admise comme un facteur constant, la théorie ne nous rend guère compte de l'élément douloureux, si caractéristique de toute crise cardialgique.

Aussi, sans nous arrêter davantage à ces questions si délicates, tenons-nous-en aux données pratiques que M. Huchard a mises en pleine lumière, et qu'on peut résumer dans les termes suivants : l'angine de poitrine vraie, reconnaissant pour cause une altération organique de l'appareil cardiaque — vaisseaux, nerfs ou myocarde, selon la doctrine que l'on

adoptera — se voit chez les individus malades de leur cœur ou de leurs artères; elle répond au type classique, tue presque à coup sûr. Tout au contraire, les pseudo-angines de poitrine, indépendantes de toute lésion de l'appareil cardiaque, mais imputables soit à une ischémie fonctionnelle du myocarde (G. Sée, Huchard), soit à une névralgie cardiaque (Peter), surviennent chez les névropathes, chez certains intoxiqués, en un mot dans diverses conditions qui perturbent la circulation ou l'innervation du cœur; comme tous les états morbides liés à des troubles d'origine purement fonctionnelle, elles comportent un pronostic relativement favorable. Pour emprunter une comparaison à la pathologie, celles-ci sont à celles-là ce que les accidents épileptoïdes sont au mal comitial, à l'épilepsie vraie.

Quelles sont les conditions étiologiques où se produisent ces crises pseudo-angineuses, *anginoïdes*, de beaucoup plus nombreuses pour M. Huchard que les accès d'angine de poitrine vraie; quels sont leurs caractères cliniques; enfin quelles conséquences thérapeutiques découlent de ces données, nous allons l'indiquer succinctement d'après les travaux que nous venons de signaler.

II

On peut, avec M. Huchard, classer les fausses angines de poitrine en quatre groupes au point de vue étiologique : angines de poitrine nerveuses, réflexes, toxiques, diathésiques.

Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes, les mieux connues. Le rôle des névroses dans la genèse de l'*angor pectoris* a été signalé de tout temps. Sans parler de l'épilepsie, dont l'influence pathogénique reste, malgré l'autorité de Trousseau, problématique, on avait à juste titre incriminé l'hystérie et les états névropathiques similaires. Mais on ne semblait y voir que des causes prédisposantes; or nous possédons aujourd'hui un grand nombre d'observations où, toute altération de l'appareil cardio-vasculaire faisant défaut, les crises cardialgiques ont dû être rapportées à l'hystérie seule. Citons entre autres celles de Mac-Dowall (*Edinb. med. Journ.*, 1881) et de Marie (*Revue de médecine*, 1882), celles surtout de Landouzy. De même Krishaber a insisté sur la fréquence des accès angineux dans la névropathie cérébro-cardiaque. Enfin ils ne sont pas exceptionnels dans la maladie de Basedow, cette modalité si remarquable du nervosisme et dans l'hypocondrie.

Il faut donc voir dans l'angine de poitrine un des membres de la grande phrase pathologique nerveuse. C'est surtout à la suite de fatigues, d'un surmènement intellectuel, d'émotions prolongées qu'elle apparaît chez les névropathes, tantôt sous ses aspects les plus atténués, tantôt sous la forme la plus terrifiante. Que d'angines de poitrine, par exemple, peuvent être mises à l'actif de la vie de concours!

Dans une seconde classe se placent, avons-nous dit, les *angines de poitrine réflexes*. M. Potain a démontré que parfois les névralgies brachiales semblent irradier vers le cœur pour y provoquer des manifestations analogues à l'angine de poitrine. Pareille chose a été vue à la suite de névromes, de contusions du bras gauche, et dans sa thèse (Paris, 1883) Lasègue a réuni tous les faits de cet ordre.

De son côté, M. Bouchut, dans une communication à la dernière réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences, dit avoir constaté semblable arc réflexe chez trois femmes, nullement hystériques, qui souffraient de névralgie intercostale.

Pour notre part nous observons depuis longtemps un fait analogue, fort concluant, chez un jeune littérateur dont l'existence a été des plus orageuses. Névropathe renforcé, il eut, il y a trois ans, une névralgie intercostale gauche avec zona; depuis cette époque il est sujet à des accès d'angine de poitrine, avec angoisse extrême, sensation de mort imminente, etc. Le cœur et l'aorte ne présentent chez lui aucune altération appréciable.

L'origine du réflexe qui aboutit au cœur n'est pas toujours périphérique comme dans ces cas; le point de départ peut également se trouver dans les organes voisins du cœur, notamment l'appareil digestif. Vaguement entrevus depuis longtemps, les accidents cardialgiques consécutifs aux troubles gastro-intestinaux et particulièrement aux états dyspeptiques ont surtout été étudiés par M. le professeur Potain; un de ses élèves, Barié, vient d'en faire l'objet d'un intéressant mémoire (*Rev. de méd.*, 1883). L'excitation réflexe émanée du foie, de l'intestin et surtout de l'estomac, produirait un spasme des vaisseaux pulmonaires: d'où une élévation de tension dans la circulation cardio-pulmonaire et une dilatation consécutive des cavités droites du cœur. A la longue cet état de souffrance réagirait sur le cœur gauche.

D'ailleurs, comme le fait remarquer Huchard, « les maladies de l'estomac peuvent retentir sur le cœur, non seulement par l'intermédiaire de la circulation, mais aussi par le fait de l'innervation commune de ces deux organes ». Nous serions même porté à croire que le nerf vague joue, dans la production de ces accès angineux, un rôle plus considérable que la perturbation toute mécanique de la circulation cardiopulmonaire, difficile à admettre dans les dyspepsies simples sans dilatation stomacale.

Nous n'insisterons pas sur les *angines toxiques*. Parmi les substances capables de produire des accès cardialgiques figurent, on le sait, le café, le thé, peut-être l'oxyde de carbone (Renaut), enfin et surtout le tabac, dont on ne saurait exagérer l'importance pathogénique.

Dans la quatrième classe, celle des angines *diathésiques*, trouveraient place la goutte et le diabète.

Que la goutte conduise fréquemment à l'angine de poitrine, on se l'explique aisément. De par l'athérome vasculaire ou cardiaque, les goutteux sont exposés à sa forme la plus sévère, avec son substratum de lésions cardio-artérielles; en tant que dyspeptiques, que névropathes, ils peuvent présenter ses modalités bénignes. Pourquoi faire intervenir ici l'arthritisme qui n'agit que de seconde main?

Il semble en être de même, et à fortiori, pour le diabète, qui coïncide assez souvent avec l'angine de poitrine (Vergely, Huchard, etc.). Le diabète n'étant qu'une des formes cliniques de l'arthritisme, c'est à cette diathèse que M. Huchard rapporte ces crises angineuses et cela d'autant plus, qu'elles peuvent survenir au moment où la glycosurie est à son minimum. Mais les diabétiques ne sont-ils pas, dans la grande majorité des cas, des névropathes et ne serait-ce pas à leur nervosisme qu'il faut attribuer les crises cardialgiques?

L'influence directe de l'arthritisme, en dehors bien entendu des cas d'angine de poitrine *vraie* par dégénérescence cardio-vasculaire, n'est donc pas suffisamment établie et l'on peut voir dans l'importance pathogénique capitale que lui assignent Landouzy et Huchard un nouvel exemple des tendances si démesurément absorbantes de l'arthritisme contemporain. D'ailleurs par quel mécanisme provoquerait-il les crises pseudo-angineuses? Les auteurs sont muets à cet égard et nous ne voyons d'autre hypothèse possible que celle d'une névralgie cardiaque, assimilable aux névralgies

viscérales et périphériques si fréquentes dans l'arthritisme.

En résumé, c'est à des perturbations de l'innervation cardiaque, d'origines diverses, que se ramène l'étiologie des pseudo-angines. Plus de bruit que de mal, telle est la règle dans les syndromes qui reconnaissent pareille origine ; l'angine de poitrine des névropathes ne fait pas, comme nous allons le voir, exception à cette loi générale.

III

Ce n'est pas dans l'accès lui-même qu'il faudrait chercher, d'habitude, la caractéristique des pseudo-angines. Celles-ci peuvent avoir la plus grande intensité, emprunter l'appareil le plus émouvant ou, au contraire, présenter une physionomie moins accentuée. Il n'y a guère, à cet égard, que des nuances à relever.

D'après M. Huchard, les troubles vaso-moteurs (pâleur de la face, refroidissement des extrémités, etc.) qui succèdent, dans l'angine de poitrine vraie, à la cardialgie, la précèdent souvent dans la pseudo-angine. D'autre part on constaterait, dans ce dernier cas, une anhélation beaucoup plus marquée.

En outre les crises pseudo-angineuses sont souvent précédées ou suivies de diverses manifestations d'origine nervosique, telles qu'œsophagisme, toux nerveuse, sensation de doigt mort, etc. Chez le malade, auquel nous faisions allusion plus haut, on peut constater, pendant les deux ou trois heures qui suivent la crise, une hyperesthésie très marquée de la région précordiale ; il en était de même chez l'hystérique de Mac-Dowall.

Un caractère d'une certaine importance nous est fourni par la répétition plus fréquente des accès ; c'est ainsi qu'une hystérique, observée par M. Rigal, eut, dans l'espace de deux ans, plus de deux cents crises cardialgiques très accusées.

Mais c'est surtout le mode de production des accès qui mérite de fixer l'attention. Chez l'angineux vrai, la cause occasionnelle est le plus souvent tangible ; c'est un coup de vent, une impression brusque de froid, la marche sur un terrain en pente. Chez le névropathe, au contraire, les crises semblent d'ordinaire spontanées ; elles le surprennent au repos, souvent même la nuit, comme les paroxysmes de la goutte ou de l'asthme.

Comme il s'agit ici d'un trouble exclusivement fonctionnel, passager, de l'activité cardiaque, l'état de santé est excellent dans l'intervalle des accès ; tandis que l'angineux par artériosclérose est toujours subcardialgique, l'angineux névropathe peut courir, faire des efforts, sans éprouver aucun malaise. Mais alors, chez lui on constate diverses manifestations qui permettent de dépister le nervosisme, de reconnaître le tabagisme ; alors surtout, on peut s'assurer que le cœur est absolument sain, que la région aortique n'offre rien d'anormal à l'auscultation.

Dans ces conditions, malgré le caractère terrifiant des attaques, malgré les appréhensions du malade et de son entourage, on peut formuler un pronostic favorable. L'angine hystérique fera tôt ou tard place à des phénomènes nerveux de tout autre nature ; celle du tabagisme disparaîtra comme toutes les manifestations de cette intoxication peu après que le malade aura entièrement renoncé à sa funeste habitude ; celle enfin du surmènement intellectuel, des dépressions morales s'atténuera rapidement du moment où le patient aura recouvré sa tranquillité d'esprit.

Est-ce à dire cependant que les pseudo-angines ne tuent jamais? Huchard semble l'admettre. Mais, comme le fait remarquer Marie, avec juste raison, il ne faut pas oublier qu'il existe un nombre assez considérable d'autopsies d'angines de poitrine absolument négatives. N'en est-il aucune qu'on doive rapporter aux pseudo-angines d'origine hystérique ou nicotique? La littérature scientifique nous fournit d'ailleurs quelques faits mortels où seul le tabagisme fut mis en cause.

Cette question réservée, il n'en demeure pas moins établi que le pronostic dans ces pseudo-angines est infiniment moins grave que dans l'angine de poitrine vraie ; les recherches de Landouzy et d'Huchard n'auraient-elles que cette application pratique qu'elles offriraient le plus grand intérêt ; mais elles ont aussi des conséquences thérapeutiques, que M. Huchard a développées avec autorité, et dont il nous reste à dire quelques mots.

IV

Dans les pseudo-angines, l'indication causale est de beaucoup la plus importante. C'est ainsi que dans les intoxications, la suppression de la cause entraînera rapidement la suppression de la maladie ; c'est ainsi que dans les angines d'origine gastro-intestinale, c'est à une hygiène sévère, aux eupeptiques, etc., qu'il faudra avoir recours. De même chez les névropathes, on emploiera avec succès les antispasmodiques et surtout le traitement hydrothérapique, par exemple les douches légères, que M. Huchard recommande chaleureusement.

Mais le devoir du médecin est aussi de calmer les douleurs qui torturent le malade. Ici trouvent place les bromures, notamment ceux de sodium ou d'ammonium, peu efficaces d'habitude, les injections de morphine, qu'il faut employer avec prudence, et enfin le nitrite d'amyle.

C'est ce dernier médicament qui inspire le plus de confiance à M. Huchard, dans toutes les formes d'angine de poitrine. L'action physiologique du nitrite d'amyle, comme de la nitro-glycérine, souvent étudiée dans ces dernières années, peut se résumer de la manière suivante : dilatation des capillaires, diminution de la pression sanguine, augmentation de force et de fréquence des battements cardiaques. A tous ces titres, leur emploi est indiqué dans l'accès angineux.

« La première fois qu'on se sert du nitrite d'amyle, dit M. Huchard, il faut toujours employer de petites doses ; il faut commencer par trois gouttes, que l'on pourra porter par la suite à cinq ou six gouttes ; mais, comme l'accoutumance se fait assez rapidement, il sera nécessaire d'augmenter progressivement les doses jusqu'à 10, 12, 15 et même 20 gouttes. Comme d'un autre côté l'action du médicament est rapide et fugace, il est indiqué parfois, dans les accès de longue durée, de répéter deux ou trois fois ces inhalations. »

M. Huchard recommande aux angineux de porter toujours sur eux de petites ampoules en verre contenant une certaine quantité de gouttes du médicament, ampoules qu'ils brisent au moment de leurs accès.

Les observations que M. Huchard invoque à l'appui de ses conclusions favorables semblent probantes et le nombre des auteurs qui ont eu à se louer de ce médicament est aujourd'hui assez élevé pour inspirer confiance au praticien ; mais il ne doit pas oublier que le nitrite d'amyle s'altère rapidement et perd vite ses puissantes propriétés.

L. Dreyfus-Brisac.

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA MUSCARINE

Ainsi qu'on a pu s'en convaincre par notre article de la semaine dernière, on pouvait se passer de la muscarine dans l'emploi thérapeutique des champignons vénéneux, l'extrait et l'alcoolature étant des préparations d'une sûreté absolue.

Quand on considère la puissance toxique de ces végétaux, on est porté à supposer que le procédé employé par MM. Schiedeberg et Koppe pour l'extraction de la muscarine en laisse échapper la plus grande partie. Ils avouent n'avoir retiré que 70 à 80 centigrammes de sulfate de muscarine par kilogramme d'extrait de fausse oronge fraîche. Ce poids d'extrait, si nous avons bonne mémoire, représente 50 kilogrammes environ d'agaric frais. En défalquant l'acide sulfurique combiné, on arrive au chiffre de 6 milligrammes de muscarine par kilogramme d'agarics bulbeux fraîchement récoltés (dans le précédent numéro on a mis 50 centigrammes par erreur, c'est 5 milligrammes par kilogramme qu'il faut lire). Nous sommes persuadé qu'il y en a davantage. Ainsi un des expérimentateurs sus-mentionnés s'est soumis impunément à une injection sous-cutanée de 5 milligrammes de muscarine. Dans un autre paragraphe, il est dit qu'il en faut 1 centigramme pour tuer un chien de moyenne taille. Il faudrait donc, d'après ces chiffres, qu'un homme mangeât environ 2 kilogrammes de champignons vénéneux pour être tué; ce qui n'est pas admissible. De ce qui précède il résulte que, si la muscarine était demandée dans le commerce, les fabricants devraient s'empresser de trouver un procédé plus avantageux que celui de MM. Schiedeberg et Koppe.

La muscarine est soluble dans l'eau et l'alcool, peu soluble dans le chloroforme et insoluble dans l'éther.

Desséchée en présence de l'acide sulfurique, elle se prend en plaques cristallines très déliquescentes. Elle n'est pas volatile et brûle sans se sublimer.

Ses effets sur les animaux se rapprochent de ceux de la fève de Calabar, et c'est cette analogie qui a amené les auteurs à constater l'antagonisme frappant de l'atropine.

La muscarine excite la sécrétion de la salive, des larmes et du mucus, surtout du mucus de la trachée.

Elle abaisse le pouls, contracte la pupille. Elle influence la respiration non seulement en agissant sur la circulation, mais encore par une action directe sur le centre respiratoire.

Elle produit des contractions tétaniques de l'intestin, de la vessie et de l'estomac. Les auteurs du mémoire que j'ai cité, n'ont pu établir exactement les causes de la mort d'un animal empoisonné par la muscarine. Pour M. le docteur Oré (de Bordeaux), la cause de la mort est le tétanos.

On voit combien il serait à désirer que des études thérapeutiques fussent entreprises sur cet agent relativement nouveau. Il nous semble que ses propriétés remarquables lui assigneront bientôt un rang fort honorable dans la classe des substances médicamenteuses.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Cirrhose du foie s'étant manifestée pour la première fois a la suite d'une opération de hernie crurale étranglée. — Évolution rapide de la maladie; mort; autopsie, par E. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux.

La question des rapports du traumatisme avec les diathèses ou les maladies préexistantes a été soulevée de nouveau par la communication de M. Verneuil à la Société de chirurgie, cette année même. Si bon nombre de chirurgiens admettent les idées professées par notre maître, il en est encore un certain nombre qui se refusent à voir dans les faits cités à propos de cette doctrine autre chose qu'une pure coïncidence. Il est donc nécessaire de produire toutes les observations qui sont de nature à trancher la question, surtout quand elles présentent une netteté aussi grande que celle que nous rapportons ici.

Obs. — Le nommé W... (Victor), âgé de cinquante-neuf ans, garçon de cuisine, est apporté le 17 juin, pendant la visite, dans le service de M. Le Dentu, que je remplace en ce moment, à l'hôpital Saint-Louis. Je le vois immédiatement; il est porteur d'une hernie crurale du côté droit, qui existe depuis quatre ans, mais qui, depuis la veille au soir, est devenue irréductible. L'accident s'est produit vers neuf heures, au moment où le malade finissait son travail; immédiatement sont survenus des nausées et des vomissements. Depuis hier matin, il n'y a pas eu de garde-robes; le malade n'a pas non plus rendu de gaz depuis que la hernie est sortie. L'étranglement intestinal est donc des mieux caractérisés; j'ajoute que la tumeur est petite, marronnée, ce qui ne laisse guère à espérer du taxis. Aussi, le malade une fois endormi, je ne prolonge pas au delà de cinq minutes les tentatives de réduction, et je passe immédiatement à la kélotomie. L'opération ne présenta rien de particulier; je n'y insiste pas; je noterai seulement qu'aucune artère n'a été ouverte, et que je n'ai point dû faire de ligature. Le fait est bon à connaître, car plus tard, on le verra, survint une hémorrhagie secondaire. La ligature du collet du sac au catgut, après résection de ses parois, et la suture de la peau avec drainage terminèrent l'opération.

Les suites immédiates ne présentèrent rien de remarquable; dès le second jour, le cours des matières était rétabli. La marche de la plaie fut aussi favorable que possible, la fièvre peu élevée aux environs de 38 degrés, et la suppuration presque nulle.

Malgré tous ces symptômes locaux favorables, il était évident que l'état général du malade laissait singulièrement à désirer; l'appétit faisait complètement défaut et la respiration était difficile.

Le 21 juin, le malade se plaint de tousser un peu. L'auscultation permet de constater de la congestion pulmonaire à la base du thorax, surtout du côté gauche. Le 23, en examinant le pansement du malade, je suis surpris de le voir taché de sang; le drap du lit lui-même a été traversé. Le pansement est enlevé, et nous voyons l'hémorrhagie continuer sous nos yeux. L'écoulement se fait goutte à goutte, et le sang a la coloration foncée du sang veineux. Je ne pouvais mettre cette hémorrhagie sur le compte de la septicémie, puisque le malade n'avait pas de fièvre, et à peine de suppuration; l'état local ne l'expliquait pas davantage, puisque, je le répète, aucun vaisseau important n'avait été intéressé, au cours de l'opération. Aussi la signification de cette hémorrhagie secondaire m'échappait-elle complètement, quand les symptômes ultérieurs sont venus m'en donner la véritable explication.

Bientôt, en effet, l'état du malade s'aggrava de jour en jour, l'appétit se perdit complètement, les digestions devinrent très difficiles; en même temps le ventre se ballonnait; les malléoles furent le siège d'un œdème, d'abord limité, mais qui ne tarda pas à envahir les jambes et les cuisses. Enfin l'ascite vint se surajouter aux symptômes précédents.

L'examen du malade pratiqué à ce moment montre que la congestion pulmonaire a notablement diminué; le cœur paraît sain; les deux bruits sont normaux et bien frappés. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles sont rouges, et laissent déposer par le repos un sédiment rouge-brique, formé par des urates en grande abondance

L'hypothèse d'une affection du foie devenait de plus en plus probable; elle était confirmée par la gêne qu'accusait le malade au niveau de l'hypochondre droit, et par les résultats de la percussion qui ne donnait qu'une matité de 4 centimètres dans le sens vertical, au niveau de la ligne axillaire. Nous conclûmes donc à l'existence d'une cirrhose hépatique.

A partir du mois de juillet, l'état du malade alla sans cesse en s'aggravant; ni la diète lactée, ni les drastiques (eau-de-vie allemande) n'amenèrent de soulagement. L'ascite et l'œdème des membres inférieurs firent des progrès continuels. La nutrition était languissante; le 28 juillet, on notait l'apparition de taches de purpura disséminées sur les membres inférieurs; enfin, le 31 août, le malade s'éteignit dans le marasme, sans qu'il fût survenu aucun symptôme digne d'être noté.

L'autopsie permit de faire les constatations suivantes :

Une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent distendait le péritoine et les plèvres.

Les poumons présentaient une congestion surtout marquée à leur base; à droite, on constatait même, en ce point, l'existence d'un petit noyau d'apoplexie pulmonaire.

Le cœur était petit, flasque, de couleur feuille morte; la valvule mitrale était légèrement épaissie. Mais il n'y avait ni rétrécissement, ni insuffisance des orifices.

Les reins, le gauche surtout, étaient volumineux, et manifestement gras.

La rate, d'un gros volume, pesait 300 grammes, et présentait à sa surface des épaississements fibreux.

Le foie, comme l'examen clinique l'avait fait constater, était petit; son poids ne dépassait pas 1010 grammes; des tractus fibreux bien marqués divisaient sa surface en un très grand nombre de lobules, surtout apparents à la face inférieure de l'organe.

A la coupe, son tissu était dur et présentait la coloration jaunâtre caractéristique de la cirrhose.

Du reste, afin qu'il n'y eût aucun doute sur la véritable signification de cette lésion hépatique, je priai M. Darier, interne du service, d'en faire l'examen histologique. Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet :

« Le tissu conjonctif considérablement augmenté apparaît sous forme de larges traînées irrégulières, qui séparent les lobules les uns des autres et pénètrent, en nombre d'endroits, dans leur intérieur, parfois jusqu'à la veine intralobulaire. — Dans les zones récemment envahies par la sclérose, de nombreuses cellules hépatiques atrophiées et en dégénérescence granulo-graisseuse ont été isolées. Malgré une altération cadavérique assez avancée, on ne peut méconnaître une pigmentation anormale, d'origine biliaire, des cellules hépatiques, et l'acide osmique y décèle de nombreuses gouttelettes de graisse. »

Ce sont là, en un mot, les lésions de la cirrhose hypertrophique, cirrhose biliaire ou en îlots.

Deux faits nous paraissent surtout devoir être mis en relief dans cette observation : Le premier, c'est l'apparition de cette hémorrhagie secondaire, que nous avons notée le sixième jour après l'opération. Elle ne pouvait être attribuée à l'ulcération d'un vaisseau de quelque importance; puisque aucune ligature n'avait été nécessaire pendant la kélotomie. Il n'était pas davantage possible de la mettre sur le compte de la septicémie, puisque la fièvre et la suppuration étaient presque nulles. Ce n'était autre chose qu'une hémorrhagie symptomatique de la cirrhose du foie, véritable épistaxis de la plaie. Et elle en avait bien tous les caractères, car elle se faisait goutte à goutte, et le sang avait la coloration foncée du sang veineux.

Le second point sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est l'éclosion brusque de tous les symptômes de la cirrhose hépatique à la suite de l'opération. Pas n'est besoin de dire que l'affection du foie préexistait, cela est de toute évidence. Mais jamais le malade n'en avait éprouvé la moindre incommodité. Interrogé par nous à plusieurs reprises, il a toujours répondu que jusqu'à l'accident qui l'amenait à l'hôpital, il avait constamment joui d'une excellente santé. Il est donc bien difficile, impossible même, de ne pas voir dans l'étranglement herniaire et dans la kélotomie qu'il a rendue nécessaire, la cause occasionnelle du début des symptômes hépatiques. Ce qu'il est plus difficile de préciser, c'est la façon dont a pu s'exercer cette influence de l'opération sur la maladie du foie préexistante. Nous l'avons déjà dit, on ne peut incriminer ici, ni l'abondance de la suppuration, ni la fièvre, qui ont fait presque complètement défaut. Je serais plutôt porté à mettre les accidents sur le compte du séjour forcé au lit et de la suppression presque absolue de l'alimentation. On comprend qu'à ce dernier point de vue l'étranglement herniaire et la kélotomie aient une influence toute particulière, car ils forcent à suspendre l'alimentation chez un sujet dont la nutrition devait certainement être languissante.

Nous ne voulons pas terminer cette observation sans faire encore une remarque, qui, du reste, est complètement étrangère à la complication de cirrhose présentée par notre malade. Nous avons noté, au cours de l'opération, la résection des parois du sac et la ligature de son collet. Il était donc intéressant de constater l'état de ces parties au moment de l'autopsie. Bien que le malade fût opéré depuis deux mois et demi, la cicatrice de la peau et des tissus sous-jacents n'était pas encore solide; elle se laissait déchirer avec la plus grande facilité. Du côté du péritoine, au contraire, la cicatrisation était parfaite; elle se traduisait sous la forme d'un épaississement rayonné siégeant au niveau de l'orifice abdominal du canal crural. Mais, chose importante à noter, en ce point comme partout ailleurs, le péritoine pariétal avait conservé sa mobilité parfaite sur les couches sous-jacentes. On comprend donc que ce péritoine ainsi mobile eût pu de nouveau être entraîné avec la plus grande facilité dans le canal crural, pour constituer une nouvelle hernie. Ce défaut d'adhérence du péritoine à la cicatrice sous-jacente, laissant à la séreuse toute sa mobilité, telle est, sans aucun doute, la véritable cause des récidives. Par là nous comprenons combien il y a peu à compter sur la cure radicale des hernies.

Clinique chirurgicale.

Accouchement quintuple; kyste hydatique du foie; abcès de la paroi abdominale (observation recueillie dans le service de M. Tillaux, par M. J. Meneault, externe du service).

Obs. — Le 31 mai 1883, entre, salle Sainte-Clotilde, lit n° 16, la nommée B..., concierge, âgée de quarante-quatre ans.

Cette malade présente des antécédents intéressants, et l'affection qui l'amène dans le service a évolué d'une façon qui nous a paru digne d'être relatée. Fille d'ouvriers laborieux, elle a habité la campagne et travaillé aux champs jusqu'en 1878. Le père et la mère, qui vivent encore, sont robustes et ont eu de nombreux enfants, dont six survivent : cinq, deux filles et trois garçons vigoureux et la malade. L'aïeule et la bisaïeule ont aussi eu une nombreuse famille. Les sœurs du père étaient jumelles; une sœur de la malade a deux jumeaux qui vivent; une cousine germaine a également eu une couche double. D'autres parents plus éloignés ont une nombreuse famille. Le mari, plus jeune qu'elle (quarante-deux ans), est un homme petit et trapu. Cette fécondité n'a pas été démentie par notre malade, car elle a eu pour sa part onze enfants en cinq couches, dont cinq d'une seule couche. Voici la succession des couches :

Au bout d'un an de mariage, une première couche simple en novembre 1865. L'enfant, venu à terme, n'a vécu qu'un mois.

Un an après, en novembre 1866, deuxième couche encore simple. L'enfant est mort à quinze ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, quatre heures après avoir subi une désarticulation de la hanche, probablement pour une coxalgie.

Deux ans après, en septembre 1868, troisième couche double. L'un des enfants est mort en naissant, l'autre a vécu un an. Le premier était un garçon, le second une fille.

Cinq ans après, en août 1873, quatrième couche de cinq enfants venus au huitième mois, d'après le dire de la malade.

Et enfin, deux ans après, en décembre 1875, cinquième couche gémellaire. Les enfants, deux filles, ont vécu huit heures.

Toutes ces couches ont été remarquablement faciles : la malade

reprenait ses occupations trois ou quatre jours après l'accouchement.

Les règles ont disparu depuis le mois de décembre dernier.

Revenons un peu sur la couche quintuple, et disons d'abord que les détails ont été amplement confirmés par le médecin qui accoucha la malade, M. le docteur Michel (de Chaumont).

Pendant la grossesse, rien d'anormal à noter, si ce n'est pourtant un ptyalisme des plus accentués. La malade, qui déjà, dans ses grossesses précédentes, avait eu cet écoulement de salive, mais à un degré moins prononcé, nous dit que c'est à ce signe qu'elle se reconnut pour la quatrième fois enceinte. L'écoulement était abondant, incessant; après quelques heures de sommeil, la malade s'éveillait le cou et la poitrine tout mouillés de salive; la bouche était amère, l'haleine extrêmement fétide. Ce ptyalisme persista jusqu'au moment de l'accouchement, et disparut après la venue du quatrième enfant.

A cela ajoutons une anémie très marquée et une énorme distension du ventre, qui entravait presque complètement la marche. « Pour faire un pas, dit la malade, je m'accrochais à chaque personne que je rencontrais. »

Pas de maladie intercurrente, pas de troubles bien prononcés dans les fonctions digestives, si ce n'est un dégoût très marqué pour le vin. Peu de leucorrhée, migraines, maux de cœur depuis l'adolescence.

L'accouchement ne fut pas plus pénible que dans les cas ordinaires, mais fut très long. Voici la succession des naissances : un lundi matin, vers sept heures, un premier enfant se présenta. L'expulsion se fit naturellement, et la malade se leva. On attendit vainement la délivrance. Le jeudi soir seulement, la malade était tranquillement assise devant son feu, quand, dit-elle, se sentant toute mouillée, elle se fait porter sur son lit, et immédiatement, sans souffrance, met au monde un second enfant. Toujours pas de délivrance, et le dimanche matin troisième enfant sans plus de peine. Le lundi soir, tentative de délivrance; quatrième enfant. Alors le placenta se présenta et fut extrait; il était le seul, car les quatre cordons y étaient fixés.

« Ces quatre enfants, dit M. Michel, nés en sept jours, étaient quatre garçons, et n'ont donné aucun signe de vie; la malade prétend avoir senti remuer, mais une seule fois. Ils avaient chacun la grandeur et le volume d'enfants de quatre à cinq mois. Aucune altération des tissus ne se faisait remarquer. La distension exagérée de l'utérus avait, je crois, déterminé sa contraction. Après ces accouchements successifs et des pertes de sang assez importantes, l'utérus se rétracta, mais toujours en gardant son volume anormal. » La malade prit les précautions d'usage sous la surveillance d'une sage-femme; elle se leva, reprit même ses occupations. Tout se passait régulièrement, — d'une manière relative cependant, car elle avait conservé une fétidité de la bouche qui l'incommodait horriblement,— lorsque, au bout de six semaines, un nouvel enfant se présenta. « Mon étonnement fut extrême, reprend le docteur Michel; rien ne pouvait et n'avait pu me faire supposer un cinquième enfant. Le placenta, exclusif pour ce dernier, vint en même temps. Cet enfant était mort dans le sein de la mère; l'altération des tissus externes me fit présumer que la mort remontait à l'époque des premiers accouchements. »

Tout se passa dès lors d'une manière régulière, et cette femme reprit ses habitudes après un temps peu éloigné, sa santé se maintenant bonne. Telle fut cette parturition extraordinaire.

En 1878, il y a cinq ans par conséquent, cette femme vint vivre à Paris en exerçant le métier de concierge.

L'acclimatement se fit bien, et elle garda sa bonne santé malgré l'exiguïté malsaine de la loge et le fond de cour humide dans lequel elle se trouvait. En décembre dernier, elle consulta cependant pour une certaine enflure des bras, qui disparut vite d'ailleurs; puis elle se prit à tousser d'une toux rauque, opiniâtre, accompagnée d'une légère expectoration de crachats glaireux. Bientôt survint une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui débuta par les jointures des membres supérieurs et envahit ensuite celles des membres inférieurs. La malade prit le lit, souffrit beaucoup de douleurs en ceinture, et accusa de loin en loin des palpitations. Depuis longtemps déjà elle remarquait qu'elle portait au niveau de l'épigastre une grosseur absolument indolente, lisse, régulièrement arrondie, qui s'accroissait lentement. Elle lui opposa des frictions à la teinture d'iode, des vésicatoires, sur l'indication de son médecin, qui avait reconnu un kyste hydatique, et partit à la campagne. Un beau jour, la tumeur grossit subitement en s'accompagnant de violentes douleurs dans le dos, puis s'affaissa peu à peu, et en quatre jours disparut. La diarrhée, qui déjà existait, augmenta sans présenter de caractères frappants; elle était jaunâtre et très abondante. Huit jours pourtant après la disparition de la tumeur épigastrique, la malade, intriguée par certaines sensations éprouvées pendant l'acte de la défécation, eut la curiosité de regarder ses selles, et fut tout étonnée de constater, pour me servir de son expression pittoresque, qu'elle pondait des œufs sans coquilles. Il y en avait de la taille d'œufs de poule, d'autres de celle d'œufs de pigeon, et enfin le plus grand nombre du volume de grains de raisin. L'enveloppe était blanche, opaline, assez résistante; elle laissait échapper après déchirure un liquide clair et limpide. Evidemment, c'étaient des hydatides. Le kyste s'était ouvert dans le côlon et expulsait son contenu par cette voie. L'élimination continua en s'affaiblissant cinq à six jours durant; bon nombre des prétendus œufs sortaient brisés et sous forme de débris de pellicules blanchâtres; puis la diarrhée cessa.

La malade alla bien, se crut guérie, quand, au bout de quinze jours environ, apparut un peu au-dessous du siège de l'ancienne tumeur, toujours sur la ligne médiane, quoique légèrement à droite, une nouvelle grosseur, moins volumineuse que la précédente, mais cette fois très douloureuse. Il fallut entrer à l'hôpital.

Lorsqu'elle nous arrive alors, cette femme est maigre, sèche, au teint terreux; le ventre, ballonné, contraste singulièrement avec l'émaciation du tronc et des membres supérieurs; quant aux membres inférieurs, les jambes surtout au niveau des malléoles, ils sont le siège d'un œdème assez prononcé. Cette malade se plaint surtout de douleur à l'épigastre, où, en effet, existe une tuméfaction du volume du poing, douloureuse à la pression, sans changement de coloration des téguments à son niveau, et manifestement fluctuante.

Informé des antécédents de la malade, M. Tillaux diagnostique un phlegmon de la paroi abdominale ayant vraisemblablement pour point de départ le kyste hydatique, et le 6 juin pratique, après anesthésie locale, une incision cruciale, qui donne issue à un flot de pus très fétide. Application de cataplasmes sur la plaie et nourriture substantielle.

La suppuration est vite tarie et la plaie fermée; la malade reprend ses forces et sort guérie de l'hôpital après un mois de séjour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Choléra. — M. *A. Netter* adresse, par l'entremise de M. le ministre de l'instruction publique, une Note relative aux épidémies de choléra. (Renvoi à l'examen de M. Vulpian.)

Recherches sur les propriétés physiologiques du maltose. Note de M. *Em. Bourquelot*. — Dans une Note insérée aux *Comptes rendus* en décembre dernier, l'auteur a insisté sur l'importance alimentaire du maltose, sucre qu'on sait se former en fortes proportions dans la digestion des matières féculentes, et j'ai supposé provisoirement que ce sucre, classé parmi les saccharoses, est directement assimilable. Mais une telle hypothèse, reposant uniquement sur la résistance du maltose à l'action des ferments digestifs de quelques invertébrés et sur sa fermentation directe en présence de la levure de bière, n'était pas suffisamment justifiée. M. Bourquelot présente aujourd'hui à l'Académie les résultats des recherches qu'il a faites dans le but de s'assurer si cette hypothèse répond à la manière dont le maltose se comporte dans l'économie, ou si, comme on l'admet pour le sucre de canne, le maltose est totalement transformé en glycose avant de pénétrer dans le sang.

1° *Action des ferments digestifs sur le maltose.* — Bien que, à l'égard de la diastase du malt et de la salive, de Méring ait établi que, contrairement aux conclusions de Brown et Héron, l'action prolongée de ces ferments détermine la transformation en glycose d'une certaine proportion de maltose, j'ai cru devoir, dit l'auteur, rechercher si, en l'absence de tout germe, cette action doit leur être attribuée. J'ai maintenu à des températures de 15 et de

38 degrés des solutions de maltose pur à 2 pour 100, additionnées de diastase en dissolution ou de salive, préalablement filtrées à l'appareil Klebs et Tiegel : même après vingt-quatre heures, je n'ai constaté aucun changement de la matière sucrée. Il ne se produit pas non plus de dédoublement si, dans ces expériences, on opère en présence de l'acide carbonique à la pression 0,76.

Précédemment j'ai indiqué, après de Mering, l'inactivité de l'invertine vis-à-vis du maltose. Comme, dans l'intestin, se mêlent la diastase du pancréas et l'invertine du suc intestinal, il y a lieu de se demander si des ferments, qui séparément n'ont aucune action sur le sucre examiné, ne le dédoublent pas quand ils sont réunis. J'ai donc ajouté, à des solutions de maltose additionnées d'invertine, soit de la salive, soit de la diastase. Ni l'un ni l'autre de ces mélanges n'a dédoublé le maltose, à 38 degrés et en douze heures de contact.

Le maltose résiste également au suc gastrique artificiel, de même qu'au suc pancréatique obtenu par macération de la glande dans l'eau, à condition, pour ce dernier, de ne pas faire durer l'essai plus de dix heures. En prolongeant, il se forme de petites quantités de glycose; mais le liquide se remplit de bactéries, ce qu'on ne peut guère éviter, le suc pancréatique ne se prêtant pas à la filtration à travers une terre poreuse.

Le suc intestinal, plus encore que le suc pancréatique, se remplit rapidement de bactéries, qui, se réunissant à la fin en une masse floconneuse, tombent au fond du vase. Ces infiniment petits sont, sinon une cause d'erreur, du moins une cause de doute à l'égard des conclusions à tirer des résultats obtenus. L'auteur, dans des expériences spéciales, s'est mis à l'abri de cette cause de troubles.

Pour les liquides intestinaux, non filtrés à l'appareil Klebs, le maltose et le saccharose ont été, en partie et quelquefois en totalité, dédoublés, ce qui est en accord avec les recherches de Brown et Héron. Pour les liquides filtrés à l'appareil Klebs, dans la plupart des cas, aucun des deux sucres n'a été dédoublé; rarement on a pu constater des traces de formation de glycose. Encore, pour le maltose, et en raison des procédés d'analyse, peut-on attribuer ce dernier résultat aux erreurs d'expérience. Je reviendrai plus loin sur l'interprétation de ces faits.

2° *Action des acides de l'économie sur le maltose.* — Il y a intérêt à savoir si les acides qu'on rencontre dans l'estomac, employés en solution aqueuse, dans des proportions physiologiques et à la température du corps, peuvent dédoubler le maltose. Une solution de maltose à 1 pour 100, additionnée de 0,20 de HCl pour 100, a été maintenue à 38 degrés pendant trente-six heures. Le maltose est resté intact. Une autre solution, additionnée d'une quantité équivalente d'acide lactique, a été placée dans les mêmes conditions, sans qu'il se produisît de changement dans la matière sucrée.

Au contraire, si l'on expose une solution de saccharose à 1 pour 100 aux mêmes influences, on constate : qu'en présence de l'acide chlorhydrique 70 pour 100 de ce sucre sont intervertis au bout de six heures, 90 au bout de douze heures; qu'en présence de l'acide lactique 33 pour 100 sont intervertis en trente-six heures.

L'auteur conclut ainsi :

Il est difficile de soutenir que le sucre de canne soit interverti seulement dans l'intestin grêle, et de ne pas admettre, en présence des chiffres ci-dessus, que les acides chlorhydrique et lactique soient des facteurs importants de sa digestion. Il y a plus : si de petites quantités de sucre de canne passent dans les vaisseaux sanguins, on doit supposer que l'acide carbonique qui s'y forme constamment suffit pour l'intervertir. Au contraire, nulle part ailleurs que dans l'intestin, le maltose n'est dédoublé. Encore doit-on se demander si ce résultat est le fait d'une zymase. Si oui : 1° elle est différente de l'invertine de la levure, celle-ci étant sans action sur le maltose; 2° elle ne traverse pas les terres poreuses. Si non, le dédoublement est le fait des infiniment petits.

De l'action toxique comparée des métaux sur les microbes. Note de M. *Ch. Richet.* — La liqueur de culture employée a été la suivante : eau de mer, 900 grammes; urine neutralisée, 100 grammes; peptone, 1 gramme. Le liquide est d'une transparence parfaite, mais, en six ou huit heures, à la température de 20 degrés, il se trouble et se charge de bactéries. L'auteur a dû prendre un criterium arbitraire, qui lui permît de juger la toxicité comparée des métaux mélangés à cette solution, et il a supposé qu'ils n'étaient pas toxiques lorsque, au bout de quarante-huit heures, à une température de 16 à 20 degrés, ils n'avaient pas empêché le développement des bactéries. Les résultats ont été les suivants :

Poids de métal par litre de liquide qui entrave la putréfaction. — Mercure (Hg''), 0gr,0055; zinc, 0gr,026; cadmium, 0gr,040; cuivre (Cu''), 0gr,062; nickel, 0gr,18; fer (Fe''), 0gr,24; baryum, 3gr,35; lithium, 6gr,9; magnésium, 7gr,2; manganèse, 7gr,7; ammonium (AzH^4), 18gr,7; calcium, 30 grammes; sodium, 43 grammes; potassium, 58 grammes.

Avec l'auteur, nous rapprochons ce tableau de celui qu'il a donné précédemment en faisant vivre des poissons marins dans les solutions métalliques (*De la toxicité comparée des divers métaux*, in *Comptes rendus*, 24 octobre 1881, p. 649).

Poids de métal par litre de liquide qui tue un poisson en moins de quarante-huit heures.—Mercure (Hg''), 0gr,00029; cuivre (Cu''), 0gr,0038; zinc, 0gr,0084; fer (Fe''), 0gr,014; cadmium, 0gr,017; ammonium, 0gr,064; potassium, 0gr,10; cobalt, 0gr,125; nickel, 0gr,125; lithium, 0gr,3; manganèse, 0gr,3; baryum, 0gr,78; magnésium, 1gr,5; calcium, 2gr,4; sodium, 24 grammes.

Il semble qu'on puisse ranger les poisons en deux grandes classes. Il y a des poisons universels, dont le mercure est le type le plus parfait, qui sont poisons de la cellule végétale et de la cellule animale. Et il y a des poisons spéciaux à l'animal, comme le lithium, surtout comme le potassium et l'ammonium, lesquels sont à peu près inoffensifs pour les tissus des végétaux. Les alcaloïdes, qui se rapprochent plus ou moins de l'ammoniaque, sont aussi dans ce cas.

Tuberculose zooglœique. Note de MM. *L. Malassez* et *W. Vignal.* — « Il est, disent les auteurs, des lésions tuberculeuses où le nombre des bacilles est en quantité si minime, que leur présence ne saurait expliquer les lésions observées; il en est même où, quels que soient le nombre des coupes examinées, la méthode de préparation employée, il est impossible d'en trouver un seul. Nous avons essayé d'expliquer ces faits en inoculant des lésions tuberculeuses manifestement dénuées de bacilles, et en cherchant s'il existait, dans les tuberculoses produites, des bacilles ou quelque autre forme ou espèce de micro-organisme. »

Les résultats obtenus sont les suivants : 1° des lésions tuberculeuses sans bacilles peuvent produire par inoculation des tuberculoses bacillaires, ce qui fait supposer que le parasite phymatogène existe déjà chez elles, mais non sous la forme bacillaire; 2° ces mêmes lésions peuvent aussi produire des tuberculoses non bacillaires, mais dans lesquelles il existe une autre forme ou espèce de parasite, lequel doit être considéré comme cause de la maladie; ce sont des amas zooglœiques de microcoques, des gliocoques, les uns parfaitement distincts, les autres plus ou moins diffusés; 3° dans les générations ultérieures d'inoculation, les *zooglœes* peuvent disparaître et les bacilles apparaître. Il semble donc que les bacilles, les zooglœes distinctes ou diffuses ne sont que des formes différentes du même micro-organisme, du parasite phymatogène. Cependant, comme nous n'avons pas encore pu saisir la transformation des zooglœes en bacilles, comme ces êtres ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis des réactifs colorants, nous ne voulons rien affirmer. Et les auteurs font la même réserve à l'égard des parasites décrits antérieurement dans la tuberculose, par Klebs, Aufrecht, Toussaint et autres.

— M. *Darreau* adresse une nouvelle Note relative à l'emploi de l'acide sulfurique, pour le traitement des matières animales infectées de principes contagieux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. *Gariel* et *Desplats*, le 4e fascicule de leurs *Éléments de physique médicale* ; 2° de la part de M. le docteur *Gil* (de Buenos-Ayres), une brochure sur *la vaccine humaine* ; 3° au nom de M le docteur *Meza*, le *Compte rendu pour 1881 du service municipal de vaccine à Buenos-Ayres* ; 4° de la part de M. le docteur *Vissani*, l'histoire d'une *épidémie de variole en 1880-81 à Montecelio*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un ouvrage de M. le docteur *Schreiber* sur *le massage*.

M. *Roger* fait hommage, de la part de M. le docteur *Foissac*, d'un livre intitulé : *l'Hygiène des saisons*.

M. *Fournier* présente, au nom de M. le d eur *Vidal*, une brochure ayant pour titre : *Du lupus scléreux*.

M. *Larrey* dépose le compte rendu des travaux de la *Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse depuis le* 31 *mai* 1882 *jusqu'au* 6 *mai* 1883.

DÉCÈS DE M. SEUX. — M. *le Président* annonce le décès de M. *Seux*, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, correspondant national de l'Académie depuis 1871.

DÉCLARATION DE VACANCE. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la deuxième section (*Pathologie médicale*), en remplacement de M. Lasègue, décédé.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DU CUIVRE. — Un des élèves du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, M. *Ygouf*, a pu se livrer à une enquête sur les propriétés antiseptiques et prophylactiques de cuivre, dans la petite ville (3500 habitants) de Villedieu-les-Poêles (Manche), dont l'industrie principale consiste dans la fabrication des sels de cuivre; l'air y est littéralement saturé de ce métal. M. *Vulpian* dépose une Note de M. *Bochefontaine* faisant connaître les résultats de cette enquête. En 1848-49, le choléra fit de nombreuses victimes dans cette localité; en 1870-71, la variole y sévit avec violence et récemment il s'y déclara une violente épidémie de fièvre typhoïde. On a remarqué que ce sont les quartiers habités par les ouvriers travaillant le cuivre, de même que ces ouvriers et leurs familles, qui ont surtout été atteints dans ces diverses circonstances.

CHAUFFAGE DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE POUR PRÉVENIR LA SEPTICÉMIE GANGRENEUSE. — Depuis que M. *Tripier* chauffe les instruments dont il se sert pour pratiquer les opérations dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, il n'a plus à déplorer de cas de septicémie gangreneuse. MM. Chauveau et Arloing ayant montré que le virus sec de cette affection si éminemment contagieuse résiste plus que le virus frais aux agents destructeurs et que la température est un modificateur puissant de l'activité de ce virus, il eut l'idée de recourir à la chaleur pour détruire le virus sec pouvant se trouver sur les instruments. Dans ce but il a fait installer dans sa salle d'opérations un bain d'huile qu'on peut porter à 125 degrés centigrades en trois quarts d'heure et qui, grâce à un régulateur, peut être maintenu à cette température ; le bain est contenu dans une petite caisse en laiton, divisée en plusieurs compartiments suivant les dimensions des divers instruments qu'il faut stériliser ; ceux-ci sont placés, en les sortant du bain, dans une cuvette chargée d'eau phéniquée à 50 pour 1000 et chauffée à 70 ou 80 degrés centigrades environ.

LYMPHATISME. — M. *Peter* lit un rapport sur le concours du Prix Portal de 1882; la question posée était : *Du système lymphatique au point de vue pathologique*. Un seul mémoire a été envoyé; l'Académie l'a jugé digne du prix.

INHALATIONS MÉDICAMENTEUSES. — M. le docteur *Sandras* donne lecture d'un mémoire sur les avantages des « inspirations ou inhalations médicamenteuses ou antimicrobiques » dans les affections des voies respiratoires; il présente divers appareils propres à cet usage.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Nodosités rhumatismales éphémères : MM. Troisier, Féréol. — Des pseudo-cancers de l'estomac : M. Legroux. — Granules de morphine pour injections hypodermiques : M. Legroux.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Troisier* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Tixier, renfermant deux observations de nodosités rhumatismales analogues à celles que M. Troisier a signalées. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, présenta une nodosité de ce genre au niveau de l'olécrâne du côté droit : elle disparut au bout de quinze jours. Le second cas est celui d'un homme de vingt-neuf ans, chez lequel apparurent des nodosités au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, à la face palmaire des mains; ce malade souffrait de douleurs vagues dans plusieurs articulations, mais n'avait jamais été atteint de rhumatisme articulaire aigu.

M. *Féréol* a examiné avec soin le malade dont M. Troisier a rapporté l'observation dans la dernière séance, et a pu se convaincre que les nodosités rhumatismales qu'il présente ne sont nullement semblables à celles qu'il a décrites en 1878. M. Féréol insiste sur les différences nombreuses qui séparent ces deux ordres de lésions et qu'il avait signalées déjà, lors de la publication de son mémoire, d'après l'examen comparatif des cas qu'il avait observés et de ceux qu'avaient précédemment décrits Jaccoud et M. Meynet. Les nodosités étudiées par ces auteurs sont les mêmes que celles dont a parlé M. Troisier, mais se distinguent nettement de celles que lui-même a observées. Les deux variétés de lésions, il est vrai, se sont montrées chez des individus arthritiques ; leur apparition a été soudaine dans les deux cas, leur disparition rapide ; elles ne se sont accompagnées d'aucun changement de coloration des téguments et sont demeurées indolentes. Mais elles diffèrent sur tous les autres points : celles dont parle M. Troisier forment des saillies nettement limitées, du volume d'une lentille ou d'un pois; elles offrent une consistance plutôt dure qu'élastique; elles présentent à première vue, plutôt l'aspect d'un tophus que d'une gomme; se montrent parfois fort loin des articulations, parfois à leur niveau; sont nettement *sous-cutanées*, adhérentes aux tissus fibreux profonds; sont le siège d'une légère douleur à la pression, et enfin présentent une durée variant de quelques jours à plusieurs semaines. Celles que M. Féréol a décrites sont manifestement *cutanées* ; ressemblent au premier abord à une exostose, n'ont pas de limites bien nettes; se déplacent d'une façon appréciable en moins de vingt-quatre heures ; sont absolument indolentes soit spontanément, soit à la pression ; enfin elles n'ont été observées, jusqu'ici du moins, qu'au niveau du front et n'ont jamais présenté une durée de plus de vingt-quatre à trente-six heures : elles sont donc bien *éphémères* dans le sens strict du mot. M. Féréol a cru pouvoir les localiser dans les couches profondes du derme et les assimiler, par suite de leur aspect et de leur rapide évolution, à un œdème fugace ; il a résumé leurs caractères principaux dans la dénomination sous laquelle il les a fait connaître : *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*. M. Féréol regrette que l'épithète *éphémère* ait été appliquée également par M. Troisier aux nodosités spéciales, toutes différentes, qu'il a étudiées; ces lésions, en effet, ne sont pas véritablement éphémères, elles sont plutôt *résolutives*. N'y a-t-il pas dans l'emploi d'une désignation commune pour deux lésions distinctes une cause d'erreur et de confusion ?

M. Féréol ajoute qu'il a observé un nouveau cas de nodosités cutanées éphémères chez une dame sujette aux migraines; il serait tenté de voir plus qu'une simple coïncidence entre ces deux manifestations morbides, car il avait

constaté déjà leur réunion chez d'autres malades qu'il a observés antérieurement.

M. *Cuffer* a vu, pendant son clinicat chez M. le professeur Potain, un malade rhumatisant, qui présenta, au front, une nodosité sous-cutanée assez volumineuse, ressemblant à une périostite, et fort douloureuse. On administra au malade du salicylate de soude et cette lésion disparut rapidement. Il a également observé, chez d'autres arthritiques, des nodosités au niveau des jambes; elles offraient un début analogue à celui de l'érythème noueux, mais on constatait au-dessous d'elles une sorte de crépitation fixe déterminée par la palpation; elles disparurent spontanément assez vite, moins vite cependant que les nodosités éphémères décrites par M. Féréol, et prirent successivement toutes les teintes d'une ecchymose sanguine en voie de résorption.

M. *Féréol* fait remarquer qu'il s'agit encore dans ce cas d'une autre variété de nodosités rhumatismales : la douleur vive constatée chez le premier malade et la crépitation notée dans les autres observations ne permettent pas de confondre ces lésions avec celles que lui-même ou M. Troisier ont été à même d'étudier.

M. *Troisier* est en tous points d'accord avec M. Féréol. S'il a donné le nom d'*éphémères* aux nodosités observées chez son malade, c'est que, tout d'abord, il avait cru à une lésion semblable à celles qu'avait précédemment décrites M. Féréol; ce n'est qu'après leur avoir assigné ce qualificatif qu'il a reconnu qu'il s'agissait de deux affections distinctes. Il pense que la désignation de *fibro-rhumatismales* conviendrait bien à ces petites tumeurs dont la structure fibreuse a été nettement établie.

M. *Ollivier* est d'avis qu'il ne faudrait pas indifféremment qualifier ces manifestations de rhumatismales et d'arthritiques : arthritis n'étant pas synonyme de rhumatisme. Il croit que cette confusion pourrait être regrettable au point de vue de la pathogénie de ces lésions.

M. *Féréol* fait observer que, si les nodosités étudiées par M. Troisier se sont montrées chez des rhumatisants, pendant les poussées aiguës ou à leur déclin, celles qu'il a décrites siégeaient chez des arthritiques, non rhumatisants jusqu'à l'époque où il les a observés; il s'agissait de malades présentant des migraines, du psoriasis, des douleurs vagues, etc., mais pas de rhumatisme articulaire véritable.

— M. *Legroux* rapporte une observation qui vient à l'appui de la difficulté que présente parfois le diagnostic des tumeurs de l'épigastre, et de la fréquence relative des erreurs auxquelles le médecin se trouve exposé en présence de ces *pseudo-cancers* de l'estomac. Il s'agit d'un individu, depuis longtemps diabétique, et atteint consécutivement de tuberculose pulmonaire à marche rapide. Une tumeur très nette apparut au creux épigastrique, mais ne s'accompagna pas des signes ordinaires du cancer stomacal : il y avait de la diarrhée, mais le malade ne vomissait pas et n'avait pas de mélæna. Cependant M. Millard, qui vit le malade, ne rejeta pas complètement le diagnostic de cancer. Depuis lors, un épanchement ascitique s'est développé et masque la tumeur; il n'y a toujours pas de signes de cancer stomacal, pas de cachexie cancéreuse, mais il existe des symptômes de tuberculose intestinale et péritonéale. Il est donc bien probable que la tumeur prise pour un cancer est constituée par une masse tuberculeuse, sans doute d'origine ganglionnaire — On voit que, si la tumeur épigastrique ne s'accompagne pas de tout l'ensemble habituel des signes du cancer gastrique, il n'est pas possible d'affirmer l'existence du carcinome.

M. *Millard*, malgré la tumeur énorme que présentait ce malade et la cachexie manifeste, imputable d'ailleurs au diabète et à la tuberculose, avait fait des réserves expresses relativement au diagnostic de cancer, qu'il n'avait du reste énoncé que sous la formule plus vague de cancer *abdominal*. L'ascite qui est apparue depuis n'exclut en aucune façon cette hypothèse.

— M. *Legroux* présente à la Société des granules de chlorhydrate de morphine préparés par M. Yvon et qui sont d'un emploi très commode pour obtenir, en cas d'urgence, une solution extemporanée destinée à pratiquer une injection hypodermique. Chaque granule renferme 1 centigramme de chlorhydrate de morphine aggloméré au moyen d'une très minime quantité de gomme et de glycérine ; ces granules se dissolvent avec la plus grande facilité. Il suffit, par conséquent, d'en placer un dans la seringue de Pravaz et de la remplir d'eau pour avoir immédiatement 1 gramme de solution au centième. On peut transporter, dans sa trousse, une provision de ces granules, renfermés dans un petit tube ; ils se conservent ainsi fort longtemps.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'on avait déjà préparé des plaques de gélatine à laquelle étaient incorporées diverses substances médicamenteuses solubles; il suffisait de découper un, ou plusieurs, des petits carrés tracés à la surface de la plaque et de les projeter dans l'eau pour avoir une solution extemporanée au titre voulu. Ce procédé a été bientôt abandonné.

M. *Legroux* attribue le peu de succès obtenu par ces préparations à ce que la gélatine injectée sous la peau, n'étant pas absorbée, produisait des nodosités persistantes, souvent fort douloureuses. Aucun inconvénient semblable ne s'observe avec les granules qu'il emploie journellement dans son service et dans sa clientèle.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Correspondance. — Luxations subites dans les maladies fébriles. — De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement.

La correspondance comprend : une observation d'absence complète de col utérin. Un simple orifice conduisait dans le corps de l'utérus, par M. Mascarel.

— M. *Delens* a observé une luxation de la hanche droite chez un petit garçon convalescent de fièvre typhoïde grave ; l'enfant fut chloroformé et la luxation fut réduite. La luxation se reproduisit; M. Delens fit de nouveau la réduction et plaça le membre dans un appareil inamovible.

Un autre individu reçoit un coup de cisailles sur l'occiput ; il tombe et des phénomènes méningitiques se déclarent. Un jour le malade tombe de son lit et se luxe la hanche ; la luxation est facilement réduite. La véritable cause de la luxation échappe ; dans le premier cas, le sujet convalescent d'une fièvre typhoïde était très amaigri ; dans le second cas, la luxation est survenue après des symptômes de méningite.

M. *Lannelongue* a vu une jeune fille atteinte de luxation de la hanche après une fièvre typhoïde suivie probablement de rhumatisme. Ce chirurgien a examiné souvent des muscles atrophiés à la suite d'arthropathies; la fibrille musculaire est diminuée de moitié ou des deux tiers, mais ce qui reste est normal. Entre les fibrilles on voit une prolifération conjonctive considérable.

M. *Verneuil*. A la suite des fièvres, il peut se produire des arthrites pseudo-rhumatismales; il est intéressant de voir qu'après les fièvres comme après les rhumatismes, il peut se produire des luxations récentes bien différentes de la coxalgie, ou des arthrites chroniques, puisque la réduction

est possible et rend aux membres leur symétrie. Considérant la diminution de la puissance musculaire après les maladies aiguës, M. Verneuil a été conduit à expliquer ces luxations par la paralysie de certains muscles et la contracture d'autres muscles.

M. *Trélat*. Dans la première observation de M. Delens, la luxation est due à l'altération des muscles observée après la fièvre typhoïde : la fibre musculaire perd une partie de sa résistance et toute sa fonction. Les altérations histologiques subies par la fibre musculaire expliquent le relâchement des liens musculaires autour de l'articulation et par suite la luxation.

M. *Després*. Sur le cadavre, on ne produit jamais une luxation de la hanche sans déchirer la capsule. Si vous avez observé des luxations vraies, il y avait lésion de la capsule. M. Després ne peut pas admettre que la paralysie musculaire seule puisse déterminer une luxation.

M. *Verneuil*. Heureusement on peut se passer d'autopsie pour diagnostiquer une luxation. La paralysie musculaire n'est pas guérie par le fait de la réduction de la luxation; si la luxation ne se reproduit pas, c'est parce qu'on immobilise l'articulation.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur un Mémoire de M. Bauregard (du Havre) : de la *suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement*.

Un homme de vingt-quatre ans reçoit, le 23 février 1883, un coup de pied de cheval qui lui fracture la rotule; le fragment supérieur comprenait presque toute la rotule; le fragment inférieur très petit était très mobile; l'écartement des deux fragments était considérable, et on ne pouvait les maintenir en contact. Application d'un appareil plâtré.

Le 25 février, le malade fut chloroformé; incision longitudinale ouvrant l'articulation; on enlève le sang coagulé. Le fragment supérieur fut traversé avec un perforateur; le fragment inférieur étant trop court, M. Bauregard passa le fil d'argent au-dessous, dans le ligament rotulien; la suture métallique permit la coaptation exacte des fragments; drain dans la plaie; pansement de Lister.

Quatre semaines après l'opération, l'appareil fut enlevé. Le 15 avril, on commença les mouvements d'extension et de flexion. A la fin d'avril, l'opéré fut présenté à la Société de chirurgie. Quatre mois après, l'opéré fut présenté de nouveau et on a pu constater que la flexion du genou n'est pas encore complète. L'exiguïté du fragment inférieur n'ayant pas permis une coaptation très exacte, on dut tenir le membre immobilisé pendant trop longtemps : c'est ce qui explique, selon M. Bauregard, le résultat incomplet obtenu. M. Chauvel répond à cela que c'est en raison de la difficulté de la coaptation que l'opération a paru nécessaire. Le cal n'est pas osseux; les fragments sont distants d'au moins 1 centimètre. Les muscles de la cuisse et de la jambe sont en partie atrophiés.

M. Chauvel a réuni 43 observations de suture osseuse de la rotule; on trouve 4 observations seulement avant 1877, c'est-à-dire avant l'invention du pansement de Lister. On note 33 hommes et 10 femmes. 38 fois la fracture était sous-cutanée, 3 fois elle était compliquée de plaie. Dans 9 cas, l'accident remontait à plus de trois mois; 28 fois la fracture était plus récente.

Dans les fractures récentes, les chirurgiens ont décidé l'opération pour l'une des raisons suivantes : ou bien l'écartement considérable des fragments rendait la coaptation impossible; ou bien le chirurgien espérait un cal osseux difficile à obtenir avec une autre méthode de traitement. Dans les cas anciens on intervenait à cause du mauvais résultat obtenu par les traitements antérieurs.

Les fils métalliques ont été généralement employés. Le drainage est indispensable; c'est le complément nécessaire de la méthode de Lister. Dans tous les cas, le malade n'a pu marcher avant un mois; c'est alors qu'on enlève l'appareil inamovible.

Les suites immédiates de l'opération sont parfois graves, 20 fois il y eut une inflammation sérieuse du genou. 14 fois les fragments se réunirent par un cal osseux. Sur 33 observations, 28 fois le résultat fut bon et 5 fois médiocre; 4 cas d'ankylose osseuse du genou; 8 fois les mouvements retrouvèrent leur étendue normale. Il y eut 10 insuccès fonctionnels. Sur 43 opérés, on compte 3 morts et 1 amputation secondaire de la cuisse.

Dans les fractures transversales *anciennes* de la rotule, avec écartement considérable des fragments, cal fibreux lâche, et impuissance du membre, M. Chauvel admet la suture osseuse.

La suture osseuse ne doit pas être admise comme méthode générale dans les fractures transversales *récentes* de la rotule; elle doit être réservée uniquement aux cas où la coaptation des deux fragments ne peut être obtenue par les autres moyens de traitement.

M. *Lucas-Championnière*. La statistique de M. Chauvel donne une mortalité assez considérable; cela tient à ce que tous les chirurgiens ne font pas une antisepsie suffisante. Dans un récent travail de M. Lister, publié dans le *British medical*, on trouve sept observations se rapportant à sept malades qui ont été présentés à une Société chirurgicale de Londres; aucun de ces malades n'a eu d'accident. Chez l'un des opérés guéris, M. Lister essaya de mobiliser la jambe, il rompit le cal; il fit une nouvelle suture, et maintenant le malade fléchit la jambe à angle droit sur la cuisse.

Dans un cas de M. Lister, le fragment inférieur était très petit; on passa le fil dans le ligament rotulien, et le résultat fut très satisfaisant. M. Lister attache une grande importance à ne pas comprendre le cartilage dans la suture. Les sept opérés ont un cal osseux.

M. Lucas-Championnière a fait, il y a trente-cinq jours, la suture osseuse pour une ancienne fracture de la rotule; l'écartement était très considérable et le malade ne pouvait marcher. Il dégagea les fragments de nombreuses fausses membranes; il dut placer trois fils métalliques pour obtenir la coaptation. L'opéré est dans un appareil inamovible; il sera présenté à la Société de chirurgie. M. Lucas-Championnière se demande si la suture osseuse immédiate des fragments ne serait pas le véritable traitement des fractures de la rotule. La statistique de M. Lister le ferait croire.

M. *Pozzi*. Un aliéné de Sainte-Anne s'étant fracturé la rotule, M. Pozzi résolut de faire la suture osseuse à cause de l'écartement considérable des fragments et de l'épanchement articulaire énorme. Il fit la suture avec des fils d'argent, appliqua des tubes à drainage et immobilisa le membre dans un appareil plâtré. L'attelle plâtrée fut conservée deux mois à cause de l'agitation du malade. Les fils métalliques restèrent dans le genou. Le malade marchait avec une flexion de 5 à 6 degrés à peine; le cal était linéaire. C'est alors que M. Pozzi entreprit de mobiliser le genou; le malade fut endormi, et on obtint une flexion de 25 degrés. Mais, dans une autre tentative de mobilisation, le malade n'étant pas chloroformé se débattit violemment et le cal se rompit. Le malade a une notable atrophie du muscle triceps. M. Pozzi serait disposé à tenter de nouveau la suture des fragments : il demande sur ce point l'avis de ses collègues.

M. *Richelot* conseille à M. Pozzi d'électriser le triceps avant de recommencer l'opération. Il y a deux choses à considérer : le résultat opératoire et le résultat clinique. Dans la plupart des observations, le résultat opératoire a été satisfaisant. Quelle est la valeur clinique du résultat? Même en supposant que la suture osseuse soit une bonne opération, on n'est autorisé à l'appliquer aux fractures de la rotule que si les autres méthodes de traitement sont insuffisantes, car l'opération est délicate et la moindre faute opératoire expose à des

accidents formidables. Or on pratique cette opération quand les fragments sont très écartés. Les chirurgiens savent cependant qu'il y a des individus qui marchent très bien avec un écartement considérable des fragments, que d'autres individus marchent très mal alors que les fragments sont soudés par un cal osseux. L'écartement des fragments n'est donc pas la cause essentielle de la gêne fonctionnelle.

Après la fracture de la rotule, il survient un léger degré d'arthrite et le muscle triceps s'atrophie. M. Richelot a observé à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de fracture transversale de la rotule; la cicatrisation se fit avec le même degré d'écartement des fragments; or l'un des malades marche facilement et l'autre a une impuissance absolue du membre. Ce dernier a le muscle triceps tout à fait paralysé, et il y a une différence de 5 centimètres entre la circonférence des deux cuisses, chez ce malade. On voit donc que le même degré d'écartement donne un résultat différent, selon qu'il y a ou non atrophie musculaire.

Le malade de M. Lucas-Championnière a un triceps qui fonctionne bien, mais il n'y a plus de liens fibreux entre les fragments de la rotule, et le triceps ne peut pas agir; en faisant la suture osseuse, le malade marchera puisque son triceps est normal. Dans les observations, il faudra donc toujours noter l'état du triceps et le traiter d'abord avant de décider l'opportunité de l'opération.

M. *Gillette* s'associe à la manière de voir de M. Richelot. On ne doit faire une opération grave que lorsqu'il y a indication, c'est-à-dire fracture compliquée de plaie, ou fracture ancienne avec impotence du membre.

M. *Verneuil* condamne absolument l'arthrotomie immédiate. S'il n'y a en ce monde que dix à douze chirurgiens capables de mener à bien l'antisepsie dans la suture osseuse de la rotule fracturée, ce n'est pas assez et il faut se garder de préconiser cette opération, pour ne pas autoriser des chirurgiens inexpérimentés ou mal outillés à la pratiquer; l'arthrotomie ne peut être le procédé de choix.

Si M. Verneuil avait pris la parole avant M. Richelot, il eût dit mot pour mot ce que ce jeune chirurgien a dit. M. Petit a dans ses cartons un mémoire rempli d'observations qui démontrent que les malades qui marchent mal ou pas du tout après une fracture de la rotule, ont les muscles des membres atrophiés. Quand on a traité les muscles, les malades ont marché.

Avant d'intervenir chirurgicalement, essayez les attelles plâtrées avec les agrafes et les tubes en caoutchouc. On a dit que la suture osseuse était indiquée quand la fracture était compliquée de plaie; voici une observation qui démontrerait le contraire. Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui se fait une fracture de la rotule avec plaie communiquant avec l'articulation, immobilisation du membre, occlusion de la plaie; le blessé complètement guéri marche aussi bien que s'il n'avait pas eu de fracture. Il est dangereux de laisser s'établir une thérapeutique qui, entre des mains qui ne sont pas de premier ordre, expose à des accidents graves.

M. *Forget* a entendu avec plaisir la protestation de M. Verneuil; il est temps de revenir aux doctrines qui avaient cours du temps de Boyer, Lisfranc et Dupuytren. On a abandonné les griffes de Malgaigne parce qu'on a trouvé que ce moyen était dangereux et aurait déterminé des accidents graves.

M. *Chauvel* dit que ses conclusions sont d'accord avec celles de MM. Verneuil et Richelot. Cependant, si vous pouvez obtenir un cal osseux, votre triceps aura un point d'appui plus stable. M. Chauvel a vu des fractures consolidées avec un écartement considérable, les muscles étant en bon état, et cependant les malades marchaient difficilement. Quand on a tout essayé et que l'individu guéri de sa fracture ne peut pas travailler, le chirurgien est autorisé à faire la suture osseuse.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY, VICE-PRÉSIDENT (1).

Action des bacilles du jequirity : MM. Cornil et Berlioz. — Lampe électrique pour le polyscope : M. Baratoux. — Fascination provoquée chez l'homme : M. Brémaud. — Suggestion à l'état de veille : M. Dumontpallier. — Vitesse de diffusion des acides : M. Chabry. — Action du café sur la nutrition : MM. Couty, Guimaraës et Niobey. — Anesthésie prolongée et générale par la douche laryngée d'acide carbonique : M. Brown-Séquard. — Vitesses comparées des sensations visuelle, auditive et tactile : M. Bloch.

MM. *Cornil* et *Berlioz* ont étudié l'action sur l'organisme des bacilles de la macération de jequirity, employée par les oculistes pour provoquer, en applications locales, des inflammations substitutives de la conjonctive. La seule préparation active est celle qu'on obtient par macération *à l'air libre*, ce qui amène à admettre que les éléments infectieux sont des germes aériens ayant trouvé dans le liquide un milieu de culture favorable. La mort est survenue chez les animaux injectés à la suite d'accidents œdémateux généralisés, de phlegmon au niveau du point de l'injection, etc. L'élimination se fait en partie par la peau infiltrée dans ses couches profondes : chaque poil présente une gouttelette de liquide qui renferme de nombreux bacilles; mais c'est surtout par le rein et l'intestin que tendent à s'éliminer les éléments introduits par l'injection. Quand les animaux survivent, ils présentent un certain degré d'immunité.

— M. *Brémaud* a provoqué l'*état de fascination* chez des jeunes hommes de seize à vingt-sept ans, bien portants, non hystériques, par « l'action du regard » : le sujet fixe les yeux de l'opérateur qui réfléchissent la lumière dans un lieu vivement éclairé. Le « fasciné » reste inerte, sans volonté propre, présentant une tendance à l'imitation automatique des mouvements de l'opérateur.

— M. *Dumontpallier*, reprenant des expériences exposées par M. Bernheim (de Nancy), au congrès de Rouen, sur la « *suggestion à l'état de veille* », a obtenu des résultats surprenants qui consistent par exemple à persuader à une hystérique hémi-anesthésique à gauche que c'est à droite qu'elle ne sent pas. En effet, la piqûre, douloureuse d'abord à droite, cesse d'être perçue du même côté sous l'influence de la suggestion. On provoque des phénomènes de transfert semblables dans les fonctions motrices.

— M. *Chabry* a cherché à déterminer la vitesse de diffusion des acides en disposant, au-dessus d'un cristallisoir contenant l'acide à essayer, une éprouvette fermée par en haut et remplie d'une solution aqueuse de tournesol; quand il s'est agi d'étudier l'influence de la capillarité sur la vitesse de la diffusion, le calibre de l'éprouvette a été modifié dans le sens voulu; pour examiner l'action de la pesanteur, on a substitué au liquide de l'éprouvette une masse gélatineuse colorée avec le tournesol et permettant de placer le vase dans toutes les positions. Ces expériences ont conduit leur auteur à établir les principaux points suivants : 1° la pesanteur n'a pas d'influence sur la vitesse de diffusion; 2° le diamètre de l'éprouvette est également sans influence ; 3° le chemin parcouru par l'acide diffusant dans la solution de tournesol est en raison inverse de la racine carrée du temps écoulé depuis l'instant du départ.

— M. *Baratoux* a perfectionné le polyscope de M. Trouvé en enfermant le fil de platine qu'on porte à l'incandescence dans une petite ampoule de verre de quelques millimètres de diamètre. L'intensité lumineuse est considérable, comme

1. Dans la séance précédente, M. Beaunis a adressé une Note, dont il n'a pas été donné lecture à la Société, « sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe », et qu'on trouvera *in-extenso* dans les Comptes rendus officiels de la Société.

l'a montré le constructeur M. Seguy, en éclairant le fond de sa bouche, et le rayonnement est presque complètement supprimé. C'est en définitive une petite lampe Edison qu'on peut introduire dans les cavités naturelles pour en faciliter l'examen.

— MM. *Couty*, *Guimaraës* et *Niobey* (de Rio-Janeiro) exposent, dans une Note adressée à la Société, les résultats des expériences qu'ils poursuivent sur l'action du café : « Le café est bien dynamogénique, comme l'avait supposé Gubler; mais il l'est parce qu'il augmente les processus chimiques azotés, en maintenant complet l'équilibre nutritif par une consommation plus grande d'aliments. »

— M. *Brown-Séquard* a obtenu l'insensibilité générale très prolongée, deux à trois jours, chez des animaux soumis à l'injection d'acide carbonique dans le larynx.

— M. *M. A. Bloch* présente la première partie d'un travail sur les vitesses comparatives de la transmission visuelle, de la transmission auditive et de la transmission tactile.

L'auteur divise sa communication en trois parties distinctes, comprenant, chacune, l'examen de deux des trois sensations étudiées : 1° audition et toucher; 2° audition et vision; 3° vision et toucher.

1° Le son, dont la transmission au sensorium a été calculée par rapport à la transmission tactile, était produit par le choc d'une lame d'acier sur la tige d'une épingle fixée sur la surface du cylindre enregistreur. L'excitation tactile consistait dans l'effleurement d'un doigt de la main par un onglet de baleine amincie, fixé également sur le cylindre, normalement à sa surface.

Le moment où le son se produisait demeurait fixe; quant au choc sur la main, on le faisait varier en glissant la main le long d'un tuteur résistant placé devant le cylindre.

Les repères des deux excitations étaient pris sur une bande de papier noirci, au moyen du style d'un tambour à levier qu'on faisait jouer, pendant le repos du régulateur, aux instants précis où l'épingle était heurtée et où le doigt était effleuré.

La distance qui séparait les repères était mesurée par les vibrations inscrites d'un diapason de 500 v. s.

Cela posé, l'expérience consistait à rechercher, par tâtonnements, dans quelles circonstances d'écartement entre les deux excitations, on pouvait constater la *simultanéité des deux sensations, auditive et tactile.*

Cette simultanéité ne se manifeste jamais lorsque le son précède le choc sur le doigt.

Inversement, quand l'excitation tactile est première, le phénomène se montre dans toutes les positions comprises entre 14/250 et 5/250 de seconde.

Or, par des expériences directes, M. Bloch a mesuré la durée des persistances, cherchant, pour le son, quel intervalle de deux sons pareils donnait une seule sensation auditive et, pour le toucher, quel écartement de deux onglets frappant successivement le doigt produisait un synchronisme apparent.

Il insiste sur cette considération que les persistances sensorielles varient avec la qualité des sensations et que les chiffres qu'il a donnés au cours de sa communication représentent uniquement les persistances des sensations dont il s'est servi.

Il arrive en dernière analyse au résultat suivant :

La transmission tactile, pour un doigt de la main, dure 1/30e de seconde de plus que la transmission auditive.

La suite de ces recherches sera exposée dans la prochaine séance.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Réseaux lymphatiques du derme : M. Sappey. — Vitesses comparatives des sensations visuelles, auditives et tactiles : M. Bloch.

M. *Sappey* expose à la Société les résultats de ses études sur les réseaux lymphatiques sous-papillaires et péripapillaires qu'il a pu démontrer dans le derme à l'aide d'un procédé de préparation qui lui est propre. Ce procédé consiste dans l'injection naturelle des réseaux au moyen du développement de micro-organismes. Il montre des préparations histologiques de ces réseaux.

— M. *M.-A. Bloch* communique à la Société la suite de son travail sur les vitesses comparatives des transmissions visuelles, auditives et tactiles.

Comparant l'audition à la vision, l'auteur se sert, comme dans l'examen du toucher par rapport au son, du phénomène de la simultanéité des sensations.

Estimant à 12/250 de seconde la persistance de la vision pour l'objet lumineux dont il a fait usage, il trouve la simultanéité lorsque le son est premier, jusqu'à 7/250 de seconde, et, lorsque l'excitation visuelle précède le son, jusqu'à 9/250 de seconde.

Il insiste sur la variabilité des temps de persistance, relativement aux intensités des excitations sensorielles, et, au lieu d'un papier métallique donnant 12/250 de seconde pour la persistance de la sensation, il fait une expérience de contrôle au moyen d'une bande de papier blanc.

Ici la persistance n'est plus que de 7/250 de seconde, mais les intervalles varient d'une façon correspondante dans l'expérience des simultanéités, et le résultat est le même.

M. Bloch termine par la conclusion suivante : *Des trois sensations physiques, la vision est la plus rapide. Puis vient le son, dont la transmission dure 1/72 de seconde de plus que la transmission visuelle. Enfin le toucher, sur la main, dont la transmission dure 1/21 de seconde de plus que la transmission visuelle.*

En dernier lieu, il estime que l'expression : équation personnelle, ne doit être employée que lorsqu'il s'agit d'une réponse volontaire à une excitation sensorielle.

Il propose d'appeler *limite d'appréciation* l'intervalle irréductible et impersonnel qui dépend des actions combinées des transmissions et des persistances.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Études sur le choléra en Egypte : MM. Straus, Roux, Thuillier et Nocart. — Durée des réflexes post-mortem : M. Ch. Richet. — Influence de l'alcoolisme sur l'anesthésie : M. Dubois. — Destruction des cadavres par l'acide sulfurique : M. Regnard. — Filaments ovulaires des nématodes : M. Forment. — Cryptogame parasite des poissons : M. Mégnin.

M. *Straus*, en son nom et au nom de ses collaborateurs MM. *Roux*, *Thuillier* et *Nocard*, rend compte des résultats des recherches poursuivies en Égypte par la mission française sur la nature du choléra.

Les autopsies ont été au nombre de vingt-quatre (dix-sept femmes et sept hommes), pratiquées immédiatement après la mort. Les auteurs n'insistent pas sur les résultats nécroscopiques connus; ils s'arrêtent surtout à l'étude du liquide intestinal, des parois de l'intestin et à l'examen du sang.

L'examen histologique des parois intestinales (coloration par le bleu de méthyline) montre un grand nombre de micro-organismes (bacilles, micrococcus), bacilles analogues à celui de la tuberculose. Cet élément n'est pas constant : il est donc impossible de partir de cette donnée anatomique pour poursuivre des études pathogéniques.

Rien de spécial dans les ganglions mésentériques, le foie, la rate, les reins.

Les particularités réellement importantes sont fournies par l'étude du sang. Au premier examen, on observe la coloration noire et le défaut de coagulation habituelle du sang : les globules, en se précipitant, abandonnent un sérum clair ; ou bien, si la coagulation se fait, elle est tardive et sous la forme d'une gelée peu consistante.

L'étude histologique fournit les plus intéressants résultats : indépendamment de l'aspect des globules rouges, qui sont étalés, pâles, non agglutinatifs, et de celui des globules blancs, nombreux et très granuleux, on est frappé de la présence, dans les intervalles clairs des globules, d'éléments spéciaux sur lesquels doit, dès lors, se concentrer toute l'attention. Ce sont de petits articles allongés, pâles, rappelant ceux du ferment acétique, mais environ trois fois plus petits, semblables encore à ceux du rouget du porc, mais moins allongés.

Ces éléments se sont retrouvés d'une façon constante dans le sang des vingt-quatre sujets examinés ; ils se montrèrent en plus grande abondance dans les veines mésentériques et les veines abdominales.

Les tentatives de coloration n'ont pas donné de résultats satisfaisants : non seulement ces micro-organismes prennent et retiennent mal la matière colorante, mais leur extrême ténuité empêche de les distinguer des débris de globules blancs et des fragments précipités des substances colorantes. A l'étuve à 38 degrés et dans des tubes de sang, ces éléments se sont multipliés, quelquefois groupés en chaînettes, surtout dans la profondeur du tube, à l'abri de l'action de l'air.

Jusqu'ici tout semble plaider en faveur de la spécialité des micro-organismes observés dans le sang d'une façon constante, et on est tenté de considérer comme trouvé le *microbe du choléra*. Les auteurs, en effet, n'auraient pas hésité à reconnaître dans ces formes un organisme spécial s'ils avaient pu réussir à le cultiver et à l'inoculer avec succès.

Les cultures ont été essayées avec toutes sortes de liquides : elles ont été infructueuses ; les inoculations, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses, l'introduction dans le tube digestif des liquides contenant les éléments incriminés, n'ont fourni aucun résultat positif, quels que fussent les animaux employés (même les souris qui avaient été considérées comme aptes à contracter la maladie humaine).

L'insuccès de ces tentatives ne doit du reste nullement décourager ; on peut n'avoir rencontré le milieu de culture favorable ni dans les bouillons, ni chez les animaux employés ; il est possible encore que le choléra humain, quoi qu'on en ait dit, ne soit pas transmissible aux animaux, ou bien que le mode d'inoculation reste encore à déterminer ; bref le premier pas est fait, les présomptions sont en faveur de la présence dans le sang d'un élément infectieux déterminé. Comme le disait très justement M. Straus au cours de sa communication, la démonstration complète, définitive, du micro-organisme du charbon a exigé de longues années de recherches patientes et savamment poursuivies ; l'étude scientifique du choléra humain date à peine de quelques mois.

Un dernier point, qui peut avoir son importance, mais que les tendances microbiennes actuelles pourraient faire reléguer au second plan, c'est l'*acidité* du sang des cholériques. Voici comment s'expriment à ce sujet les auteurs dans leur note à la Société de biologie : « Lorsque l'on conserve du sang cholérique dans des tubes et que le sérum s'est séparé des globules, on constate, dans la majorité des cas, que le sérum est légèrement *acide*. Il nous a même été possible, dans une autopsie pratiquée une demi-heure après la mort, de constater l'acidité du liquide péricardique et du sérum sanguin », alors que le sang de sujets morts d'autres maladies ne présentait aucune acidité.

— M. *Ch. Richet* a confirmé par de nouvelles expériences les résultats déjà obtenus par Sydney Ringer et Murrell, par Von Anrep, sur la durée des phénomènes réflexes chez la grenouille après l'ablation du cœur ; de plus il s'est préoccupé de l'influence qu'exerce sur cette persistance la température des animaux. D'une façon générale, il constate que la survie des réflexes est moindre à mesure qu'on élève la température, aussi bien chez la grenouille que chez le poisson, de telle sorte que la disparition des mouvements provoqués par l'intermédiaire du système nerveux central ne serait aussi rapide chez les animaux à sang chaud qu'à cause de la température élevée qu'ils présentent. Chez ces derniers, en effet, comme l'auteur l'a vu avec M. Rondeau, il suffit d'abaisser notablement la température pour obtenir une survie prolongée des réflexes.

— M. *Dubois*, reprenant ses expériences sur les modifications apportées par l'action de l'alcool à l'anesthésie produite par le chloroforme et l'éther, s'est placé dans les conditions de dosage indiquées par M. P. Bert ; il est arrivé aux résultats principaux qui suivent.

1° Dans l'alcoolisme aigu, les effets de l'alcool et du chloroforme s'ajoutent et sont de même sens ; 2° la résistance au mélange d'air et de chloroforme est d'autant moindre, que la quantité d'alcool préalablement absorbée est plus grande ; 3° dans le cas d'empoisonnement mixte par l'alcool et le chloroforme, l'abaissement de la température est en raison inverse de la durée de la résistance à la mort.

— M. *Regnard*, revenant sur le procédé de destruction des cadavres par l'acide sulfurique proposé par M. Aimé Girard, fait remarquer que si l'application de ce moyen est à peu près impraticable entre les mains des criminels pour faire disparaître un cadavre d'adulte, il est au contraire très facile à employer s'il s'agit de supprimer un enfant nouveau-né. L'expérience faite sur un fœtus de l'École pratique a montré à M. Regnard, d'une part la rapidité de la destruction, d'autre part l'extrême difficulté qu'il y aurait à retrouver la trace du crime si, comme cela est vraisemblable, le liquide avait été jeté dans une fosse d'aisances.

— M. *Forment* adresse une note *sur les filaments ovulaires chez les Nématodes.*

— M. *Mégnin* a eu l'occasion d'étudier sur des poissons (gardons) le développement d'un cryptogame qui envahit les yeux, aveugle les animaux et les empêche de chercher leur nourriture (*Achlya prolifera*).

REVUE DES JOURNAUX

Statistique de la pendaison, par le docteur PELLIER.

Cette note n'est qu'un relevé, mais un relevé très intéressant de documents empruntés au *Précis de médecine judiciaire* de M. Lacassagne, au livre de M. Mortelli sur *le suicide* et aux *Comptes rendus de la justice criminelle* en France. Elle porte exclusivement sur la fréquence comparée de la pendaison et des autres modes de suicide, suivant certaines conditions de milieu, d'âge, de sexe, etc. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas joint à ses excellentes sources d'informations le livre de M. Legoyt sur *le suicide*, qui date de plus de deux ans, et où la même question est traitée avec beaucoup de développements. Et cela est d'autant plus fâcheux, que les assertions de M. Pellier et celles de M. Legoyt ne sont pas toujours concordantes.

Le mémoire du médecin de Lyon, entièrement fait de résultats numériques, ne saurait être analysé. En voici seulement les traits principaux.

1° En France, jusqu'en 1845, le nombre des submersions était supérieur à celui des pendaisons ; depuis cette époque, c'est le nombre des pendaisons qui l'emporte. Dans toute l'Europe, la pendaison est en progression manifeste ; elle est

en honneur surtout en Russie, en Transylvanie, en Gallicie, tandis qu'en Suède l'empoisonnement s'élève jusqu'au tiers des suicides (M. Legoyt dit pourtant que l'empoisonnement y reste stationnaire et que la strangulation (pendaison) y est en progrès continu);

2° « Si les noyades (volontaires) se montrent plus nombreuses pendant les mois chauds de l'été, la pendaison et les empoisonnements sont préférés pendant les mois froids. » Suivant M. Legoyt, la répartition par mois de la totalité des suicides pour la France entière et pour la période de 1872 à 1878, et qui donne (pour 100) 7,58 en janvier, 6,65 en février, 6,48 en mars, 9,73 en avril, 10,34 en mai, 10,99 en juin, 10,35 en juillet, 8,63 en août, 7,43 en septembre, 7,41 en octobre, 6,52 en novembre, 5,92 en décembre, cette répartition fournit d'ailleurs les mêmes proportions pour la pendaison, pour la submersion et pour l'empoisonnement. Seulement l'ordre change si l'on ne considère que Paris (période de 1851-59), où l'influence des saisons paraît n'exercer qu'une faible influence; où la submersion a ses maxima en avril et en août et ses minima en hiver, mais où une forte élévation a lieu en octobre; où les pendaisons, en dehors des maxima correspondants à mai et juillet, conserve les mêmes proportions pendant les autres mois; où enfin le poison, en dehors d'un maximum assez sensible en août, n'obéit à aucune loi pour les autres mois;

3° En France, les adolescents se pendent, les jeunes gens se brûlent la cervelle, les vieillards retournent à la corde. Les femmes recourent presque toujours à la submersion, et cette préférence est générale en Europe, la Russie peut-être exceptée. M. Legoyt, d'après des calculs établis sur 1000 individus et pour chacune des huit périodes en lesquelles il partage l existence, écrit : « La submersion est à son maximum pour les deux sexes dans l'enfance (garçons, 624; filles, 760). On observe ensuite pour la femme (dans les périodes ultérieures) les diminutions suivantes : 337, 145, 115, et ensuite les accroissements 127, 261, 269 et 333. » L'homme commence à cet égard comme la femme, mais les diminutions ultérieures sont à peu près continues. Suivant M. Legoyt encore, la strangulation, nulle pour les femmes dans l'enfance, progresse jusqu'à cinquante ans, et diminue ensuite; pour l'homme, elle est très fréquente dans l'enfance, diminue de quinze à trente ans, pour remonter jusqu'à la fin.

Nous n'avons nullement intention d'opposer des chiffres à des chiffres; notre seule intention est de provoquer le contrôle que nous ne pouvons faire nous-mêmes. Nous savons tout le soin apporté à ces sortes de recherches par le professeur Lacassagne qui paraît bien avoir inspiré la note de M. Pellier; et c'est à ces deux confrères que nous livrons l'appréciation critique des différences énoncées. (*Lyon médical*, 2 septembre 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité complet d'ophthalmologie, par L. de Wecker et E. Landolt. Tome III, 1er fascicule.

Réfraction et accommodation, par E. Landolt. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.

Ainsi que le dit fort justement le docteur Landolt dans l'introduction de cette partie du *Traité d'ophthalmologie* qu'il publie avec le docteur de Wecker, il est fort difficile d'écrire un *Manuel de réfraction* qui soit simple, clair, pratiqu , en même temps que complet. Il est vrai qu'en donnant à son ouvrage le nom de *Manuel*, notre distingué confrère fait preuve d'une excessive modestie. Bien qu'il ait, en effet, complètement séparé la partie mathématique de la réfraction de la partie pratique, cette dernière présente encore un très grand développement. Ce n'est pas que la lecture en soit pénible ou difficile, et la description de l'appareil dioptrique de l'œil et de son fonctionnement à l'état de repos et d'accommodation ne saurait être présentée avec plus de méthode; mais pour être complet le docteur Landolt a dû forcément étendre son exposition.

Le premier chapitre, ou partie physique, traite de la marche de la lumière, de la réfraction par une surface plane ou sphérique, par un système composé de plusieurs surfaces réfringentes, des propriétés des lentilles convexes et concaves, du numérotage des verres de lunettes, enfin du système dioptrique de l'œil, combinaison de trois surfaces réfringentes sphériques. On n'y trouve pas, fort heureusement pour le lecteur, cet étalage de formules compliquées qui suffit pour rebuter le plus patient, s'il n'est mathématicien.

En réduisant l'œil schématique à une seule surface réfringente, l'auteur simplifie les conditions du problème et rend l'étude plus aisée.

C'est cet œil réduit, muni d'une surface réfringente convexe de 5 millimètres de rayon, et présentant une longueur faciale postérieure de 20 millimètres, que Landolt prend comme type pour les représentations graphiques de son second chapitre : *la réfraction de l'œil*. Ici sont successivement étudiées la réfraction statique, emmétropie et amétropies; la réfraction dynamique ou l'accommodation; enfin la convergence dans ses rapports avec l'accommodation. Nous devons signaler tout spécialement les pages consacrées à ce dernier problème, dont l'importance au point de vue de l'adaptation de la vue aux diverses distances et du choix des verres correcteurs, ne saurait être contestée. En adoptant pour exprimer la convergence l'*angle métrique* de Nagel, les formules deviennent d'une très grande simplicité.

Le troisième chapitre est consacré à l'exposé des méthodes de détermination de la réfraction et de l'accommodation de l'œil ou *dioptométrie*. Bien que cette question ait été déjà traitée en grande partie dans le premier volume, elle trouve ici une place naturelle. Les procédés subjectifs et les procédés objectifs sont successivement indiqués et décrits avec des détails suffisants pour juger de leur valeur relative. Pour la détermination de l'amplitude de convergence, Landolt a fait construire un instrument spécial, l'*ophthalmodynamomètre*.

Enfin le dernier chapitre de ce fascicule traite de l'astigmatisme régulier et irrégulier et de sa détermination. Comme les précédents il ne laisse rien à désirer sous le rapport de la clarté, et termine dignement l'ouvrage dont nous venons de donner une bien courte analyse.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

Académie des sciences. — Election.

M. le professeur Charcot vient d'être élu membre de l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Jules Cloquet, par 46 suffrages sur 58 votants. Indépendamment de l'hommage que cette élection rend si justement à de très grands services scientifiques, elle a cet avantage à nos yeux de consacrer une fois de plus un principe qu'une partie de l'Académie des sciences, on le sait, voudrait écarter : celui qui compte la médecine, la médecine à la fois scientifique et pratique, au nombre des sciences dignes d'être représentées dans l'illustre Compagnie. On sait, et nous nous sommes plusieurs fois occupé de cette question, qu'elle a été à plusieurs reprises menacée d'un envahissement complet par l'anatomie et la physiologie. Les travaux de M. Charcot protestaient d'ailleurs d'une façon particulière contre cette tendance; car c'est justement par les lumières de la pathologie qu'il a éclairé la physiologie

du système nerveux. On comprendra que la *Gazette hebdomadaire*, dont la plupart des collaborateurs occupent aujourd'hui les plus hautes positions dans l'enseignement, dans la pratique, dans les Académies, se réjouisse plus que personne de ce nouveau et éclatant succès d'un des siens.

A .D.

OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE. — M. le professeur Jaccoud a inauguré mardi dernier son enseignement clinique à l'hôpital de la Pitié et, par l'ovation qu'elle lui a faite, l'assistance lui a prouvé en quelle estime elle tient le professeur et ses travaux. Tout le monde a été sous le charme de cette brillante et remarquable leçon d'ouverture; nous désirons bien vivement qu'elle soit livrée à la publicité.

M. Jaccoud a débuté par un éloge de Lasègue, éloge qui est un saisissant tableau du maître et du médecin; puis, entrant dans son sujet, et abordant les considérations doctrinales les plus élevées, le professeur a nettement fait savoir comment il comprend la *clinique*, dans une profession de foi qui ne laisse aucune place à l'équivoque. Certes, il suit avec intérêt et même avec « admiration » certaines découvertes de ces temps derniers; il en fait son profit et autant que possible il les fait servir à sa cause, mais il n'oublie pas « qu'il est médecin », et dans une série d'exemples heureusement choisis, il démontre comment la clinique, se servant de toutes les sciences, de tous les procédés de laboratoire, de toutes les méthodes d'investigation et d'expérimentation, n'en conserve pas moins sa suprématie et son inaltérable unité.

En voyant la quantité de médecins et d'étudiants qui n'avaient pu trouver place dans l'amphithéâtre, on se demandait pourquoi la Faculté ne cherche pas à obtenir pour son enseignement clinique un local plus digne de ses professeurs. X.

NÉCROLOGIE : M. SEUX. — Au moment où l'on mettait sous presse le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, dans lequel nous faisions connaître à nos lecteurs les projets conçus et poursuivis par l'Ecole de médecine de Marseille, nous apprenions la mort de celui qui pouvait le plus pour la réussite de ces projets, le directeur même de l'École, M. le professeur Seux. C'est à son activité, à sa persévérance, à son intelligence que Marseille devait déjà de posséder un établissement d'enseignement médical de plein exercice. M. Seux a rendu d'ailleurs de notables services à la science (notamment dans la pathologie infantile qu'il n'avait cessé d'étudier depuis 1855) et avait conquis l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Il laisse un fils, professeur d'hygiène et de médecine légale dans l'Ecole où son père professait la thérapeutique, et tout à fait digne du nom qu'il porte.

— Le docteur Marion Sims vient de mourir subitement dans sa résidence de l'avenue Madison à New-York. Arrivé à l'âge de soixante-six ans, Marion Sims n'avait perdu ni son activité, ni l'habileté chirurgicale qui lui avait valu de si brillants succès. L'année dernière encore, il avait pratiqué à Paris plusieurs opérations importantes. On sait que le chirurgien américain, fondateur du Woman's Hospital de New-York, avait servi la France pendant la guerre de 1870 et qu'il avait été nommé, à cette occasion, officier de la Légion d'honneur.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Chairou (de Paris) et de M. le docteur Mayraud (de *la Demi-Lune*, près de Lyon).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Dans sa séance du jeudi 8 novembre, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté la permutation demandée par M. le professeur Pajot. Sa nomination à la chaire de clinique d'accouchement, en remplacement de M. le professeur Depaul, décédé, est soumise à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

— Dans sa séance du jeudi 15 novembre, la Faculté a présenté en première ligne, pour la chaire de pathologie médicale, notre sympathique et distingué confrère, le docteur Damaschino.

EXTERNAT DES HÔPITAUX. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de : MM. Orcel, Loison, Chaintre, Audry, Bernard, Michel, Faivre, Guilland, Bouchet, E. Pitiot, Bonnaud, Stourme, Pic, Condamin, Favelier, Moncorgé, Bassot, Chalon, Chobaut, Fallot, Bonnevay, Riche, Marchessaux, Papoutzanis, Courtot, Cotton, Converset, Guilleret, Courmont, F. Pitiot, Bret, Garcin, Devillebichot, Chaumier, Groth, Tillier, Puig, Feyat et Chevallet.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Aux termes d'un décret rendu le 16 octobre, MM. les docteurs Robinet et Georges Martin, conseillers municipaux, sont nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de MM. Thulié et Sigismond Lacroix, conseillers municipaux démissionnaires.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — *Prix pour* 1882-1883, décernés le 6 novembre, sous la présidence de M. Chatin, directeur.

1° PRIX DE L'ECOLE. — *Première année :* premier prix : M. Fleury; deuxième prix : M. Gascard.

Deuxième année : premier prix : M. Gaillard; deuxième prix : M. Vicario; cité avec honneur : M. Gasselin.

Troisième année : premier prix : M. Grimbert; deuxième prix (non décerné).

2° PRIX DES TRAVAUX PRATIQUES. — *Première année :* médailles d'or : MM. Huré, Joubert; médailles d'argent : MM. Brun, Rigault. cités avec honneur : MM. Lesaulx, Perche, Naltet, Bézine, Zalacostas.

Deuxième année : médailles d'or : MM. Aubert, Amarger; médailles d'argent : MM. Labouverie, Hervé; cités avec honneur : MM. Lefèvre, Milleret, Winter, Rucar, Buisson, Vicario.

Troisième année. — Micrographie : médailles d'or : MM. Gurlie, Bouquet; médailles d'argent : MM. Boudier, Loncle; cité avec honneur : M. Abram. — Physique : médaille d'or : M. Ragoucy; médaille d'argent : M. Grimbert.

3° PRIX DE FONDATION. — *Prix Menier :* M. Marié.

Prix Desportes : M. Duffourc.

Prix Buignet : premier prix : M. Ragoucy; deuxième prix : M. Grimbert.

Prix Lebeault : M. Gasselin.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 novembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 962, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 5. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 162. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 54; au sein et mixte, 28; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 66; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 45e semaine. — Le service de statistique a reçu pendant la semaine actuelle notification de 962 décès (au lieu de 932 pendant la semaine précédente).

Fièvre typhoïde (30 décès); variole (5); coqueluche (6); rougeole (11); diphthérie (34); bronchite aiguë (38); pneumonie (73); athrepsie (91).

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 22 novembre 1883.

Académie de médecine : La prophylaxie du choléra en Egypte. — Candidatures à la place vacante dans la classe des associés libres.

La nouvelle communication de M. Fauvel sur la situation actuelle du choléra en Egypte a eu devant l'Académie le même succès que celles qui l'ont précédée sur ce sujet ; on doit espérer qu'elle aura aussi un égal retentissement auprès des gouvernements européens. A moins d'être aveuglé en effet, soit par le souci de revendications théoriques se refusant à désarmer devant l'évidence des faits, soit par des calculs intéressés dont on ne redoute pas de se faire le jouet ou l'instrument, il est impossible de ne pas reconnaître la rigueur scientifique, la parfaite clairvoyance, la netteté et la précision des arguments sur lesquels l'éminent inspecteur général de nos services sanitaires établit de plus en plus ses doctrines étiologiques et leurs applications prophylactiques, relatives à l'importation du choléra indien en Egypte et en Europe. Il convient de reconnaître d'ailleurs que l'opinion française — puisque M. Fauvel est parvenu à donner à ce mot une valeur reconnue dans les divers conseils des administrations sanitaires européennes — fait chaque jour de nouveaux progrès, si bien qu'elle a conquis aujourd'hui la très grande majorité des suffrages, non seulement parmi les membres du corps médical, mais encore dans les cercles de la diplomatie. Il n'est peut-être pas sans intérêt de montrer les devoirs que nous crée cette situation et les dangers auxquels elle est exposée de divers côtés.

La communication de M. Fauvel forme, ainsi que l'Académie n'a pas tardé à le remarquer, comme la préface du rapport que M. Mahé a adressé au gouvernement français à la suite de son importante mission. Il ne fallait rien moins que l'autorité et le courage de notre savant et distingué médecin sanitaire délégué à Constantinople, pour démêler la vérité

FEUILLETON

Comment on fait sa thèse.— Comment on devrait la faire.

Je viens de voir un jeune homme fort embarrassé. C'est un étudiant qui, après avoir fait d'assez bonnes études médicales, auxquelles il a consacré six années, conquis le grade d'externe des hôpitaux, passé tous ses examens avec d'assez bonnes notes, est à la veille d'être docteur. Mais alors surgit une grande difficulté. Pour être docteur, il faut présenter une thèse, et depuis deux ou trois mois il s'efforce en vain d'en rédiger une. « J'ai bien le sujet, me dit-il; j'ai même une belle observation inédite; j'ai parcouru, la plume à la main, bon nombre d'ouvrages pour me mettre au courant de la question, mais je ne sais que faire de mon observation et de mes notes. Comment assembler tout cela de manière à en faire une thèse? »

J'avoue que cette demande m'a rendu perplexe. Je ne connais, en effet, aucun *Guide à l'usage des étudiants qui veulent faire leur thèse*, et lorsque j'ai voulu donner à mon ami la marche à suivre pour rédiger la sienne, je me suis trouvé presque aussi embarrassé que lui. Néanmoins, à force d'y réfléchir, je suis arrivé à me formuler à moi-même un certain nombre de règles, qui pourront être utiles, je pense, à ceux que l'obligation de faire une thèse mettra dans le même embarras que mon ami.

I. — COMMENT ON FAIT SA THÈSE.

Il y a plusieurs manières de faire une thèse. La plus commode à coup sûr, est d'en charger quelqu'un.

Cette manière est très ancienne; si j'en crois la renommée, les grands chefs d'école de l'Allemagne, les professeurs les plus éminents des dix-septième et dix-huitième siècles l'ont mise en pratique sur une large échelle. Les fameuses dissertations de Haller, d'Hoffmann, de Stahl, etc., n'ont pas d'autre

sur la genèse de cette épidémie, au milieu des contradictions de toutes sortes émanant des divers pouvoirs locaux, sanitaires aussi bien que politiques. Son rapport sera prochainement publié et il appartiendra alors, comme l'ont pu déjà faire les membres du Comité consultatif d'hygiène publique, de l'examiner en détail; on en sait assez aujourd'hui pour reconnaître avec quelle rigueur ses conclusions s'imposent et combien la justesse des prévisions de M. Fauvel s'y trouve vérifiée. L'épidémie cholérique, qui a débuté à Damiette au mois de juin de cette année et qui a fait au moins 30 000 victimes en Egypte, environ 16 pour 100, dans l'espace de moins de cinq mois, est d'importation indienne, tel est le fait aujourd'hui indéniable. Il convient donc de prendre des mesures prophylactiques contre les provenances des Indes, tel semble en être le corollaire; c'est du moins l'avis des divers gouvernements de l'Europe et en particulier de celui qui y est le plus directement intéressé, l'Empire Ottoman; l'Angleterre seule se refuse à sanctionner cette manière de voir. Faut-il que l'Europe entière voie ses intérêts sanitaires, les plus précieux de tous assurément, mis constamment en danger par l'égoïsme d'un seul pays? Telle est, en résumé, la situation actuelle, et sa gravité ressort avec une force plus grande encore des développements donnés par M. Fauvel à son mémoire, aussi bien par les preuves qu'il a fournies à l'appui de la loi de l'immunité acquise, principale conquête des recherches étiologiques françaises depuis les Conférences de Constantinople et de Vienne, que par l'examen des conditions de l'Egypte et de l'Arabie au point de vue sanitaire.

Contre l'importation du choléra par les provenances de l'Inde, dans les ports de laquelle il menace et frappe constamment les personnes venant s'y embarquer, on ne conçoit pas de meilleure mesure prophylactique pour l'Europe qu'un examen sanitaire des navires, un arraisonnement pratiqué aussi scrupuleusement que possible, à l'étroite entrée de la mer Rouge; pour le compléter, il suffit d'une installation quarantenaire convenable dans le voisinage, comme celle de l'île de Camaran. D'autre part, si le choléra se développe à La Mecque, les campements quarantenaires d'El-Ouedj et Djebel-Tor, ainsi que la surveillance exercée à Djeddah et même à Suez peuvent fermer à l'Egypte, si l'on y veille suffisamment, l'entrée du choléra. La maladie a-t-elle enfin envahi ce pays? C'est aux diverses nations à organiser leurs services de police sanitaire maritime dans les meilleures conditions possibles.

L'Egypte, ainsi que le démontre avec tant de force M. Proust dans son remarquable ouvrage sur *le choléra*, doit donc être considérée comme la barrière principale contre son importation en Europe. Divers décrets du gouvernement khédival se sont bien efforcés, depuis 1830, « d'arrêter les mesures à prendre pour y prévenir l'introduction, ou la transmission à l'étranger, des maladies épidémiques et des épizooties »; enfin, en 1881, a été institué au Caire un Conseil de santé et d'hygiène publique, chargé de la direction et de la surveillance de tous les services sanitaires du pays, à l'exception de ceux qui étaient déjà confiés au Conseil sanitaire et quarantenaire d'Alexandrie; un décret spécial, en date du 3 janvier 1881, a spécialement délimité la composition, les attributions et le fonctionnement de ce dernier Conseil, cessant de porter le titre, si longtemps conservé, d'Intendance générale sanitaire d'Égypte. Il n'y aurait, en somme, que fort peu à critiquer pour ce qui concerne cette organisation, qui comprend un nombre suffisant de postes et d'agents sanitaires, si les agents qui en dépendent et les délégués des divers pays qui sont appelés à y prendre part pouvaient résolument exécuter les très sages règlements qui en émanent et s'ils possédaient une indépendance complète. Nous ne saurions ici montrer combien il est loin d'en être ainsi; tout le monde sait aujourd'hui que depuis le protectorat anglais en Egypte, la majorité dans les Conseils sanitaires égyptiens appartient aux agents de l'Angleterre, à ses créatures et à ses protégés directs; le rapport de M. Mahé contient à cet égard des révélations tristement édifiantes. Toujours est-il que les désirs de l'Angleterre sont devenus des ordres; les navires partis de l'Inde, presque tous munis d'une patente nette, même s'ils proviennent des ports les plus contaminés, ne sont soumis à aucune mesure quarantenaire en Egypte et, bien plus, ils peuvent aisément, grâce à de coupables complaisances, y éviter toute surveillance sanitaire.

Sans doute les quarantaines, même aussi réduites qu'elles le sont aujourd'hui, ne doivent être considérées que comme un mal nécessaire, et, ainsi que le déclarait le président du récent Congrès d'Amsterdam, elles présentent certains inconvénients; mais à quoi tendent-elles en réalité, si ce n'est à permettre de retarder l'arrivée d'un navire infecté et à laisser le temps d'y détruire les causes de l'infection? Elles n'ont, en somme, d'autre but que de réaliser pour les provenances contaminées de l'extérieur ce que les législations sanitaires des divers pays s'efforcent d'y obtenir pour les épidémies se développant à l'intérieur. Or, tous les pays de

---

origine. On dit que ces grands hommes ne dédaignaient pas de se faire de beaux revenus en vendant leurs thèses à leurs élèves. D'aucuns en préparaient un certain nombre d'avance, qu'on voyait rangées sur leurs rayons comme les articles d'un magasin de nouveautés, et, suivant le prix, on avait une thèse longue ou courte, bonne toujours, bien entendu, car ces grands hommes ne pouvaient évidemment rien écrire de médiocre. Ils étaient naturellement les présidents nés de ces thèses, et la paternité leur en était si bien reconnue, que, actuellement encore, elles sont désignées en bibliographie sous le nom du président et non sous celui de l'impétrant. Frédéric Hoffmann en a fait ainsi près de 300; Rolfinck, environ 150; Ernest Stahl, nommé professeur à Halle en 1694, n'en avait signé auparavant que 4; il n'en fait que 8 de 1694 à 1698; mais de 1698 à 1716 il en préside 186, et dans les dix-sept dernières années de sa vie (1718-1734) on n'en trouve plus une seule. George-Wolfgang Wedel, professeur à Iéna de 1672 à 1721, en rédigea environ 340. Enfin Haller, le plus fécond des écrivains de son époque, a cru pouvoir reprendre et faire réimprimer les meilleures de ses thèses; on jugera de leur nombre quand on saura qu'il fit ainsi 5 volumes in-4° de *Disputationes chirurgicæ selectæ*, et 7 volumes in-4° de *Disputationes practicæ* également *selectæ*.

De notre temps, on fait encore des thèses. Les internes des hôpitaux, mais non plus les professeurs, sont maintenant les fournisseurs attitrés des élèves qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent bâtir eux-mêmes ce *monument* que Broca désirait voir remplacer par une épreuve d'équitation.

Ce n'est pas moi qui blâmerai cette manière de faire, à laquelle je reconnais au moins deux avantages: d'abord de mettre dans notre collection de thèses des travaux généralement bons, au lieu d'autres qui auraient été généralement mauvais; ensuite, de faire entrer dans la poche de jeunes gens peu fortunés quelques louis, et de faire sortir de leurs cartons un certain nombre de bonnes observations qui n'auraient peut-être pas été utilisées sans cela. Quel interne tant

l'Europe s'empressent de prendre de telles précautions sur leur littoral, et l'Angleterre seule se refuse à admettre la nécessité de ces mesures restrictives en Egypte. Il faut remarquer toutefois que les avis sont assez partagés en Angleterre à cet égard et l'on pourrait plus justement dire que c'est le gouvernement anglais, ainsi que les classes politiques et commerciales de ce pays, qui accepte cette manière de voir et l'impose, tandis que le Corps médical y est en très grande partie d'une opinion beaucoup moins tranchée. Les mesures prises en Egypte ont en effet reçu un accueil assez froid de la part des médecins anglais, et la plupart même de leurs autorités sanitaires n'ont pas craint d'émettre une opinion assez opposée ; nous n'en voulons pour preuves que le discours de M. le docteur Buchanan, la résolution du meeting des médecins sanitaires du Yorkshire et le silence gardé par la presse médicale anglaise sur le rapport si singulier de M. le docteur Hunter. De sorte qu'il faut croire, à l'honneur du corps médical de l'Angleterre, qu'il n'hésite pas, de son côté, à blâmer les agissements de son gouvernement. Et comment en serait-il autrement? Comment n'approuverait-il pas les mesures propres à retarder l'arrivée de quelques balles de coton ou de quelques caisses de thé dans les ports de l'Angleterre au prix de la préservation de la santé publique dans toute l'Europe, lorsque la prophylaxie sanitaire est assurée en Angleterre même par des lois et des règlements beaucoup plus sévères. A ne compter seulement que le Code sanitaire de 1875, cette nation possède une législation plus rigoureuse qu'aucun pays du monde quand il s'agit de la santé publique. En cas d'épidémie de choléra, par exemple, dans un port ou une localité quelconque, de même qu'en cas d'arrivée d'un navire suspect, cette législation est directement applicable; on n'y hésite même pas, comme cela a eu lieu en 1866 et cette année encore, à voter d'urgence des lois spéciales prescrivant des mesures de préservation, autrement dit des mesures quarantenaires, et peu de pays en Europe assurément accepteraient des dispositions aussi restrictives pour la liberté individuelle et les transactions commerciales que celles qui sont inscrites dans ces lois. Il est facile de faire cette preuve, pièces en mains, et le récent ouvrage de M. A.-J. Martin la fournit à l'aide de documents qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Ainsi le gouvernement anglais, sachant que le choléra d'importation indienne ne saurait d'ordinaire parvenir sur les côtes de la Grande-Bretagne qu'après avoir fait son apparition dans plusieurs autres pays, sachant, d'autre part, qu'il est prémuni contre une extension rapide des ravages du fléau par une législation et une administration sanitaires suffisamment efficaces, ne fait nulle difficulté d'exposer les autres peuples à une contamination directe, en se refusant à faire dans les Indes et en Egypte ce qu'il fait dans son propre pays. Périssent les Egyptiens et les pays riverains de la Méditerranée plutôt que le commerce anglais avec les peuples étrangers puisse être pendant une heure arrêté ! Depuis son occupation de l'Egypte, un navire anglais, ayant eu des cas de choléra à bord, peut aisément traverser cette contrée sans être soumis à aucune surveillance, et l'on trouve mauvais que les services de police sanitaire maritime des ports espagnols, français, italiens, grecs ou turcs apportent des entraves à son débarquement, tandis que, s'il arrivait directement en Angleterre, cette même surveillance y serait scrupuleusement et rigoureusement pratiquée!

De quels remèdes une telle situation est-elle susceptible? D'aucun sans doute, dans l'état actuel de l'Europe ; car les peuples, prêts à verser le sang quand il s'agit d'intérêts de conquêtes, ne sont guère disposés à assurer la préservation de la santé publique, surtout par la force des baïonnettes, et toutes les conférences diplomatiques ne pourront faire que l'Angleterre change sa manière d'agir en Egypte à ce point de vue. La Conférence internationale, qu'il avait été question de réunir prochainement à Rome et dont le projet paraît abandonné, en raison de ces mêmes considérations, ne pourrait que compléter encore l'œuvre de celles qui ont été précédemment réunies à Constantinople et à Vienne. Il faut donc se borner à espérer que les progrès de l'éducation sanitaire en Angleterre parviendront à pénétrer ses gouvernants de leur responsabilité vis-à-vis de l'Europe entière. Il importe surtout que chacun des autres pays, même en imitant l'Angleterre, organise sa propre administration sanitaire sur des bases telles, qu'elle y puisse préserver à la fois les frontières, le littoral et l'intérieur contre les négligences intéressées et voulues du gouvernement de la Grande-Bretagne. Les appels si autorisés de M. Fauvel et l'accueil empressé que ne cesse de leur faire l'Académie finiront sans doute par émouvoir nos pouvoirs publics, avant que la désorganisation et l'abandon si persistants des services sanitaires en Egypte soient parvenus à rompre les barrières de l'Europe elle-même contre le choléra.

---

soit peu laborieux ne recueille pas, bon an mal an, à moins d'être accaparé par les concours, vingt bonnes observations? Les plus favorisés de la fortune en font des mémoires qu'ils publient sous leur nom ; les autres en font des thèses publiées sous le nom d'autrui. Je ne sais combien de florins coûtait une bonne thèse fabriquée par Haller ou Stahl; mais, il y a une dizaine d'années, une thèse d'interne valait de 300 à 350 francs. J'en ai connu qui avaient ainsi tarifé leurs produits : une thèse ordinaire, 300 francs; thèse susceptible d'obtenir une mention honorable, 400 francs; thèse *extra*, assurée de procurer au signataire le titre de lauréat de la Faculté, 500 francs. Depuis lors, les prix ont probablement augmenté, comme tout le reste.

Faut-il blâmer les élèves d'avoir recours à ce moyen? Pas plus que ceux qui les aident à se tirer d'embarras. Les uns font faire leur thèse parce que, comme mon ami, ils ne peuvent, malgré toute leur bonne volonté, en venir à bout. Ils prennent des notes sur leur sujet; ils résument de longs mémoires; ils recueillent des observations; ils savent tout ce qu'on peut savoir sur la question qu'ils se proposent d'éclaircir, mais une faculté leur manque, faute d'habitude bien certainement : celle de classer leurs documents dans l'ordre voulu et d'en tirer des considérations, remarques et conclusions sensées. Si tel qui parle mal peut écrire bien, en revanche tel qui parle bien peut écrire fort mal; cela se voit tous les jours.

A cette catégorie appartiennent la plupart des étudiants étrangers, qui, parlant couramment la langue française, l'écrivent d'une manière moins correcte; les médecins étrangers qui, désirant joindre à des titres fort honorablement acquis dans leur pays celui de docteur de la Faculté de Paris, viennent passer chez nous les examens exigés pour obtenir ce titre, dont la thèse.

D'autres feraient bien leur thèse, mais une belle clientèle s'offre à eux en province; il faut y aller vite, et ils partent dès qu'ils ont passé leur cinquième examen de doctorat. Pressés

— Nous pouvons dire sans indiscrétion que M. Mesnet a lu mardi à l'Académie de médecine, sur les candidatures à la place vacante dans la classe des associés libres, un excellent rapport, un peu trop ménager de critiques peut-être, mais présentant avec une remarquable précision le bilan scientifique de chacun des candidats. Il y a rappelé, non pour les approuver, les conditions nouvelles suivant lesquelles les élections doivent avoir lieu dans cette classe, depuis la modification du célèbre article 7 du règlement. Les observations faites sur ce point par M. le rapporteur sont d'ailleurs entièrement conformes à celles que nous avons plusieurs fois présentées dans ce journal, et nous ne croyons pas devoir y revenir, au moins pour aujourd'hui.

C'est le secret de tout le monde que les candidats ont été présentés dans l'ordre suivant : en *première ligne*, M. de Quatrefages; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. Durand-Claye, Fovilte, Magitot, de Ranse et Worms.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA, DE VARIOLE ET DE FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES OUVRIERS EN CUIVRE DE VILLEDIEU, par M. BOCHEFONTAINE.

Villedieu (Manche) compte une population de 3525 habitants, dont l'industrie principale consiste dans la fabrication de chaudrons, robinets, couverts, et autres ustensiles en cuivre. On y rencontre bon nombre d'hommes aux cheveux verts, ou dont la peau présente des taches vertes. L'air de la ville est tellement chargé de cuivre, que, dans certaines rues, on sent en quelque sorte le cuivre à plein nez et que les étrangers en sont incommodés. Pour donner une idée du degré d'imprégnation des personnes qui sont chaque jour en contact avec le cuivre, citons le fait suivant : après une ou plusieurs années de mariage, des femmes d'ouvriers en cuivre fort attachées à leurs maris éprouvent encore de la répugnance à cohabiter avec eux, à cause de l'odeur cuivrée qui s'exhale de leur personne.

Si donc le cuivre possède une action prophylactique contre des maladies zymotiques comme le choléra, la variole et la fièvre typhoïde, si ces maladies ont pour cause le développement de germes microbiques dans l'organisme humain, si enfin le cuivre a le pouvoir de tuer ces microbes ou tout autre élément de contage, les épidémies de choléra, de variole et de fièvre typhoïde doivent être inconnues à Villedieu-les-Poêles.

Cette idée est généralement admise par les habitants de Villedieu. Pour eux, le cuivre est sain. M. X..., négociant en cuivre, fondait lui-même le métal nécessaire à sa fabrication et, chaque fois qu'il se livrait à cette opération, il était pris d'envies de vomir, de coliques et même de diarrhée; il parvenait à calmer ces accidents en buvant du lait. Son frère, qui habitait une ville voisine, lui répétait à chaque fonte : « Tu t'empoisonnes avec ton cuivre; tu as des coliques de cuivre. » M. X... n'en voulut rien croire pendant longtemps, persuadé qu'il était que le cuivre aurait été plutôt un préservatif de tous ces accidents. Il y a deux ans, il cessa de fondre, et depuis, il n'a plus ressenti d'envies de vomir, de coliques, de diarrhée.

M. Aug. Ygouf, initié par ses études au laboratoire de l'Hôtel-Dieu à la question de l'action préventive des agents antiseptiques contre diverses maladies et se trouvant en villégiature à Villedieu, eut l'idée de recueillir des renseignements précis sur les maladies épidémiques qui ont pu régner dans cette localité. D'autre part, je me suis adressé au maire de Villedieu, M. Tétrel, qui m'a fourni avec la plus grande obligeance des renseignements parfaitement d'accord avec les documents rassemblés par M. Aug. Ygouf. M. le maire termine ainsi la lettre qu'il m'a écrite à ce sujet : « Les livres de l'état-civil n'ayant jamais indiqué la cause d'un décès, je me suis informé, avant de vous répondre, auprès des membres du corps médical les plus anciens en exercice, qui ont confirmé ces renseignements. »

En 1848-49, le choléra détermine la mort de *neuf* habitants. On peut donner au besoin les noms de six des victimes, parmi lesquelles se trouvent des fondeurs en cuivre, la femme d'un chaudronnier et un habitant du quartier des ouvriers en cuivre.

En 1870-71, la variole sévit avec violence à Villedieu. Elle fut produite « par les variolés insuffisamment guéris » évacués des hôpitaux militaires de Cherbourg sur l'hôpital « communal ». Cependant les médecins de l'hôpital avaient eu la précaution de placer les convalescents dans des « salles spéciales ». On a la liste de soixante personnes mortes de la variole et dont les noms se retrouvent sur le registre des décès (1). La plus grande partie des victimes de l'épidémie comprend des chaudronniers, des fondeurs en cuivre et des membres de leurs familles. Les quartiers qui ont le plus souffert sont le *Haut-de-la-Ville* et les rues *Grande-Rue* et *Basse-Rue*, qui sont à peu près exclusivement habités par des ouvriers « cuivriers ».

Nos documents contiennent les faits suivants : « Dans cette épidémie nous avons perdu deux de nos proches

(1) La moyenne des décès par an, dans une période de dix ans, est de 90. En 1870, les décès atteignent le chiffre de 110 et en 1871 celui de 208.

---

par le temps, et placés dans l'alternative de *bâcler* leur thèse ou de remettre à d'autres le soin d'en faire une bonne, ils choisissent ce dernier parti... et ils ont raison.

Que ceux-là me permettent toutefois de leur donner un conseil. Etudiez sérieusement votre thèse, de peur d'ignorer ce qu'elle contient, de soutenir le contraire de ce que vous êtes censé avoir écrit, et de démontrer ainsi à vos juges, sans réplique, qu'ils doivent vous refuser. Cela est arrivé.

A côté de ces étudiants excusables, il en est d'autres qui le sont moins. Ceux-là, à la vérité, deviennent de plus en plus rares; mais, il y a une quinzaine d'années, on en voyait encore un assez grand nombre à l'œil nu. C'est parmi ces étudiants qu'on trouvait ceux qui allaient à tour de rôle, le matin, signer la feuille d'hôpital pour eux et pour leurs amis, et profiter de leur dérangement pour entendre diagnostiquer ou réduire une fracture dans un service de chirurgie, ou voir percuter et ausculter un malade dans un service de médecine; l'après-midi, on allait fumer une cigarette ou deux à l'amphithéâtre, préparer un examen en assistant à l'interrogatoire des camarades, et dormir à un cours en attendant le dîner. Le soir... On comprend que, pour de tels travailleurs, obligés souvent de subir plusieurs fois le même examen avant d'obtenir la note *passable*, la confection d'une thèse eût été un labeur interminable, et qu'ils aient éprouvé le besoin de se faire suppléer.

Il en est parmi ceux-ci que je blâmerai pour une autre cause; ce sont les jeunes gens qui, ne s'étant pas senti la force de faire leur thèse, n'ont pas eu la délicatesse de payer celle qu'ils avaient commandée. J'ai, en effet, ouï dire que certains d'entre eux, la thèse passée, étaient partis en province sans laisser ni adresse, ni argent, ni même un seul exemplaire de l'ouvrage à son véritable auteur. *Horresco referens!*

Certains de ces messieurs, préférant toutefois employer leur argent à des choses plus agréables, rédigeaient eux-mêmes leur thèse; mais comme le savoir nécessaire, et non l'intelligence, leur faisait défaut, ils compilaient sans vergogne plusieurs

parents, qui bien certainement étaient saturés de cuivre. Tout chez eux, en effet, était en cuivre : plats, assiettes, cuillers, fourchettes, verres à boire, buées (cruches pour conserver l'eau), etc. Aucun de ces objets n'était étamé. »

La moitié à peu près de la population a été atteinte par la variole. Parmi les individus qui se sont rétablis, comme parmi ceux qui ont succombé, les travailleurs du cuivre sont les plus nombreux.

Cette année même une épidémie de fièvre typhoïde a régné à Villedieu.

Cent personnes environ ont été atteintes par le fléau, auquel *vingt* ont succombé. Dans ce cas, comme pour la variole, les victimes habitaient le *Haut-de-la-Ville* et la rue *Basse-Rue*.

Beaucoup d'ouvriers en cuivre ont eu la fièvre typhoïde et une partie d'entre eux ont succombé à cette maladie. Dans plusieurs familles de cuivriers, tous les membres de la famille sont tombés malades. Les *cuivriers* n'ont pas été plus indemnes que les autres habitants.

Les quartiers où l'industrie locale du cuivre n'existe pas ont été au contraire relativement épargnés : on y a constaté deux cas isolés de fièvre typhoïde seulement. Si l'on voulait tirer de là une conclusion, ce serait celle-ci, que le contact habituel du cuivre favorise le développement de la fièvre typhoïde.

Pour terminer, je crois qu'il est intéressant de mentionner un cas de charbon mortel observé en 1865 chez un chaudronnier de Villedieu.

Nota. — Le travail qu'on vient de lire, sans être la reproduction textuelle de la communication faite à l'Académie de médecine par M. Vulpian, au nom de M. Bochefontaine, dans la séance du 13 septembre 1883, en renferme les éléments essentiels; or cette communication a donné lieu à une petite enquête par écrit, dont les pièces ont été lues, dans la dernière séance, par M. le secrétaire perpétuel. Nous indiquons à notre compte rendu le sens de ces lettres.

En outre, et par esprit de justice, nous croyons devoir donner la substance d'une Note adressée également à l'Académie par M. Burq, en réponse au récent mémoire de M. Bailly, et relative aux ouvriers en cuivre de Bornel. Bien que cette Note n'ait pas été lue à la tribune, mais seulement transmise à la Commission chargée d'examiner les communications des deux auteurs, nous la résumons d'après le manuscrit qui nous a été remis par l'auteur.

La note de M. Burq est intitulée : *Immunité des ouvriers en cuivre par rapport aux maladies infectieuses.* En voici les affirmations principales :

Il y a « préservation cholérique pour les ouvriers en cuivre fortement imprégnés de ce métal, préservation *certaine, à moins qu'une cause quelconque*, telle que le mélange des poussières de cuivre avec celles d'un autre métal réducteur des sels de cuivre, comme le fer, un chômage prolongé, des purgations intempestives ou *une hygiène exceptionnellement mauvaise*, ne vienne atténuer ou masquer, annihiler même les effets de cette imprégnation, et, à fortiori, agir en sens inverse ». Il y a également « préservation typhoïque, et peut-être aussi d'autres maladies infectieuses de ces mêmes ouvriers, *probable, sous les mêmes réserves* ». De là les conséquences hygiéniques et thérapeutiques qu'on sait. L'auteur rappelle les expériences faites à l'Hôtel-Dieu et ailleurs, qu'il a déjà relatées dans son ouvrage : *Du cuivre contre le choléra*, où chacun peut les consulter; et il arrive ensuite aux faits cités par M. Bailly dans le mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 21 août, et recueilli à l'usine de Bornel.

« *L'enquête de Bornel n'a pu aboutir complètement par des empêchements que la Commission appréciera.* » Seulement M. Burq met M. Bailly *au défi de prouver* quelques-unes de ses assertions relatives aux proportions du cuivre dans l'alfénide, que les vingt-sept typhiques dont M. Bailly a parlé étaient bien des cuivreux, *dans la véritable acception du mot.*

Les habitants de Bornel, — Chambly, ajoute-t-il, sont empoisonnés « par une petite rivière malpropre » (docteur Rochu) « qui coule à niveau et reçoit les infiltrations des fosses d'aisance » (docteur Mestivier), tellement empuantée « par les choses sans nom que les riverains y jettent, que ses eaux sont mortelles pour les poissons » (docteur Ribes, maire de Belle-Eglise). « Il y a trente ans, la fièvre typhoïde n'existait point à Bornel » (Lecomte, maire de Bornel); il y a quinze à dix-huit ans, lorsque les usines étaient encore clairsemées dans la vallée, elle sévissait assez peu pour que le docteur Mestivier, pendant cinq années (de 1865 à 1870), où il fut médecin de l'usine, « n'en ait observé que des cas peu nombreux et jamais bien graves, » et pour qu'à la même époque le docteur Gez, qui fit un intérim de huit mois dans le service médical de l'usine, « n'y ait vu jamais une fièvre typhoïde; » et aujourd'hui « la fièvre typhoïde règne d'une façon presque constante à Chambly, Bornel, Belle-Eglise et Persan » (Templier, maire de Chambly); si bien que l'été dernier le docteur Bailly « en a observé encore cinquante-trois cas » sur une population d'environ deux mille âmes. Et, tandis que les choses se passent ainsi dans la vallée, non loin de Bornel, à Ercuis, centre d'une industrie similaire, situé sur un plateau élevé, c'est vrai, mais où les habitants ne s'abreuvent point aux mêmes eaux, « jamais la fièvre typhoïde n'a pris naissance, et même les cas y importés n'auraient déterminé aucune trace de contagion » (docteur Rochu).

M. Burq s'est tout récemment livré à une *enquête sur les ouvriers en alfénide à Paris.* Or l'usine de Bornel a à Paris

---

thèses faites antérieurement sur le même sujet, et servaient le résultat comme tiré de leur propre fonds. C'est l'art d'accommoder les restes appliqué à la confection d'une thèse. Il faut être obligé, par la nature de ses travaux, de lire un certain nombre de thèses ayant traité la même question, pour pouvoir se rendre compte de l'ingéniosité déployée par certains étudiants afin d'arriver à jeter de la poudre aux yeux de leur jury.

On raconte à ce sujet une singulière mésaventure arrivée à l'un d'eux. Sa thèse faite, par le procédé que je viens d'indiquer, il la présente, trouve un président, et la soutient. Malheureusement pour lui, un des agrégés chargés de l'examiner, ayant autrefois contribué à la confection de la thèse mère, reconnut son œuvre dans la nouvelle thèse, et dans son argumentation n'eut pas de peine à convaincre le candidat de plagiat. Ai-je besoin d'ajouter que la thèse fut refusée?

Il en est d'autres encore qui, pour aller plus vite, commencent leur thèse, à propos de n'importe quel sujet, par plusieurs pages d'anatomie, de physiologie, de pathologie, plus ou moins copiées dans les auteurs classiques. Ça ne vaut pas grand'chose, mais ça tient de la place.

Parmi ceux qui se livrent ainsi au plagiat, il en est un certain nombre dont la fraude est assez difficile à découvrir : ils vont prendre à l'étranger un travail qu'ils reproduisent ou remanient, et qu'ils servent en guise de thèse. Le plus bel exemple de ce genre que je connaisse est celui dont l'histoire se trouve dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

En 1856, M. le professeur Jules Cloquet présenta à la Société la thèse inaugurale de M. José Prô, *Sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre.* « Cette thèse, disait-il, contient de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 14 mai 1856, vol. VI, p. 505.)

M. Verneuil, chargé de faire un rapport sur ce travail, en fit valoir longuement les mérites, et proposa dans ses conclusions : 1° d'adresser des remerciements à M. J. Prô; 2° de

une maison de vente, rue Hauteville, n[os] 14 et 16, plus une succursale au n° 92 de la rue du Faubourg-du-Temple. L'usine de la rue Hauteville n'a été fondée qu'en 1880, et l'enquête n'y put rien apprendre. Les ouvriers disent qu'ils ne connaissent pas de camarades morts du choléra dans les épidémies antérieures. M. Burq a encore enquêté toutes les principales fabriques d'orfèvrerie en métal blanc, et il a reçu de MM. Christofle, Desclercs, Cailar et Bayard, Chéron et Veyrat, des déclarations ou des états établissant que la *propriété antiépidémique* du cuivre persiste en présence du zinc et du nickel, qui entrent dans la composition du métal blanc.

Enfin l'auteur a fait, par correspondance, l'*enquête de Paris sur les ouvriers en cuivre*. Il a adressé à de grands industriels un questionnaire qui embrassait, avec le choléra, la fièvre typhoïde, la variole et l'angine couenneuse. « *Tous* ont affirmé à nouveau la préservation de leurs ouvriers pendant les épidémies de choléra; *tous* ont dit : Nous n'avons jamais observé chez nos ouvriers ni fièvre typhoïde, ni variole, ni autre maladie épidémique : cinq cas seulement ont été recensés. »

La Rédaction.

Pathologie interne.

DIABÈTE ET RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE, par M. Albert CAYLA, interne des hôpitaux.

Au commencement de l'année dernière, j'étais en rapport avec un de nos compatriotes établi médecin à New-York, atteint depuis plusieurs années d'un diabète sucré d'origine nerveuse. Les accidents dus à son affection, qui avaient présenté au début une intensité considérable, étaient presque nuls à ce moment; la glycosurie était descendue à un taux très faible, l'état général était satisfaisant. En nous énumérant les diverses particularités qu'avait présentées sa maladie, notre confrère attirait plus spécialement notre attention sur l'état de la peau de la face palmaire de ses mains. Elle donnait au toucher une sensation de sécheresse spéciale, et l'on sentait quelques nodosités qui se dirigeaient vers les doigts médius et annulaire, lesquels présentaient un léger degré de flexion. Il y avait deux ans environ que l'attention de notre confrère avait été attirée sur cette altération, et il était évident pour lui que la flexion des doigts s'accusait de plus en plus. Il nous affirma, en outre, avoir assez souvent rencontré pareille altération chez les nombreux diabétiques qu'il voyait à New-York; il avait cru remarquer que l'affection était plus fréquente encore chez les malades atteints de diabète insipide. Après examen, il devint évident pour nous que notre confrère était atteint d'un commencement de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Le lendemain, je crus devoir entretenir de ce cas mon maître, M. Dreyfus-Brisac, qui nous dit avoir observé quelque temps auparavant, à l'hôpital Lariboisière, la même altération chez un individu atteint de diabète sucré et de lithiase rénale.

Ces deux faits que nous avions étudiés presque simultanément, chacun de notre côté, avaient vivement excité notre curiosité, lorsqu'il nous fut donné d'observer, dans le service de M. Hayem, que M. Dreyfus-Brisac remplaçait, un troisième malade, celui-là atteint de diabète insipide, également porteur d'une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Ces trois faits, recueillis à un si court intervalle, appelèrent notre attention sur cette coïncidence de la rétraction de l'aponévrose palmaire et du diabète, et nous amenèrent à rechercher si le fait avait été signalé par les auteurs. Nous devons dire qu'il ne nous a pas été donné de trouver dans la littérature médicale d'observations analogues.

Nous avons été plus heureux en nous adressant à nos maîtres et à nos collègues, car nous avons pu rassembler ainsi sept observations où cette coexistence a été constatée. Elles vont être publiées par M. Viger, qui compte utiliser ces matériaux pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale, en voie de préparation.

Nous ne savons ce que l'avenir réserve à l'hypothèse que nous formulons, qu'il pourrait bien y avoir relation de cause à effet entre le diabète et la rétraction palmaire. D'ailleurs elle n'est pas en contradiction avec les données actuelles sur la nature du diabète.

Ne peut-on pas, en effet, considérer la lésion palmaire comme un trouble trophique? on sait combien les manifestations de cet ordre sont fréquentes dans le diabète! D'autre part, cette affection n'est le plus souvent qu'une des modalités de l'arthritisme; à ce titre encore sa coïncidence avec la rétraction de l'aponévrose palmaire mérite de fixer l'attention, étant donné le rôle capital que l'on a fait jouer de tous temps à cet état constitutionnel dans l'étiologie de cette singulière lésion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

M. *Alb. Fournier* soumet au jugement de l'Académie un mémoire « Sur un nouveau procédé de locomotion rapide à

---

lui accorder le titre de membre correspondant. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 31 décembre 1856, vol. VII, p. 252.)

Mais, sur les observations de M. Giraldès et sa critique de la thèse et du rapport, on vota seulement des remerciements à l'auteur. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 7 janvier 1857, p. 267.)

Les choses paraissaient devoir en rester là lorsque, dix-huit mois plus tard, la Société reçut de M. Thompson, qui depuis a acquis une si grande renommée dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires, une lettre dans laquelle il accusait M. Prô de lui avoir pris un grand nombre de passages sans l'avoir cité. « Ainsi, dit-il, la partie qui forme le corps de la thèse, et que l'auteur présente comme étant le résultat de ses propres observations, est presque intégralement traduite du deuxième chapitre de mon ouvrage; de plus, sur vingt-six pages qui forment l'ensemble des observations propres de M. Prô, vingt-trois sont traduites mot à mot, sans mentionner l'ouvrage où il les a puisées. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 9 juin 1858, vol. VIII, p. 527.)

Le plagiat avait été découvert par un rédacteur de l'*American Journal of the medical sciences*, qui le signala dans ce recueil, et c'est par cette voie que l'apprit M. Thompson, dont la réclamation à la Société de chirurgie était toute naturelle. Le livre pillé et l'affaire elle-même furent renvoyés à M. Verneuil, qui les examina à nouveau.

Le plagiat était flagrant. La religion de la Société de chirurgie avait été surprise, et comme M. Verneuil en avait été la cause, bien involontaire du reste, il crut nécessaire de s'en justifier, ce qu'il fit avec cette entière bonne foi que l'on connaît. Et il ajouta, pour expliquer son erreur :

« La thèse présentée par notre honorable collègue Jules Cloquet était d'ailleurs dédiée à notre savant confrère M. Charles Robin et à M. le professeur Nélaton. M. Prô appelait le premier son maître et son ami; il remerciait le second « de la bienveillance dont il l'avait comblé ». C'est sous

la surface de l'eau ». — M. *P.-H. Boutigny* (d'Evreux) adresse une Note sur la prophylaxie du choléra en particulier, et des maladies contagieuses en général, et M. *A. Netter* adresse une Note intitulée : « Sur l'incertitude des signes de la mort dans le choléra, et sur deux nouveaux moyens pour la constatation des décès causés par cette maladie. »

Le phosphore contre le diabète. — M. *Tavignot* adresse une Note relative à un mode de traitement du diabète par le phosphore. (Renvoi à l'examen de M. Vulpian.)

Détermination des causes qui diminuent la réceptivité de certaines régions de l'organisme, pour le virus du charbon bactérien ou symptomatique, et transforment une inoculation mortelle en inoculation préventive. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. — Dans la pratique, les tumeurs du charbon symptomatique ne s'observent pas, chez le bœuf, sur la partie inférieure des membres et de la queue. Ce fait nous a engagés à rechercher ce qui se passerait dans le cas d'insertion expérimentale du virus dans ces régions, surtout la région coccygienne. Au milieu du toupillon qui garnit l'extrémité de la queue, l'injection sous-cutanée de 1 à 6 gouttes de suc musculaire virulent ne produit généralement pas de troubles locaux ni de mouvement fébrile bien notable; 10 à 15 gouttes déterminent une hyperthermie de 1 degré à 1°,5; 20 gouttes provoquent de plus un engorgement exsudatif localisé au pourtour de l'inoculation. Lorsqu'on inocule à 10 centimètres au-dessus du toupillon, les phénomènes consécutifs sont à peu près identiques; mais, à 20 centimètres, les troubles généraux sont plus graves et plus durables, et parfois s'accompagnent d'une tumeur symptomatique éloignée du siège de l'inoculation. Au fur et à mesure qu'on s'élève vers la base de la queue, les dangers de localisations secondaires, et même, au-dessus du niveau des tubérosités ischiatiques, les dangers de localisations primitives augmentent dans une grande proportion, tout en restant moitié moins grands que si le virus est déposé dans la cuisse ou l'encolure. Faut-il conclure que la réceptivité de la région coccygienne pour le virus bactérien soit nulle près du sommet? Non; la réceptivité diminue graduellement de haut en bas, sans jamais devenir nulle : la preuve est l'immunité dont jouissent les animaux survivants.

Nous sommes donc en présence d'un fait analogue à ceux que M. Willems a observés pour la péripneumonie contagieuse du bœuf, que M. Toussaint a eu sous les yeux pour le sang de rate du mouton, et qui a été signalé aussi pour la clavelée.

Pourquoi les microbes insérés dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région coccygienne ne produisent-ils pas les désordres qu'ils engendrent dans les autres régions du tronc et la partie supérieure des membres? On a invoqué la densité du tissu conjonctif; mais ne serait-ce pas aussi parce que la température de la queue est inférieure à celle du corps? Pour juger cette hypothèse, les auteurs ont élevé la température de la queue, après son inoculation, de 29°,8, sa température normale, à 36°,8 (la température extérieure étant 20°,1), en l'enveloppant d'ouate et d'étoupes et la recouvrant d'un étui imperméable. L'expérience est commencée le 27 juin 1883; le 28, la température de la bête est de 40 degrés : 0°,4 d'augmentation. La queue est douloureuse au niveau de la portion enveloppée; rumination conservée. Le 29, température rectale à 41°,2, rumination persiste, appétit moindre; même sensibilité locale. Le 1er juillet, la température a rétrocédé, l'appétit est bon; le 2, la bête semble revenue à l'état normal. On enlève le pansement; la queue est crépitante et insensible sur une longueur de 20 centimètres, à partir du sommet; les tissus mortifiés sont gorgés de sérosité roussâtre où fourmillent les microbes du charbon symptomatique et non ceux de la septicémie, comme l'ont attesté plusieurs inoculations de contrôle. L'animal se remet des suites de cette expérience, et l'on s'est assuré qu'il avait acquis l'immunité.

Le réchauffement a donc suffi pour faire pulluler abondamment le virus à l'extrémité de la queue. Mais on peut se demander si la densité du tissu conjonctif n'a pas empêché l'accident local de s'étendre et de compromettre la vie du sujet. Pour le savoir, il faut s'adresser au mouton, dont le tissu cellulaire coccygien est naturellement lâche, souple et abondant. Si l'on injecte le virus bactérien près de l'extrémité de la queue du mouton, sans modifier la température, il se développe une tuméfaction locale analogue à celle que l'on provoque chez le bœuf, par l'enveloppement. Ce résultat prouve que la laxité du tissu conjonctif peut suppléer à l'échauffement de la région. On fournit la contre-épreuve en refroidissant la région coccygienne du mouton, après l'inoculation, au moyen d'un sac imperméable à doubles parois, bourré de fragments de glace. Dans ce cas, il ne se développe pas d'accidents locaux; néanmoins le virus pénètre lentement dans l'organisme, circule avec le sang et engendre l'immunité.

Il découle des résultats énoncés dans cette Note : 1° que les saisons tempérées seront les meilleures pour pratiquer les inoculations préventives; 2° que l'on doit s'en abstenir en été; 3° que, si l'on est obligé d'inoculer pendant l'hiver, on aidera au succès en maintenant les animaux, durant les premiers jours, dans l'atmosphère chaude des étables.

---

un tel patronage que ce travail arrivait à la Société; j'en fus nommé rapporteur. J'avais très souvent vu M. Prô à l'Ecole pratique; il avait disséqué dans le cabinet d'un des prosecteurs, mon ami; rien ne pouvait me faire soupçonner sa moralité scientifique. Il vint me faire une visite, m'instruisit des motifs très louables qui l'avaient engagé à aller en Angleterre pour y étudier sur place les riches collections, et me confia de plus que, espérant obtenir une place de professeur dans sa patrie, il tiendrait à grand profit et à grand honneur d'être associé aux travaux de notre Société.

» Toutes ces raisons, qui annonçaient un homme laborieux et ami de la science, agirent sur moi; je m'engageai donc à m'occuper sérieusement de son travail. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1858, vol. VIII, p. 535.)

Comment, en effet, soupçonner un plagiaire dans un monsieur qui se présente sous de tels auspices? La Société n'eut aucune peine à absoudre M. Verneuil, dont le second rapport contient une *exécution* de M. Prô, qui doit lui avoir ôté à jamais l'envie de recommencer.

Voici un autre exemple de la manière dont on peut encore se servir d'un travail étranger pour faire sa thèse. Pour être moins blâmable que le précédent, car l'auteur reconnaît qu'il s'est *inspiré* de la lecture du travail étranger, il n'en est pas moins dangereux pour la littérature médicale.

Ma thèse de doctorat sur les rapports de la syphilis avec le traumatisme (1875) a été le point de départ de plusieurs travaux sur le même sujet, entre autres de M. Düsterhoff dans les *Archives de Langenbeck* (1). M. Bénicy, voulant faire à son tour une thèse sur la même question, a simplement résumé le travail de M. Düsterhoff, auquel il a ajouté trois observations (2). Le mal n'aurait pas été grand si seulement M. Bénicy avait pris la peine de contrôler les citations des

(1) *Arch. für klin. Chir.*, 1878, Bd. XXII, p. 637 et 901.
(2) *Syphilis et traumatisme*, thèse de doctorat, Paris, 1879.

Académie de médecine.

Séance du 20 novembre 1883.— Présidence de M. Hardy.

MM. les docteurs *Bouchard* et *Sircdey* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Queirel* (de Marseille) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division.

M. le docteur *Durand* (de Marseillan) envoie un mémoire manuscrit, intitulé : *De l'influence des revaccinations en masse sur un début d'épidémie de variole.* (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le *Rapport pour* 1882, fait par M. *De Villiers*, au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance ; 2° de la part de M. le docteur *Péry*, une brochure intitulée : *La maladie de la pierre à Bordeaux et les lithotomistes bordelais de* 1695 *à* 1789 *;* 3° au nom de M. le docteur *Guermonprez* (de Lille), diverses brochures de chirurgie ; 4° de la part de M. le docteur *N. Chartes* (de Liège), une conférence imprimée *sur la vaccine ;* 5° au nom de M. le docteur *Robinski* (de Berlin), une brochure ayant pour titre : *Zur Kenntniss der Augenlinse und deren Untersuchungsmethoden.*

M. *Le Roy de Méricourt* présente un ouvrage de M. le docteur *Niclly*, professeur à l'École de médecine navale de Brest, ayant pour titre : *Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux.*

M. *Larrey* fait hommage, de la part de M. le docteur *Mauricet*, de deux brochures intitulées : *Exercice de la profession médicale de* 1805 *à* 1882 *dans le Morbihan* et *Inoculation de la petite vérole à la fin du dix-huitième siècle.*

M. *Bouley* dépose un certain nombre de mémoires de M. *Degive*, professeur à l'Ecole de Cureghem-lez-Bruxelles, *sur la médecine vétérinaire*, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger dans la troisième division.

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *Bourgeois*, la *Relation* manuscrite *d'une épidémie de fièvre typhoïde en* 1882-1883 *au quartier de cavalerie de l'École militaire à Paris.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Chatin* fait hommage d'un ouvrage de M. *Sicard*, intitulé : *Histoire naturelle des champignons comestibles et vénéneux*, pour le concours du prix Orfila.

Bienvenue a M. Rochard. — M. *le Président* souhaite, aux applaudissements unanimes de l'Académie, la bienvenue à M. Rochard. Celui-ci remercie ses collègues avec tout le charme et l'entrain de son éloquence habituelle ; « de cet événement, ajoute-t-il, il ne me restera qu'un peu de plomb dans le poumon droit, et dans le cœur une très grande reconnaissance pour l'Académie ; je les conserverai l'un et l'autre jusqu'à mon dernier jour. »

Propriétés prophylactiques du cuivre. — De deux lettres adressées par MM. *Burq* et *Bochefontaine*, d'après les attestations des autorités municipales de Villedieu-les-Poêles (Manche), il résulte que le choléra a, en effet, été à peu près inconnu dans cette ville, où l'industrie du cuivre a une très grande importance ; mais la variole et la fièvre typhoïde y ont exercé de sérieux ravages à diverses époques ; « elles atteignent les ouvriers de l'industrie locale comme les autres habitants ». D'ailleurs, ajoute M. Tétrel, « les livres de l'état-civil n'ont jamais indiqué la cause d'un décès », par conséquent toute enquête est difficile.

Pathologie du système lymphatique.— M. *Colin* (d'Alfort) se plaint, à l'occasion du procès-verbal, que M. Peter, dans son rapport, lu à la dernière séance, sur la pathologie du système lymphatique, pour le concours du prix Portal de 1883, ait négligé de rappeler ses titres « à la démonstration expérimentale du rôle des vaisseaux lymphatiques dans les absorptions virulentes, ainsi que du rôle des ganglions comme réceptacles, conservateurs temporaires, régénérateurs et destructeurs des agents virulents ». Il revendique à cet égard ses droits de priorité.

Épidémie cholérique en Égypte. — M. *Fauvel* commence par rappeler que les prévisions exposées dans sa communication du 24 juillet dernier ont été complètement justifiées par les événements, quant à la marche annoncée de l'épidémie cholérique en Egypte, à sa courte durée, à son extinction dans un délai déterminé, ainsi qu'aux conséquences qui en résultaient au point de vue de la préservation de l'Egypte. Depuis, le rapport de M. le docteur Mahé, envoyé en mission pour étudier la genèse de l'épidémie, permet de trancher nettement dans le sens de l'affirmative, la question de l'importation du choléra à Damiette et montre la fausseté des allégations des agents anglais à cet égard. On sait toutefois que, depuis le 18 octobre, la maladie a reparu à Alexandrie ; mais cette nouvelle manifestation n'annonçait pas une reprise de l'épidémie, éteinte partout en Egypte ; elle était seulement due à des circonstances locales et individuelles, sans action sur la masse de la population, protégée par l'immunité acquise. En revanche, il est vrai, ces cas, stériles en Egypte, peuvent propager le choléra en Europe par importation. Il en est de même de l'apparition du choléra qui vient d'avoir lieu à la Mecque parmi les pèlerins ; elle n'est pas non plus en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pèlerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population du pays souffre peu ; aussi le retour des pèlerins contaminés, peu redoutables pour l'Egypte, serait-il, par leur passage dans le canal de Suez, dangereux pour l'Europe si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

Aux applaudissements par lesquels l'Académie accueille cette communication, succède la protestation de M. *Jules Guérin ;* tout en refusant de discuter « le nouveau manifeste de M. Fauvel », il reproche à celui-ci de n'avoir appuyé ses arguments que sur de simples probabilités et d'avoir prêté aux agents et aux médecins anglais en Egypte des opinions se rattachant à des intérêts particuliers. Il pense que l'Angleterre a également souci des intérêts humanitaires.

J'ai simplement voulu signaler, réplique M. *Fauvel*, la nature des intérêts anglais qui prédominent actuellement en Egypte ; l'opinion formulée par M. le docteur Hunter lui-même n'a reçu qu'un accueil très peu favorable de la part du public médical en Angleterre.

Il faut avoir la franchise de le déclarer, riposte de son côté M. *Bouley ;* les intérêts humanitaires n'ont joué qu'un rôle

auteurs français faites par l'auteur allemand. En effet, M. Düsterhoff, soit connaissance insuffisante de notre langue, soit lecture trop rapide des auteurs français, les a mal cités et leur a attribué des idées qu'ils n'avaient pas. M. Bénicy, traduisant M. Düsterhoff sans vérifier ses assertions, a donc commis les mêmes erreurs, dont voici quelques-unes.

J.-L. Petit rapporte qu'un blessé, ayant eu les deux jambes emportées par un boulet de canon, fut amputé de l'une au-dessus et de l'autre au-dessous du genou (*Œuvres complètes*, édit. de 1837, p. 807). M. Düsterhoff (p. 909) et M. Bénicy (p. 20) disent que mon illustre homonyme amputa les deux pieds de ce malade. M. Düsterhoff, qui cite d'après Girtanner, et qui n'avait peut-être pas à sa dispositipn les œuvres de J.-L. Petit, est excusable, mais non M. Bénicy, qui aurait pu lire le texte original.

Tous deux commettent une autre erreur à son égard, en attribuant à Lesne, l'élève et l'éditeur de J.-L. Petit, les opinions du maître. Que l'auteur allemand ait ignoré que les *Œuvres posthumes de chirurgie* de J.-L. Petit aient été *mises au jour* par M. Lesne, on peut encore le lui pardonner, mais on a le droit de se montrer plus sévère pour un élève de la Faculté de Paris.

Je dis, dans un passage de ma thèse, que M. Verneuil, commentant en 1863 une observation de Mirault (d'Angers), qu'il rattache au rhumatisme, a signalé en note, d'après un fait de Jobert, l'influence de la syphilis sur les plaies, et que la lecture de cette note avait provoqué M. Guillemin à publier une observation semblable à celle de Jobert. A ce propos, M. Düsterhoff dit (p. 642) et M. Bénicy répète (p. 8) : « Plusieurs observations publiées en 1863 par Verneuil, Mirault (d'Angers) et Guillemin, concluent à la nécessité de soumettre le syphilitique à un traitement avant de l'opérer. » Or, à cette époque, M. Verneuil n'avait encore publié aucune observation ; celle de Mirault (d'Angers) n'avait nullement trait à un syphilitique, comme M. Bénicy aurait pu s'en assurer en se reportant à l'indication que j'en donnais ; celle de Jobert

des plus secondaires dans les agissements des Anglais en Egypte depuis le commencement de l'épidémie.

Ictère de la grossesse. — La pathogénie de l'ictère de la grossesse offre encore beaucoup d'obscurités; M. le docteur *Queirel*, candidat dans la première division des correspondants nationaux, s'efforce, à l'aide d'observations qu'il a recueillies lui-même dans son service de la Maternité de Marseille, de montrer qu'il faut admettre: 1° un ictère du début de la grossesse, lié à un état morbide du canal alimentaire; 2° un ictère de la fin de la grossesse, très rare celui-ci, dû à la compression des conduits excréteurs; 3° enfin un ictère pouvant se montrer à toutes les époques de la grossesse et dû à une maladie du foie lui-même qu'il ne spécifie pas, mais qui, elle aussi, est sous l'influence de l'état gravide. — (*Renvoi à la commission d'examen des candidatures.*)

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Mesnet* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres, en remplacement de M. Amédée Latour, décédé. (Voyez la liste de présentation, p. 768.)

Société de chirurgie.

Séance du 14 novembre 1883. — présidence de M. Guéniot.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule. — Tumeur du globe de l'œil. — Adénite cervicale tuberculeuse; extirpation phlébite; hémorrhagie de la carotide; ligature; mort par gangrène du cerveau.

M. *Larger* présente un homme de soixante-dix ans qui a eu quatre fractures de la rotule. En 1846, fracture de la rotule droite; traitement par l'appareil de Boyer; quatre mois après, rupture du cal; guérison. En 1860, fracture de la rotule gauche. En 1862, nouvelle fracture rotulienne du même côté. Tous les mouvements existent, à droite comme à gauche; le malade n'a jamais eu d'arthrite et tous ses muscles sont intacts. Du côté droit, le col fibreux a de 4 à 5 centimètres; du côté gauche, l'écartement des fragments de la dernière fracture est très considérable.

M. *Le Fort* joint sa protestation à celle de M. Verneuil. Il faut repousser avec énergie la doctrine nouvelle du traitement de la fracture transversale de la rotule par la suture osseuse. Ce qui faisait l'honneur de la chirurgie française, c'était le respect de la vie humaine et la prudence des chirurgiens; M. Le Fort ne comprend pas qu'on puisse conseiller d'ouvrir l'articulation du genou pour guérir une fracture de la rotule. Si un chirurgien proposait d'ouvrir le foyer d'une fracture simple de l'humérus pour suturer les fragments, personne n'accepterait cette proposition. Quelque foi qu'on ait dans l'antisepsie, on ne peut admettre qu'on ouvre l'articulation pour guérir une fracture de la rotule.

Lorsqu'il s'agit d'un écartement considérable des fragments, *on peut* comprendre qu'un chirurgien intervienne pour un cal linéaire, peut-être osseux. Et cependant il y a des observations qui démontrent que l'intervention du chirurgien est loin d'être indispensable. Il y a plus de vingt ans, M. Le Fort vit à la consultation du Bureau central un individu qui demandait une genouillère; cet individu avait une ancienne fracture de la rotule et le fragment supérieur se trouvait au milieu de la cuisse. Malgré cela, cet homme était essayeur de chevaux, profession très pénible; l'absence de consolidation de la fracture ne gênait en rien les mouvements de la jambe. Enfin, quand la fracture mal consolidée gêne la marche, on aura recours aux appareils prothétiques, à celui de l'abbé Neil, par exemple.

M. Le Fort n'admet pas qu'on ouvre le genou même pour une ancienne fracture avec cal fibreux très long, ou même en l'absence du cal fibreux, puisqu'il y a des appareils qui facilitent la marche. La griffe de Malgaigne était moins dangereuse, bien qu'elle ait pu déterminer des accidents. L'appareil de M. Trélat permet de rapprocher les fragments dans les fractures récentes. La fracture de la rotule n'entraîne pas la mort, et dans la statistique de M. Chauvel, sur 43 cas, il y a 3 morts et 1 amputation de cuisse; le danger de la suture osseuse est donc considérable eu égard au bénéfice à obtenir.

M. *Richelot* a soigné une dame qui avait deux fractures de la rotule, l'une à droite et l'autre à gauche; des deux côtés il y eut un écartement de 12 centimètres et cette dame marchait facilement. Avec un tel écartement, l'insertion du triceps est modifiée désavantageusement, mais c'est surtout l'insertion du droit antérieur qui n'est que le tiers du muscle. Si les parties latérales du triceps sont encore en connexion avec le fragment inférieur de la rotule, le malade marchera facilement. Dans les observations de M. Lister, les malades ont bien marché; ils avaient leur triceps. Si d'autres malades n'ont pu marcher, c'est qu'ils n'avaient pas leur triceps. Donc le muscle triceps est un élément important à considérer dans le pronostic des fractures de la rotule.

M. *Després* est de l'avis de M. Le Fort, on n'a pas le droit de faire la suture osseuse pour guérir une fracture de la rotule. Il a traité dix-neuf fractures de la rotule, et le plus grand écartement n'était pas de 5 centimètres. Une malade a eu trois fractures de la rotule à droite et deux fractures à gauche; l'écartement des fragments resta considérable et cependant cette malade marche sans appareil.

était passée sous silence; seul le fait de M. Guillemin conservait sa signification.

Il serait oiseux de multiplier ces rectifications. Cette thèse aurait pu être certainement intéressante si l'auteur s'était contenté de nous faire connaître les faits nouveaux contenus dans le travail de M. Düsterhoff, en y ajoutant les siens et en rectifiant les erreurs commises; mais nous savons qu'il est plus facile de résumer le travail d'autrui que d'en faire un qui soit personnel; seulement le mérite n'est pas le même dans les deux cas.

M. Béniey n'est d'ailleurs pas le seul coupable. D'autres ont probablement abusé comme lui de leur connaissance de langues étrangères pour confectionner leur thèse; il en est même qui ont fait cet échange d'une Faculté française à l'autre. Il suffit de comparer, par exemple, la thèse de doctorat de M. Finelli (de Montpellier) avec la thèse d'agrégation en chirurgie de M. Berger, pour se rendre compte de la contribution forcée qui a été imposée à celui-ci. M. Berger ayant écrit sa thèse en 1875 (1) et M. Finelli en 1878 (2), on voit immédiatement qui des deux a profité du travail de l'autre. M. Finelli a simplement remanié et résumé la thèse de M. Berger pour s'en faire une. Nous espérons bien que ce n'est pas sur de pareils documents que s'appuie l'Ecole de Montpellier pour revendiquer, contre celle de Paris, l'honneur d'avoir établi la première les relations qui existent entre les états constitutionnels et les lésions traumatiques.

L.-H. Petit.

(*A suivre.*)

(1) *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*, thèse d'agrégation en chirurgie. Paris, 1875.

(2) *Influence de quelques états constitutionnels sur les maladies chirurgicales*, thèse de doctorat, Montpellier, 1878, n° 18.

M. *L. Labbé*. Pour courir de grands dangers, il faut en espérer de grands avantages. A-t-on de grands avantages à subir la suture osseuse de la rotule? Nous n'avons pas vu de grandes infirmités à la suite des traitements ordinaires de la fracture de la rotule. Parfois il y a un épanchement articulaire considérable; l'évacuation du liquide presque aussitôt après l'accident rend des services; c'est alors un droit et un devoir de faire la ponction en s'entourant des précautions connues. Cela permet de rapprocher de suite les fragments. Quand le sang n'est pas liquide, on doit encore l'évacuer; c'était la pratique de Jajavay dès 1862; une simple ponction avec une lancette permettra la sortie du sang coagulé. M. Labbé a publié en 1877 une observation de fracture de la rotule compliquée de plaie; il fit l'occlusion et l'immobilisation, et le malade guérit comme le malade de M. Verneuil atteint de lésion analogue.

M. *Lucas-Championnière* a dit l'autre jour qu'il ne croyait pas que l'ouverture de l'articulation pour une fracture ancienne de la rotule avec incapacité du membre fût une mauvaise opération, et il a fait cette opération. Puis, après avoir lu le récent travail de M. Lister, il a constaté les bons résultats obtenus dans les fractures récentes.

Vous dites que les résultats des appareils sont excellents; il faudrait apporter beaucoup d'observations pour le démontrer. Le malade de M. Larger est intéressant; il marche très bien, contrairement à ce qu'on pourrait supposer. L'appareil de l'abbé Neil est bon, mais M. Championnière ne voudrait pas le porter toute la vie.

Entre les mains de M. Lister ou d'un chirurgien suivant absolument ses préceptes, la suture de la rotule est sans inconvénient pour la vie des malades; la dernière publication de M. Lister entraînera la conviction.

M. *Trélat*. Quand on voit des fractures multiples des deux rotules chez le même individu, cela ne prouve pas toujours que cet individu marche mal, plutôt que la résistance de son squelette n'est pas en rapport avec la force de ses muscles.

M. Trélat ponctionne aussi les articulations. En 1871, quand M. Dubreuil présenta son observation à la Société de chirurgie, M. Trélat n'était pas partisan de la ponction; il disait qu'il fallait ouvrir largement; l'antisepsie n'était pas connue alors, et toutes ces évacuations étaient septiques. Aujourd'hui on a trouvé le moyen d'évacuer les foyers sanguins sans s'exposer à la septicémie; c'est pour cela que l'opinion de M. Trélat a changé. Il ponctionne maintenant toutes les articulations trop pleines. Cette pratique lui a appris que ce que nous prenions pour une hydarthrose traumatique était une hémo-hydarthrose. Il a appris en outre qu'il est rare qu'un genou distendu contienne 100 grammes de liquide; dans 22 cas, le genou distendu contenait de 40 à 80 grammes de liquide; 100 grammes, c'est là très rare exception. Comme M. Trélat est convaincu que l'épanchement dans le genou est le réel obstacle à la consolidation des fractures de la rotule, il enlève cet épanchement.

Un jour Chassaignac présenta à la Société de chirurgie un malade ayant grande analogie avec celui de M. Larger; Chassaignac prétendait que les parties ligamenteuses autour du genou se muscularisaient, son malade ne pouvait soulever la jambe. Que ce soient les dégâts locaux de la fracture qui altèrent le muscle, ou que le muscle s'altère consécutivement, on ne peut pas au moment de l'accident pronostiquer l'état fonctionnel ultérieur. Le pronostic ne découle donc pas de la fracture et nous n'avons pas à intervenir chirurgicalement de suite : même en supposant la suture osseuse sans danger, vous n'êtes pas sûr de porter remède à quelque chose en l'appliquant aux fractures récentes.

Pour l'opération tardive, c'est autre chose. Un malheureux qui ne pourrait marcher, qui viendrait réclamer les soins du chirurgien, M. Trélat comprend qu'on l'opérât si les moyens orthopédiques n'ont pas réussi.

— M. *Parinaud* lit une note sur une tumeur du globe de l'œil ayant pour point de départ la conjonctive.

— M. *Poulet* lit une observation intitulée : Adénite cervicale double tuberculaire; extirpation; phlébite de la jugulaire; hémorrhagie de la carotide, ligature de cette artère; mort par gangrène du cerveau.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1883.—PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Jus de viande et poudre de viande : MM. Brame, Tanret, Catillon. (Discussion.) — Emploi de la sonde molle de Debove pour administrer les lavements : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Brame* présente à la Société des échantillons du jus de viande étendu d'eau et aromatisé avec l'hydrolat de fleur d'oranger, dont il a signalé les efficaces propriétés nutritives dans une précédente séance (voy. le numéro du 26 octobre). Ce jus se prépare en triturant dans un mortier 25 grammes de viande crue hachée, avec un verre d'eau, puis en filtrant avec expression, avant d'ajouter l'hydrolat de fleur d'oranger. L'un des échantillons apportés par M. Brame est préparé depuis dix jours et n'a subi aucune altération.

M. *Tanret* a essayé de remplacer les poudres de viande, qui présentent fréquemment un goût désagréable, soit par suite d'une préparation défectueuse, soit à cause d'une altération consécutive, par une poudre nouvelle composée de bœuf bouilli, desséché au bain-marie pendant deux à trois heures. Le bouilli est préalablement haché très fin, puis broyé, après dessiccation, dans une sorte de moulin à café. On peut ainsi très facilement préparer soi-même, en trois heures, 2 ou 300 grammes de poudre, représentant 1 kilogramme de bœuf bouilli. Le bouilli est évidemment un aliment moins complet que la viande crue, puisqu'il représente cette viande moins les sels que l'eau lui a soustraits; mais, au moyen d'expériences comparatives de digestion artificielle, *in vitro*, M. Tanret a constaté que la poudre de bouilli offre une digestibilité deux fois plus grande que la viande crue hachée. C'est la même proportion qui a été notée par M. Catillon pour la poudre de viande crue comparée à la viande elle-même hachée; on peut donc conclure de ces recherches que la digestibilité de la viande sous diverses formes tient surtout à l'état de division plus ou moins complet de l'aliment.

M. *Catillon* fait remarquer que le liquide préparé par M. Brame avec le jus de viande renferme tous les sels de celle-ci et une certaine quantité d'albumine soluble, tandis que la poudre de bouilli de M. Tanret offre une composition précisément inverse : pas de sels, et toute l'albumine et la fibrine insolubles. Reste à déterminer quel est celui de ces deux aliments auquel on doit donner la préférence, suivant les cas qui se présentent en clinique. Il est évident que le liquide préconisé par M. Brame doit être nettement acide, par suite d'une certaine quantité d'acide lactique et d'acide phosphorique libres; il en est d'ailleurs de même des poudres de viande crue. Seules les peptones ne sont pas acides, parce qu'on neutralise en les préparant les acides mis en liberté. Quant à la poudre de M. Tanret, si elle a perdu, par suite de la cuisson, l'odeur désagréable particulière aux substances animales, elle a acquis, par le fait même, une composition toute différente de celle de la viande crue, l'albumine ayant subi la coagulation due à l'élévation de la température, et les sels s'étant dissous dans l'eau bouillante.

M. *C. Paul* pense que c'est peut-être à l'absence des sels de la viande que le bouilli doit d'être plus facile à digérer que la viande rôtie.

M. *Limousin* regrette que M. Tanret n'ait pas étudié comparativement la digestibilité de la poudre de viande crue et celle de la poudre de bouilli préparée par son procédé.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que le jus de viande employé par M. Brame agit plutôt comme *eupeptique*, par suite de son acidité, tandis que les diverses poudres de viande constituent des aliments *nutritifs*. La poudre de bouilli est sans doute inférieure à la poudre de viande crue, si généralement employée aujourd'hui, mais elle constitue néanmoins un très bon aliment; elle présente, en particulier, cet avantage de pouvoir être préparée chez les malades, qui l'accepteront ainsi plus volontiers que celle qui provient des pharmacies, et revêt par là même à leurs yeux le caractère d'un médicament inconnu.

— M. *Dujardin-Beaumetz* signale un nouvel usage auquel on peut faire servir d'une façon avantageuse le tube de Faucher et surtout celui de Dehove. Ce tube permet, en effet, d'administrer des lavements, avec la plus grande facilité, jusque dans l'S iliaque. Il suffit d'introduire la sonde molle par l'anus, et de la pousser progressivement dans les parties inférieures du gros intestin; lorsque l'on a atteint la profondeur voulue, on verse dans l'entonnoir le liquide destiné au lavement, et on le fait pénétrer avec une force plus ou moins considérable, suivant la hauteur à laquelle on élève l'entonnoir. Ce procédé est précieux pour porter le liquide au-dessus d'une obstruction incomplète de l'intestin comprimé par une tumeur abdominale; il permet également de faire parvenir dans un point plus élevé les lavements nutritifs, ce qui assure leur absorption plus complète. M. Dujardin-Beaumetz rappelle à ce propos que les seuls lavements véritablement nutritifs sont les lavements de peptone. Il pense enfin que ce mode d'administration du lavement pourrait peut-être donner quelques bons résultats dans quelques cas d'occlusion intestinale.

M. *Moutard-Martin* insiste sur la recommandation que l'on doit faire aux malades de prendre leurs lavements *très lentement;* en effet, le liquide peut alors pénétrer progressivement dans les interstices des matières fécales, les ramollir et en faciliter l'expulsion. Au contraire, le lavement introduit rapidement, sous forte pression dans l'intestin, ne peut être toléré, et se trouve forcément rendu avant d'avoir pu diluer le bol fécal. Il faut suivre le même précepte si l'on donne le lavement dans un cas quelconque d'occlusion intestinale.

M. *Martineau* croit que le lavement administré avec la sonde de Debove réussirait fort bien dans le traitement de ces pseudo-étranglements dus à une paralysie intestinale, et qui s'observent le plus ordinairement chez des femmes hystériques. Ces accidents guérissent facilement par la faradisation des parois abdominales, mais il est bien probable qu'un lavement d'eau chargée d'acide carbonique agira de la même açon s'il est porté assez haut dans l'intestin.

M. *C. Paul* fait remarquer que le même procédé peut remplacer à domicile la douche ascendante, et qu'il est précieux pour l'irrigation vaginale sans pression.

M. *Martineau* est également d'avis que l'appareil à irrigation vaginale, dont le réservoir est à 1 ou 2 mètres de hauteur, présente de graves inconvénients. Les femmes atteintes de métrite ou de phlegmasie péri-utérine doivent faire leurs injections sans pression, étant couchées sur le dos et le bassin un peu élevé, de façon que, le liquide séjournant dans le vagin, on obtienne une sorte de bain local plus ou moins prolongé.

M. *Moutard-Martin* rappelle que cette question a été résolue d'une façon absolument semblable dans une discussion de la Société d'hydrologie, il y a plusieurs années.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme, par MM. Charcot et Pitres.

L'écorce du cerveau peut être divisée en deux zones distinctes : *zone non motrice*, dont les lésions distinctives ne provoquent jamais de paralysie permanente; *zone motrice*, dont les lésions distinctives provoquent toujours des paralysies permanentes du côté opposé du corps.

La zone non motrice comprend les régions préfrontale, occipito-pariétale et le lobe temporo-sphénoïdal; la zone motrice, les circonvolutions ascendantes et le lobule paracentral.

Aux lésions étendues de cette zone correspondent les paralysies totales; aux lésions limitées, les paralysies limitées ou monoplégies. Parmi celles-ci on peut distinguer les monoplégies brachio-faciales (moitié inférieure des circonvolutions ascendantes), brachio-crurales (moitié inférieure de ces circonvolutions), faciales, brachiales, crurales (à localisation moins nette).

Il peut survenir ultérieurement de la contracture secondaire par dégénération ascendante du faisceau pyramidal.

Quant à l'épilepsie jacksonienne, généralisée ou partielle (hémispasme, monospasme), elle est due à l'irritation de régions qui *avoisinent* la zone dont les lésions destructives amènent la paralysie des muscles convulsés; aussi s'observe-t-elle à la suite d'altérations de la zone non motrice aussi bien que de la zone motrice, et n'a-t-elle pas, au point de vue de la localisation, la même valeur que les paralysies permanentes.

Ces conclusions découlent de l'analyse de plusieurs centaines d'observations concordantes; il n'existe, d'après les auteurs, aucune observation contradictoire qui ne prête à la critique. (*Revue de médecine*, septembre et octobre 1883.)

De l'étiologie de la pneumonie lobaire aiguë, par Alison.

Dans ce travail fort intéressant, basé sur quatre-vingts observations personnelles, Alison étudie l'étiologie de la pneumonie lobaire aiguë, franche et primitive, à tous les points de vue : causes externes ou banales (âge, sexe, professions, saisons, etc.), coïncidences atmosphériques, coïncidences morbides individuelles ou générales, causes miasmatiques. Discutant ensuite les théories diverses que l'on a émises sur la nature de la pneumonie, il arrive à la conception suivante : La pneumonie ne relève pas toujours d'une seule et même cause, le froid pour les uns, l'intoxication miasmatique pour d'autres. Elle dépend de facteurs multiples, s'associant et se combinant de telle façon que tantôt c'est une force étiologique qui l'emporte, tantôt une autre. Ici on peut invoquer l'âge avancé, les refroidissements, ici des modifications atmosphériques brusques, ici des antécédents morbides personnels ou héréditaires, tels qu'affections pulmonaires, fièvres catarrhales antérieures, ici enfin la présence de matières putrides à proximité de certaines maisons ou de certains quartiers. Cette cause semble avoir une importance prépondérante, car Alison l'a relevée cinquante-huit fois sur quatre-vingts, notamment dans les cas de pneumonies par groupes disséminés ou agglomérés. (*Arch. gén. de méd.*, sept. et oct. 1883.)

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par le professeur Bernheim.

Nous ne voulons que signaler ici, avec l'impartialité que toutes les opinions doivent attendre de la *Gazette*, et toute la déférence qui est due à un confrère chez qui la distinction de l'esprit égale l'honorabilité du caractère, un mémoire très favorable à la thèse de la suggestion hypnotique. Analyser ce travail, en discuter les appréciations scientifiques serait soulever une trop grosse question dans une simple revue de journaux, nécessairement sommaire. Nous dirons seulement à l'aide de quelles pratiques M. Bernheim, sur les indications de M. Liébault, dit arriver à produire le sommeil, sommeil particulier toutefois, puisqu'il suffit ordinairement, pour produire le réveil, de dire même à voix basse au dormeur : « C'est fini, réveillez-vous. »

Je dis au sujet, écrit l'auteur : « Regardez-moi bien et ne songez qu'à dormir. Vous allez sentir une lourdeur dans les paupières, une fatigue dans vos yeux; vos yeux clignotent, ils vont se mouiller; la vue devient confuse; les yeux se ferment. » Quelques sujets ferment les yeux et dorment immédiatement. Chez d'autres, je répète, j'accentue davantage, j'ajoute le geste; peu importe la nature du geste. Je place deux doigts de la main droite devant les yeux et j'invite le sujet à les fixer, ou avec les deux mains je passe plusieurs fois de haut en bas devant les yeux; ou bien encore j'engage à fixer mes yeux. Je dis : « Vos paupières se ferment, vous ne pouvez plus les ouvrir. Vous éprouvez une lourdeur dans les bras, dans les jambes; vous ne sentez plus rien, vos mains restent immobiles, vous ne voyez plus rien; le sommeil vient, » et j'ajoute d'un ton un peu impérieux : « Dormez. » Souvent ce mot emporte la balance; les yeux se ferment; le malade dort. Si le sujet ne ferme pas les yeux ou ne les garde pas fermés, je ne fais pas longtemps prolonger la fixation de ses regards sur les miens ou sur mes doigts. Au bout de deux ou trois minutes, tout au plus, je maintiens les paupières closes, ou bien j'étends les paupières lentement et doucement sur les globes oculaires, les fermant de plus en plus, progressivement, imitant ce qui se produit quand le sommeil vient naturellement; je finis par les maintenir closes, tout en continuant la suggestion : « Vos paupières sont collées, vous ne pouvez plus les ouvrir; le besoin de dormir devient de plus en plus profond; vous ne pouvez plus résister. » Je baisse graduellement la voix, je répète l'injonction : « Dormez, » et il est rare que plus de quatre ou cinq minutes se passent, sans que le sommeil soit obtenu. C'est le *sommeil par suggestion; c'est l'image du sommeil que je suggère, que j'insinue dans le cerveau.* (*Revue médicale de l'Est*, septembre 1883.)

Transfusion du sang par injection hypodermique, par le docteur Romeo Paladini (de Missaglia).

L'auteur publie l'observation d'une malade à laquelle il a fait, avec un succès complet, une transfusion de 130 grammes environ de sang, par injection hypodermique dans le tissu cellulaire abdominal.

Obs. — Il s'agit d'une pluripare de quarante-huit ans, très affaiblie par des métrorrhagies continuelles, que ses imprudences ne permettaient qu'à grand'peine d'arrêter. Le 4 août, on vint prévenir le docteur Paladini de ce qu'une nouvelle hémorrhagie très intense s'était produite. La malade avait syncope sur syncope sans quitter la position horizontale, ne pouvait conserver aucun aliment, qu'elle vomissait immédiatement.

L'auteur pensa immédiatement à pratiquer une transfusion intrapéritonéale, au moyen d'un appareil improvisé et composé d'un trocart réuni à une seringue métallique ordinaire par un tube de caoutchouc. Mais en route il s'avisa qu'une pareille opération, pratiquée en pleine campagne avec un appareil aussi rudimentaire, présentait trop peu de garantie, et se décida à tenter une transfusion intracellulaire. Il n'avait avec lui qu'un aide, un étudiant en médecine.

Le mari fournit le sang. Le point choisi pour l'injection fut le tissu cellulaire abdominal, à cause du grand relâchement qu'il présentait, ce qui faisait espérer la possibilité d'introduire une certaine quantité de sang. Le trocart fut enfoncé à moitié de sa longueur, afin de faire une chambre assez grande, et le sang aspiré par le seringue fut injecté par le trocart. Deux injections furent ainsi faites sans autre difficulté qu'une obturation de la canule par un caillot de sang dont un coup de stylet eut de suite raison.

La malade ne ressentit aucune douleur. En deux heures la bosse sanguine avait disparu, il ne se forma ni abcès ni induration, et seule une légère ecchymose marqua pendant quelques jours la place de l'opération. Le lendemain, le docteur Paladini apprenait que l'hémorrhagie avait cessé; la malade avait pu prendre quelque aliment sans nausée et avait dormi tranquillement. Quinze jours après la malade allait de mieux en mieux, recouvrant progressivement ses forces.

L'auteur pense qu'en faisant ces injections sur deux ou trois points différents, on arriverait facilement à faire absorber 300 à 400 grammes de sang, et il n'hésite pas à donner à la méthode hypodermique la préférence sur la transmission veineuse ou intrapéritonéale. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 septembre 1883. — Analyse d'après la *Gazetta medica* du 25 août.)

De la hernie de l'ovaire. Remarques sur les fonctions physiologiques de cet organe, par M. le professeur R. Barnes (Traduit par le docteur Rivière).

La hernie de l'ovaire, assez fréquemment observée, a été décrite brièvement par la plupart des auteurs et n'a pas été jusqu'alors envisagée au point de vue des importants renseignements qu'elle peut fournir à l'observateur, relativement aux phénomènes physiologiques de l'ovulation et de la menstruation. Le professeur Barnes, après avoir réuni les nombreux cas de hernie ovarienne épars dans la littérature médicale, y joint deux nouvelles observations qui lui sont personnelles et fait voir que cette hernie, plus fréquente du côté droit, au niveau du canal inguinal, coïncide ordinairement avec une anomalie des organes de la génération, et fréquemment aussi avec le développement de la grossesse extra-utérine. La situation superficielle de l'ovaire hernié permet de constater son augmentation de volume à chaque époque menstruelle; il prend alors une consistance plus molle, et devient douloureux spontanément et à la moindre pression. On peut, par suite, étudier l'ordre dans lequel se succèdent les divers phénomènes de la menstruation et constater que la douleur ovarienne, accompagnée de l'exagération des tensions nerveuse et vasculaire, précède l'apparition du flux cataménial pour coexister avec lui et décroître parallèlement à la diminution de ce flux, au moment où l'ovulation touche à son terme. Il devient évident que le *primum mobile* est l'ovaire, et que l'hémorrhagie utérine résulte d'une exagération dans la tension vasculaire, intimement liée aux phénomènes d'ovulation ovarienne; cette hémorrhagie n'est pas, d'ailleurs, un phénomène nécessaire : parfois elle se produit dans des points plus ou moins éloignés de l'utérus, et, dans certains cas, elle peut faire entièrement défaut, lorsque le système nerveux et le système circulatoire sont dans des conditions telles, que la tension vasculaire se trouve insuffisante pour produire l'exhalation sanguine. Tous les phénomènes menstruels sont sous la dépendance du stimulus ovarien; ils ne se produisent pas lorsqu'il n'y a pas d'ovaires, ou que ceux-ci ne peuvent fonctionner. Si l'on a constaté parfois l'hémorrhagie utérine périodique après l'ablation des ovaires, il faut, d'après le professeur Barnes, voir dans ce fait la démonstration de l'influence de l'habitude organique acquise, et nullement la preuve de l'indépendance entre le flux menstruel et la fonction ovarienne. (*American Journal of obstetrics*, janvier 1883, et *Annales de gynécologie*, septembre 1883.)

Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs conjonctives primitives des ligaments de l'utérus, particulièrement du ligament rond, par M. le docteur Sanger (de Leipzig) (Traduit par H. Chaput).

Les tumeurs primitives des ligaments utérins qui appartiennent au groupe conjonctif sont les myômes, les fibromes, les sarcomes et leurs diverses combinaisons. Les plus intéressantes, du moins les mieux connues, sont celles qui se développent au niveau du ligament rond; on n'a, en effet, d'autre preuve certaine du développement primitif dans le ligament large que l'opération ou l'autopsie. Les tumeurs conjonctives du ligament rond peuvent se développer soit dans sa portion intra-péritonéale, depuis l'utérus jusqu'à l'anneau inguinal interne, soit dans sa portion intra-canaliculaire, c'est-à-dire à l'intérieur du canal inguinal, soit encore, et plus souvent, au niveau de la portion extra-péritonéale du ligament, en dehors du canal inguinal, dans la paroi abdominale, le tissu cellulaire du bassin ou la grande lèvre. Cette dernière variété peut d'ailleurs être intra-péritonéale lorsqu'il existe un canal de Nück. Enfin certaines tumeurs de la paroi abdominale, plus ou moins distantes du ligament rond, présentent cependant la structure du fibromyôme, et paraissent être en relation *étiologique* avec le ligament. Parfois ces diverses tumeurs, de volume très variable, subissent la dégénérescence kystique, ou calcaire, ainsi que l'ont constaté Kleinwächter et Duncan. Lorsqu'elles sont intra-péritonéales, elles n'ont pas de symptômes propres; lorsqu'elles se développent dans le canal inguinal, ou au niveau de l'insertion du ligament rond, elles peuvent simuler la hernie intestinale ou épiploïque, la hernie graisseuse, la hernie de l'ovaire ou l'hydrocèle du canal de Nück; elles sont ordinairement rondes ou elliptiques, se développent lentement, présentent une consistance ferme et n'offrent jamais la sensation de fluctuation, ni l'impulsion à la toux ou pendant l'effort. Elles sont le plus souvent indolentes, mais parfois offrent une sensibilité marquée pendant les époques menstruelles. Lorsqu'elles ont acquis un certain développement, elles refoulent le péritoine, font saillie dans le bassin et déterminent des symptômes de compression et des déviations des divers organes. Ces tumeurs sont ordinairement situées du côté droit (huit fois sur onze cas). Leur diagnostic présente de sérieuses difficultés et n'a été que bien rarement fait en clinique; il est cependant d'autant plus utile de les reconnaître de bonne heure, que l'intervention chirurgicale est le plus souvent indiquée, leur accroissement étant continu et la tumeur, exposée aux traumatismes, pouvant subir une dégénérescence de mauvaise nature. L'opération sera d'ailleurs plus facile et d'une innocuité plus grande si la tumeur est moins volumineuse et plus nettement péduculisée. (*Archives générales de médecine*, octobre 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Ueber den gegenwärtigen Stand der internen Therapie... an den deutschen Hochschulen (De l'état actuel de la thérapeutique médicale et de l'enseignement thérapeutique dans les facultés allemandes), discours prononcé par M. le professeur Rossbach (d'Iéna), lors de la prise de possession de la chaire de clinique médicale, le 18 novembre 1882.

Que dit-on en Allemagne de l'enseignement de la thérapeutique et surtout de celui de la thérapeutique clinique? Hélas! comme en France, on se plaint de l'abandon immérité de l'*art de guérir*, on accuse le mauvais vouloir des étudiants et même l'ignorance des maîtres, on tonne contre le nihilisme et e scepticisme scientifiques actuellement à la mode, et l'on cherche des remèdes à cette fâcheuse situation. — Le discours du professeur Rossbach est un plaidoyer vrai et éloquent en faveur de la *renaissance* de la thérapeutique. Il arrive au moment opportun et va nous permettre d'exposer rapidement l'opinion moyenne sur une question très agitée en Allemagne.

Le professeur d'Iéna est impatienté de voir que le public considère la chirurgie comme une science positive, dont les progrès incessants amènent chaque jour des résultats certains, et la médecine comme une science purement spéculative, fortement teintée de charlatanisme, n'aboutissant à aucun résultat utile pour le malade.

Le prince de Bismarck n'a-t-il pas daigné lui-même apprendre au Parlement, dans la séance du 9 janvier 1882, que cette science (il s'agit de la médecine) « va galopant sur un beau grand cheval, mais qu'elle ne voit, ni ne connaît, le sol sur lequel elle se meut. » A peine est-il besoin d'ajouter que bien des médecins mettent une certaine coquetterie à parler de l'impuissance thérapeutique de la médecine..., surtout lorsqu'il s'agit de la clientèle des confrères.

Or, si l'on se donne la peine de réfléchir aux progrès réalisés depuis une trentaine d'années, ce scepticisme universel (que, contrairement à Rossbach, nous considérons comme très superficiel) devient absolument incompréhensible. D'abord il existe aujourd'hui une science nouvelle, la *pharmacodynamique*, qui pour être moins avancée que la pathologie, n'en a pas moins fait des progrès considérables. L'action des médicaments les plus nouveaux est parfaitement connue, dans l'ensemble comme dans les détails. Nous citerons simplement comme exemples : l'hydrate de chloral, le bromure et l'iodure de potassium, le chlorate de potasse, le salicylate de soude.— D'autre part la matière médicale met à notre disposition des agents chimiquement purs et physiologiquement comparables, au lieu des mixtures et des agents composés d'autrefois. En même temps, ce que l'on peut appeler les spécialités thérapeutiques (hydrothérapie, électrothérapie, aérothérapie, gymnastique, massage, etc.) ont subi une rénovation complète et la connaissance plus parfaite des phénomènes physiologiques de la digestion permet d'instituer une alimentation rationnelle.

Ce tableau n'est pas trop flatté. Et Rossbach a encore raison lorsqu'il nous dit qu'un autre mérite, et non des moins importants, de la science actuelle, a été de nous faire connaître l'inutilité ou même le danger d'une masse de drogues. « Quelle économie immense, s'écrie-t-il, représente l'abandon de cette mixture bizarre et coûteuse que l'on appelait la thériaque! Combien de catarrhes d'estomac, combien de stéatoses mortelles sont évitées depuis que les antimoniaux ont perdu leur prestige!... »

Enfin l'administration des médicaments a subi des modifications importantes et est devenue surtout locale, s'adaptant ainsi aux doctrines pathologiques courantes.

Aussi n'est-ce pas sans fierté que le professeur d'Iéna considère ces conquêtes modernes. « Armé des connaissances et des agents thérapeutiques de la science actuelle, le médecin pourra entrer en campagne sans craindre de livrer un combat inutile dans les cas curables ou d'être obligé de rendre les armes, mécontent et détrompé. »

Après tout, continue Rossbach, quels progrès a donc faits la chirurgie qui autorisent ou justifient sa suprématie vis-à-vis de la médecine? *Un seul*, la méthode de Lister, et encore n'est-ce pas là de la thérapeutique à proprement parler? Les soins des plaies? Mais en somme il s'agit toujours de la même lésion, sous une multitude de formes. Les tumeurs? Mais la chirurgie abandonne à la médecine tout ce qui n'est pas palpable. Toutes les fois qu'elle veut envahir des domaines nouveaux il y a grande chance pour que son intervention soit illogique ou inutile (résection de l'estomac, du larynx, etc.).

Cette discussion est hors de saison; elle rappelle par trop les

antiques querelles entre la Faculté et les disciples de frère Côme.

« Les causes de cette décadence, il est grand temps de le proclamer, sont l'absence d'un enseignement solide de la thérapeutique dans les universités et l'éducation thérapeutique insuffisante des jeunes médecins.

» L'enseignement est comme il y a trente ans, dédaigné, à peine toléré. A l'examen d'état, le plus brillant élève connaît à peine quelques formules et ne se doute même pas qu'il faut varier les agents thérapeutiques et leurs doses, et proportionner l'intervention thérapeutique aux infinies variations de la maladie. Le jeune docteur ressemble à un homme qui devrait peindre un tableau, mais qui connaîtrait seulement les procédés pour mélanger les couleurs.

» Qui saura jamais combien de malades perdent la vue, l'ouïe, la voix ou même la vie, parce que leur médecin manquait des connaissances thérapeutiques nécessaires?

» D'ailleurs les jeunes médecins n'ont pas, à proprement parler, d'éducation thérapeutique, attendu qu'ils ne connaissent qu'une classe de malades et qu'une période (la plus aiguë) des maladies. Et cependant d'emblée l'entière responsabilité pèse sur eux. Le juriste, l'officier, le professeur n'emportent pas plus que le médecin une éducation complète de l'université; mais ils n'arrivent à la situation responsable qu'après de longues années d'apprentissage et de perfectionnement. »

Mieux vaut pas de médecin qu'un médecin ignorant, conclut sévèrement le professeur d'Iéna. Passons maintenant aux remèdes proposés :

1° Maintien de l'unité de la science médicale. Pour cela il faut maintenir l'unité de la clinique. Tout doit y être concentré ; l'examen du nez, des oreilles, du larynx, des yeux, doit être pratiqué couramment par les élèves, aussi bien que les petites recherches de laboratoire nécessaires pour élucider les cas obscurs;

2° Maintenir l'équilibre entre le diagnostic et la thérapeutique. La thérapeutique n'est pas si pauvre que toute une heure de clinique soit uniquement consacrée à l'examen physique et au diagnostic d'un cas déterminé;

3° Organisation d'un service clinique aussi varié que possible, ce qui ne peut se faire qu'en annexant réglementairement la policlinique à la clinique ;

4° Combiner l'observation au lit du malade avec l'expérimentation du laboratoire;

5° Enfin exciter l'intérêt des étudiants pour la clinique, ce qui ne peut se faire qu'en leur facilitant l'entrée des salles, en mettant entre leurs mains les livres nécessaires, en leur livrant un amphithéâtre pour les exercices d'ordre inférieur, etc.

Grâce à la munificence du gouvernement saxon, Rossbach pourra, dit-il, réaliser ce plan. A la clinique sera annexée une policlinique, une bibliothèque, une salle d'étude, un laboratoire, un arsenal muni de tous les appareils nécessaires. En dehors des trois aides de clinique, qui existent déjà, un quatrième sera plus spécialement chargé du laboratoire. Malheureusement ce système ne pourra produire ses effets en entier que lorsque le *temps d'études sera considérablement augmenté.*

Ce tableau, je le répète, ne manque pas de vérité. D'autres plus compétents et plus autorisés diront si la situation est réellement aussi grave, s'il est vrai que l'on en soit arrivé à prescrire des « infusions de fleurs de zinc », à croire que « le cinabre soit un composé d'étain », à ignorer que l'éther soit explosible, à considérer tous les poisons « comme irritants et puis comme paralysants ». — Cette question, vitale pour notre art, n'est pas spéciale à l'Allemagne, quoique dans ce pays les principales autorités cliniques semblent s'être donné le mot depuis deux ans pour exhaler des plaintes amères à ce point de vue (Frérichs, Ziemssen, Jurgensen, etc.).

Chez nous aussi la thérapeutique est négligée. Mais il faut dire aussi que cette science, en proie aux tentatives intéressées des spécialistes, charlatans et pondeurs de spécialités, est encombrée d'un fatras de substances inactives ou insignifiantes, et que l'on attend encore l'Hercule qui nettoiera ces écuries d'Augias.

C. ZUBER.

Index bibliographique.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET SES DIVERS TRAITEMENTS, ET LA DOCTRINE DE M. PASTEUR A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, par M. E. DUVAL.— Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Notre collègue de la presse a réuni en brochure les articles écrits par lui dans le journal qu'il dirige (*la Médecine contemporaine*), sur l'importante discussion dont le traitement de la fièvre typhoïde a été récemment le sujet à l'Académie de médecine. Nous ne pouvons revenir avec lui sur l'examen de questions examinées déjà, et à la même occasion, par la *Gazette hebdomadaire;* mais nous devons signaler au lecteur cette critique détaillée, minutieuse, vive, parfois mordante, de tous les discours et de tous les arguments produits à l'Académie. Voué à la pratique de l'hydrothérapie, l'auteur donne son opinion personnelle sur les effets de la méthode de Brand, et un chapitre de la brochure est intitulé : *Notre traitement.*

L'ANNÉE MÉDICALE (5e ANNÉE, 1882), publiée sous la direction du docteur BOURNEVILLE. — Bureaux du *Progrès médical.*

Cette revue résume les progrès réalisés en 1882 dans les sciences médicales. Les différents chapitres concernant l'anatomie et la physiologie, la médecine, la chirurgie et les différentes spécialités sont confiés à des rédacteurs particulièrement compétents, quelquefois même trop compétents, en ce sens qu'étant souvent eux-mêmes les auteurs de travaux importants sur la matière, ils peuvent juger avec moins d'impartialité les recherches de leurs contradicteurs. En tous cas, ce livre y gagne en intérêt, et nous voyons figurer dans la liste de la collaboration des noms déjà connus, associés à ceux de jeunes travailleurs dont l'érudition et l'esprit critique ne peuvent que gagner à cette association.

LA SALPÊTRIÈRE : SON HISTOIRE DE 1656 A 1790; SES ORIGINES ET SON FONCTIONNEMENT AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE, par M. le docteur Louis BOUCHER. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Intéressant travail se rattachant à l'histoire de la médecine, et dans lequel on trouve de nombreux documents authentiques permettant de reconstituer l'histoire de la Salpêtrière et de suivre les transformations successives qu'a subies cet établissement depuis sa fondation jusqu'en 1790, c'est-à-dire jusqu'à l'organisation nouvelle des hôpitaux. Dans un premier chapitre, l'auteur étudie les origines de la Salpêtrière, si intimement reliées à la fondation de l'Hôpital général, auquel la Salpêtrière, jusque-là consacrée aux manipulations du salpêtre, fut réunie sous la minorité de Louis XIV, après les troubles de la Fronde. Dans les chapitres suivants, M. Boucher traite de l'organisation de la Salpêtrière au dix-huitième siècle, du *renfermement* des pauvres, et de la Maison de force, où l'on était interné sur une simple lettre de cachet; enfin, du rôle des médecins attachés à l'hôpital, et du mode d'administration de cet établissement. Quatre planches hors texte, représentant les plans de la Salpêtrière à différentes époques, sont annexées à cet ouvrage, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux recherches historiques, dont l'ensemble constitue, en quelque sorte, les annales de la médecine.

ESSAI SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE, par le docteur A. DELPEUCH, ancien interne des hôpitaux.—Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'auteur distingue une forme tardive et une forme précoce de la péritonite tuberculeuse, différenciées par leurs causes, leurs symptômes et leur évolution : la forme tardive serait la plus fréquente, surtout chez l'homme. D'après M. Delpeuch, l'hérédité tuberculeuse et la scrofule constituent des milieux défavorables à

l'apparition de la maladie, tandis que les affections dites antagonistes de la phthisie pulmonaire seraient constatées fréquemment dans les antécédents des sujets atteints. Il pense que c'est à ces conditions spéciales de résistance de l'économie qu'en dépit de la survenance des causes communes de la tuberculose il faut attribuer l'immunité relative des poumons, de l'intestin et des muqueuses, surtout dans la forme précoce. Souvent un traumatisme, une inflammation péritonéale ancienne résultant d'une tumeur, de l'arthritisme, de l'alcoolisme, etc., permettent d'expliquer la localisation du processus tuberculeux; la tuberculose du péritoine est d'ailleurs primitive, et n'est pas la conséquence d'une tuberculisation antérieure des intestins ou des organes génitaux. La péritonite tuberculeuse, fréquemment accompagnée d'accidents semblables du côté des autres séreuses, se rapproche, par la nature et la marche de ses complications pulmonaires, et par l'ensemble des symptômes généraux, soit de la phthisie aiguë, soit de la phthisie fibreuse.

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée; pronostic et traitement, par le docteur A. Ducau. — Paris, 1883. O. Doin.

L'étude des formes cliniques de la tuberculose laryngée permet, d'après l'auteur, d'admettre trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. Dans la première, la généralisation des lésions, la congestion intense des tissus, les ulcérations multiples, le gonflement inflammatoire très accentué et la rapidité de la marche commandent un pronostic toujours fatal. Il reste presque aussi sombre dans la forme subaiguë, susceptible cependant d'améliorations passagères, et caractérisée surtout par son évolution, qui procède par poussées successives, coïncidant ou non avec les poussées pulmonaires, mais le plus souvent aggravées par elles. Bien que rare, la guérison est quelquefois obtenue dans la forme chronique, facilement reconnaissable au petit nombre et au peu d'étendue des lésions, siégeant en des points déterminés, à tendance stationnaire, et provoquant peu de réaction inflammatoire et des troubles fonctionnels peu accentués. Cette forme est dans tous les cas de longue durée. Le traitement général, auquel on devra avant tout recourir, aura pour adjuvants les révulsifs à la région antérieure du cou, et les topiques portés directement sur la muqueuse laryngée. Dans la forme inflammatoire, surtout dans les cas d'œdème très prononcé, il faudra s'abstenir de tout attouchement direct qui serait à la fois inutile et dangereux; les gargarismes et les pulvérisations seront seuls employés. Le séjour au bord de la mer, l'usage des sulfureux, *intus* et *extra*, seront rejetés d'une façon absolue; enfin la trachéotomie constituera une ressource ultime, mais précieuse, permettant de parer aux accidents de suffocation menaçante, et de prolonger l'existence.

Les galles utiles, par le docteur Beauvisage. Thèse d'agrégation (section d'histoire naturelle). — Paris, 1883. O. Doin.

Après avoir défini les galles : un néoplasme végétal provoqué par la piqûre d'un animal, plus particulièrement d'un insecte, et dont le développement ainsi que la vitalité sont intimement liés au développement et à la vitalité de l'animal ou des animaux qu'il renferme, l'auteur étudie les galles en général, leurs causes, les animaux qui les produisent, ceux qu'elles renferment et qu'il appelle les *locataires* des galles, enfin la structure de ces productions de pathologie végétale. Passant ensuite à l'étude des galles utiles, il les divise en *vraies galles*, produites par la piqûre des cynipides sur les chênes et les rosiers, et en *fausses galles*, produites par des pucerons sur les térébinthacées et les myrobalans; enfin il y joint deux espèces de galles trop peu connues jusqu'ici pour pouvoir être classées, celles des sauges et celles des tamarix. Les galles sont surtout utilisées, dans l'industrie et en médecine, à cause du tannin qu'elles renferment; elles constituent, comme le tannin, un précieux contrepoison dans les cas d'empoisonnement par les alcaloïdes, quels qu'ils soient, par le cuivre, le plomb, le tartre, les sels d'antimoine et les cantharides.

Traitement de la méningite des enfants, par le docteur Vovard (de Bordeaux). — Paris, 1883. O. Doin.

On trouve dans cette brochure neuf observations de guérison de méningite, chez l'enfant, par l'emploi de l'huile de *croton tiglium* en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé, et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce dernier médicament, dit l'auteur, est surtout utile en ce qu'il rend plus rapide et plus abondante la suppuration des pustules développées sur le cuir chevelu; c'est dans le même but de favoriser cette suppuration qu'il faut recouvrir le crâne de l'enfant, après les frictions d'huile de croton répétées trois jours de suite, avec des feuilles de poirée enduites de pommade au garou. Ce traitement permettrait d'obtenir fréquemment la guérison de la méningite simple et de la méningite que M. Vovard désigne sous le nom de *strumeuse;* la méningite tuberculeuse ne serait que très exceptionnellement curable. On devra prescrire comme traitement prophylactique, outre une bonne hygiène et le séjour au bord de la mer, l'usage de l'iodure de potassium et du chlorhydrate d'ammoniaque; M. Vovard paraît convaincu qu'un certain nombre d'enfants soumis à ce traitement auraient été fatalement atteints, sans cette précaution, de méningite simple ou strumeuse.

Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, par le docteur O. Maubrac, prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Paris, 1883. O. Doin.

Consciencieuse étude qui fixe nettement les insertions, le nombre de faisceaux, l'innervation et le rôle physiologique du sterno-cléido-mastoïdien. Ce muscle doit être considéré comme quadrijumeau de la tête, et se compose, en effet, de quatre faisceaux distincts : sterno-mastoïdien, sterno-occipital, cléido-occipital, cléido-mastoïdien; les trois premiers sont situés sur un plan superficiel, le quatrième est sur un plan plus profond. Tous les faisceaux du groupe sterno-cléido-mastoïdien sont innervés, chez l'homme, par des filets venus d'une anastomose entre le spinal et la troisième paire cervicale; en outre, le cléido-mastoïdien reçoit toujours des filets directs du spinal, et les autres faisceaux en reçoivent souvent de la troisième paire. M. Maubrac envisage surtout le rôle physiologique du groupe sterno-cléido-mastoïdien dans ses rapports avec la vision et la conservation de l'individu, auquel il permet d'embrasser du regard la presque totalité de l'horizon, ce que les yeux ne pourraient faire s'ils étaient réduits aux seuls déplacements que leur impriment leurs muscles moteurs.

Développement des cavités et des moyens d'union des articulations, par le docteur G. Variot, ancien interne des hôpitaux. Thèse d'agrégation (section d'anatomie et de physiologie). — Paris, 1883. O. Doin.

Dans un premier chapitre, l'auteur envisage l'apparition embryonnaire des cavités articulaires; il décrit les premiers rudiments des articulations représentées par les plans de juxtaposition des cartilages embryonnaires, qui sont d'abord continus, puis les modifications de la *bande articulaire*, jusqu'à la production de la fissuration, qui, chez l'homme, commence à se montrer vers le deuxième mois et demi, pour être à peu près terminée un mois plus tard. Dans les chapitres suivants, il étudie le mode de formation et de constitution des cartilages d'encroûtement et des fibro-cartilages, des ligaments périarticulaires et des membranes synoviales. Ces dernières ont été l'objet d'une attention toute spéciale, à cause de l'obscurité qui a régné jusqu'alors sur leur véritable nature et sur la place qui leur convient en anatomie générale : M. Variot arrive à cette conclusion, que l'embryologie est d'accord avec l'histologie pour séparer entièrement les synoviales des séreuses, et que la couche de revêtement doit être considérée comme une surface cartilagineuse de glissement. Ce travail renferme l'étude embryologique de presque toutes les articulations du corps humain, prises individuellement, d'après les recherches personnelles de l'auteur; trois planches gravées facilitent l'intelligence des descriptions minutieuses que réclame un semblable sujet.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par le docteur Bourneville, médecin de Bicêtre, et MM. Bonnaire et Wuillamié, internes des hôpitaux. — Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette brochure comprend un compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1881; un certain nombre d'observations d'idiotie ou d'imbécillité consécutives à la sclérose tubéreuse, à la méningo-encéphalite chronique et à la microcéphalie; une intéressante observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon, guéri par

l'hydrothérapie ; enfin trois observations d'épilepsie et de démence épileptique. Dans une dernière partie, se trouve relatée une épidémie de rougeole observée en 1881 dans le service des enfants épileptiques et idiots; les auteurs font ressortir l'influence de l'état de débilitation préexistante des petits malades de Bicêtre sur l'évolution et la gravité de la fièvre éruptive. A cet ouvrage sont annexées sept planches d'anatomie pathologique.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Chaire de pathologie médicale.* — Quelques journaux ont présenté inexactement les résultats des votes de la Faculté pour la présentation de trois candidats à la chaire de pathologie interne, devenue vacante par la permutation de M. Jaccoud, nommé à la chaire de clinique. Au *premier tour*, sur 38 votants, M. Damaschino a obtenu 28 suffrages; M. Lancereaux, 2. Au *second tour*, sur le même nombre de votants, M. Dieulafoy, 24; M. Lancereaux, 6. Au *troisième tour*, M. Grancher, 18; M. Duguet, 11.

— Par décret, M. Pajot, *professeur d'accouchements*, est nommé *professeur de clinique d'accouchements*, en remplacement de M. Depaul.

— M. Proust est de nouveau chargé de remplacer M. le professeur Bouchardat dans le service des examens pendant l'année 1884.

BANQUET DES ANCIENS ÉLÈVES DE STRASBOURG. — Le banquet annuel des anciens élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg aura lieu le vendredi 30 novembre, à 7 heures du soir, au restaurant Notta, 2, boulevard Poissonnière. Le prix du banquet est de 10 fr. Envoyer les adhésions à M. le docteur Thorens, 34, rue de Penthièvre.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'ESTOMAC. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur V. Audhoui a commencé ses leçons le jeudi 22 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3.

PRIX BROCA. — Le prix fondé par Mme Broca en faveur des études que la Société d'anthropologie poursuit, sera décerné pour la première fois en avril 1884. Les mémoires qui y concourent doivent être déposés avant le 31 décembre prochain.

Voici un extrait du règlement relatif à ce prix :

« Le prix Broca est destiné à récompenser le meilleur mémoire sur une question d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie. »

Art. 2 de son règlement. — Ce prix est de la valeur de 1500 francs.

Art. 3. — Les membres qui composent le comité central de la Société d'anthropologie sont seuls exclus du concours.

Art. 4. — Tous les mémoires manuscrits ou imprimés adressés à la Société peuvent prendre part au concours.

FACULTÉ DE LYON. — Un concours s'ouvrira le 19 mai 1884 pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

POPULATION DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'Assistance publique vient de faire dresser le relevé des lits que renferment les vingt et un hôpitaux de Paris. Voici ce tableau : Nouvel Hôtel-Dieu, 559 lits; Clinique d'accouchement, 130; Charité, 504; Pitié, 719; Lariboisière, 706; Saint-Antoine, 621 ; Tenon, 825; Necker, 418; Beaujon, 422; Cochin, 249; Laënnec, 628 ; Salpêtrière (aliénés), 720; Bicêtre (aliénés), 738; Hôpital des Enfants malades, 562; Enfants assistés, 685; Saint-Louis, 843; Hôpital du Midi, 336; Lourcine, 243; Maternité, 316; Maison Dubois, 351; Asile Sainte-Anne, 917. — Total, 11 292 lits.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Catteau (Philippe-Julien), au 129e régiment d'infanterie. — (Ancienneté.) M. Baillif (Louis), au 16e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Billet (Jacques-Victor), au 42e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de 2e classe : 1er tour (ancienneté). M. Lomüller (Marie-Victor), au 8e régiment d'artillerie. — 2e tour (ancienneté). M. Vaugy (Théophile), au 113e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Jacquey (Victor-Edmond), au 18e régiment d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. de Tastes (Marie-Maurice-Marcel), au 49e régiment d'infanterie.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Gynécologie opératoire.* — M. le docteur S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, commencera son cours le lundi 26 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 novembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 964, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 3. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 24; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 96; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 59; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 46e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu, pendant la semaine actuelle, notification de 964 décès (au lieu de 962 pendant la semaine précédente). La comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente fait ressortir les différences suivantes :

Fièvre typhoïde (38 décès); variole (3); rougeole (11); coqueluche (6); scarlatine (pas un seul décès depuis quatre semaines); diphthérie (43); bronchite aiguë des jeunes enfants (25); pneumonie (65); athrepsie (77).

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses, par M. le docteur Chandelux. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Les succédanés en thérapeutique. Étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina, quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine, par M. le docteur Jules Simon. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Développement du foie et du système porte abdominal, par M. le docteur Wertheime. In-8 avec figures dans le texte et une planche. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Du choléra asiatique. Histoire, étiologie, symptômes et traitement, par M. le docteur Wakefield. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement, par M. le docteur A. Ducau. In-8 de 170 pages avec figures. Paris, O. Doin. 4 fr.

Développement de la vessie, de la prostate et de l'urèthre, par M. le docteur Ch. Debierre. In-8 de 110 pages avec 10 figures. Paris, O. Doin. 3 fr.

De l'érythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hébra, par M. le docteur Paul Fabre (de Commentry). In-8 de 48 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Cours de physique professé à la Faculté de médecine de Paris, 1882-1883, par M. le professeur O. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours auxiliaire de physiologie. *Physiologie générale. Génération. Organes des sens.* 1 vol. petit in-4 de 250 pages (texte et dessins autographiés). Paris, O. Doin. 9 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 29 novembre 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DES LUXATIONS SUBITES AU COURS DES FIÈVRES GRAVES. — LES NOUVELLES ÉCOLES DE MÉDECINE MILITAIRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

Nous appelons tout particulièrement l'attention sur la très importante communication faite par M. Pasteur dans la dernière séance de l'Académie de médecine, et que nous résumons plus loin avec détails.

— Notre éminent confrère M. de Quatrefages a été élu membre de l'Académie dans la classe des associés libres.

Des luxations subites au cours des fièvres graves.

La classe peu connue des luxations pathologiques vient de s'enrichir d'une espèce nouvelle. M. Verneuil, dans une des récentes séances de la Société de chirurgie, a montré qu'au cours du rhumatisme aigu, les surfaces articulaires du genou et de la hanche pouvaient perdre subitement leurs rapports réciproques; sept observations personnelles et un fait de M. Marjolin lui ont permis de tracer une esquisse rapide de cette complication qu'aucun auteur ne semble avoir explicitement signalée. M. Lannelongue et M. Delens ont ajouté, le premier un cas, le second deux cas où la luxation était survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et après des accidents méningitiques. Du mémoire de M. Verneuil, des faits de MM. Delens et Lannelongue, et de la discussion qui s'est élevée au sein de la Société de chirurgie, se dégagent déjà quelques traits assez précis pour permettre de faire rapidement l'histoire de ces luxations.

I

Leur tableau clinique varie peu et nous nous contenterons de résumer brièvement les observations de M. Verneuil. Il nous cite d'abord le cas d'une fillette de dix ans, bien portante, sans trace de scrofule, qui fut prise de fièvre typhoïde,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Comment se font les légendes. — Un homme disséqué vivant ; plainte de la mère; enquête judiciaire ; ses résultats. — Tentative de meurtre sur un médecin ; une haine d'enfance. — Les Sociétés de bienfaisance en Allemagne. — M Esmarch et les Samarites. — Conférences de Hambourg sur l'idiotisme. — Les colonies et les asiles pour les épileptiques.

La légende relative à l'abbé Prévost vient d'avoir son pendant en Allemagne. On a répété longtemps que l'auteur de *Manon Lescaut*, tombé en léthargie pendant un voyage, revint à lui au moment où un chirurgien lui ouvrait la poitrine. Un journal qui s'intitule l'organe de la Société antivivisectionniste internationale a publié dans le cours de l'année un récit d'une fantaisie aussi lugubre; pour lui donner plus de vraisemblance il cita la localité et les noms. Cet excès de précision a eu son inconvénient, car il a permis de contrôler les faits. Le principal auteur du drame étant un médecin israélite, les antisémites faisaient chorus avec les protecteurs à outrance des lapins et des cobayes. Voici ce qu'on racontait : « Il y a huit ans environ, on fit, à Osnabrück, l'autopsie d'un ouvrier serrurier appelé Alexandre Steegman, lorsqu'il était encore vivant. Quand sa mère, une dame intelligente et respectable, veuve d'un médecin, vint pour le reconnaître, le cadavre horriblement mutilé baignait dans le sang. Elle adressa de sanglants reproches aux personnes qui se trouvaient là, déclara que c'était une indignité d'avoir traité de la sorte le fils d'un médecin.— Comment, c'était le fils d'un médecin? répondit l'assistant. — Quand c'eût été le fils d'un mendiant, vous n'auriez pas dû agir comme vous l'avez fait. » Plus tard, un vieux conseiller de santé entendit parler de la chose. « Il est fâcheux, dit-il, qu'on n'ait pas poursuivi celui qui avait fait l'autopsie. il eût été sûrement condamné à servir une pension viagère à la veuve et à l'en-

en juillet 1883; au cours de la convalescence survient une attaque de rhumatisme d'abord généralisée, mais qui se localise bientôt au pied, au genou et à la hanche gauche. La fièvre est vive, les douleurs intolérables et le membre prend une attitude vicieuse. Au douzième jour les souffrances s'apaisent tout à coup et le médecin constate un raccourcissement considérable de la jambe malade.

M. Verneuil est appelé en consultation : il trouve le membre dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. La situation relative de l'épine iliaque et du grand trochanter permet d'affirmer que la tête du fémur s'est luxée dans la fosse iliaque externe. Six jours après l'époque présumée de la luxation, on administre le chloroforme et l'on acquiert la preuve matérielle du déplacement en faisant saillir la tête fémorale sous les muscles fessiers. La réduction s'opère facilement et l'enfant es t placé dans une gouttière de Bonnet.

Le premier cas observé par M. Verneuil remonte à 1845. Lors de son internat dans le service de Lisfranc, il fut consulté par une jeune femme pour des douleurs articulaires provoquées par un refroidissement; les souffrances se localisèrent bientôt dans la hanche droite. Au quinzième jour, malgré un énergique traitement, les accidents n'avaient rien perdu de leur intensité, lorsque tout à coup les souffrances disparaissent. La malade veut quitter le lit, mais la claudication n'avait fait que s'accroître. Il existait une déformation caractéristique de la région, et plus tard la tête fémorale fut distinctement sentie sous les muscles atrophiés.

Nous laisserons de côté un fait analogue recueilli l'année suivante dans le service de Bazin, et où la réduction, cette fois encore, ne fut pas tentée. Nous ne parlerons non plus ni d'un cas de Marjolin, ni des cas de Delens où le déplacement se manifesta l'un à la suite d'une méningite, l'autre dans le cours d'une fièvre typhoïde. Mais nous résumerons encore les deux observations suivantes de Verneuil.

Un jeune homme de vingt ans entre à l'hôpital pour une arthrite coxo-fémorale, vestige d'un rhumatisme généralisé. Un jour, la douleur disparaît tout à coup, mais le membre inférieur devient impotent, et l'on constate une luxation des plus évidentes. Le chloroforme est administré, la réduction s'opère sans peine, les deux jambes redeviennent parallèles et, après un séjour suffisamment prolongé dans la gouttière, la guérison est complète.

Enfin, comme dernier fait de luxation subite de la hanche, M. Verneuil nous cite le cas d'un enfant de cinq ans chez qui, à la suite d'une fièvre éruptive, survint un rhumatisme articulaire. La hanche est le siège d'une douleur très violente ; mais ici encore, comme dans le cas précédent, les souffrances s'apaisent soudain, tandis que l'attitude vicieuse s'exagère. Le raccourcissement est considérable et un examen attentif révèle la présence dans la fosse iliaque de la tête fémorale. On réduit sous le chloroforme, on met le malade dans la gouttière de Bonnet et les deux membres reprennent leur longueur primitive.

Des deux cas de luxation du genou, le premier fut observé à l'hôpital de Lariboisière sur une jeune fille de robuste constitution, chez laquelle un rhumatisme généralisé se localisa bientôt dans les deux articulations fémoro-tibiales, mais surtout dans la gauche. La jambe était fléchie ; on crut ne pas avoir besoin de recourir à l'immobilisation dans une bonne attitude. Une nuit, un soubresaut, suivi d'une contraction musculaire énergique, provoque une subluxation caractérisée par une saillie considérable des condyles et de la rotule. La malade est endormie, la réduction du déplacement obtenue et après un séjour prolongé au lit, dans un appareil inamovible, la jeune femme peut quitter l'hôpital à peu près guérie.

La dernière observation date de 1882. Une journalière de cinquante et un ans entre à l'hôpital pour une plaie de la cuisse gauche, une contusion du genou et une fracture sus-malléolaire compliquée. Après deux mois de soins, et comme la blessée allait sortir guérie, elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, qui se localisa bientôt au genou gauche ; le membre est fléchi et la jambe est à angle droit sur la cuisse. Tout à coup, pendant la nuit, la jointure se déforme et le lendemain, lors de la visite, on constate une subluxation que l'on réduit sous le chloroforme. La réduction est facile, mais non moins facile la reproduction du déplacement. Aussi le membre est-il étroitement fixé dans une gouttière.

Au bout de quelques jours l'indolence est complète, on pose néanmoins un nouvel appareil inamovible, que l'on enlève au bout de six semaines. Malheureusement un élève « ankylophobe » veut faire exécuter des mouvements pour combattre la raideur, et la luxation se reproduit. Nouvelle réduction, mais après quelques jours la luxation reparaît. M. Verneuil, au retour des vacances, essaye en vain de réduire et ne peut y parvenir, malgré des tentatives nombreuses et variées. Aussi se décide-t-il, bien que l'âge de la malade lui parût peu favorable, à pratiquer la résection Mais une suppuration profuse s'établit, puis des accidents de septicémie chronique que l'amputation ne parvint pas à conjurer.

---

fant du défunt. » Le vertueux journal ajoutait sous forme de moralité : « On voit par là où peut conduire la vivisection. » La conclusion est hardie, on ne s'explique trop quels rapports même lointains peuvent exister entre l'expérimentation et un homicide involontaire accompli dans ces conditions. Les antivivisectionnistes n'y regardent pas de si près ; la croisade qu'ils entreprennent, toute sentimentale et mystique, n'a rien à voir avec les procédés de la logique vulgaire. Un médecin, qui fait une dissection d'homme vivant, une mère éplorée maudissant les bourreaux de son fils, c'est là un thème superbe pour rédiger une narration capable de faire dresser les cheveux sur la tête aux bonnes âmes dont le *credo quia absurdum* règle toujours la foi en ce qui touche à l'horrible. Il est dangereux parfois de répandre dans le public de pareils récits; on a vu de nos jours leur conséquence pour les Israélites en Russie et en Hongrie. La réponse à l'article en question ne s'est pas fait attendre. Le docteur Rigler, ayant entrepris une recherche soigneuse à Osnabrück, s'est aperçu dès les premiers pas que tout était faux. Il y avait bien eu, en 1874, une plainte à propos d'une autopsie, mais l'enquête à laquelle elle aboutit fut suivie d'une ordonnance de non-lieu. La vérité la voici : Steegman était entré à l'hôpital, le 30 septembre, dans un état si grave, qu'il fut impossible de faire un diagnostic précis ; il était épuisé au dernier point, comme à la période ultime de la phthisie ; ce malheureux mourut le surlendemain. A l'autopsie on trouva une insuffisance avec rétrécissement mitral et hypertrophie du ventricule gauche du cœur; la cause immédiate de la mort était l'œdème pulmonaire. Personne ne protesta contre ce qui s'était passé; toutefois des bruits malveillants circulèrent dans la ville; la femme du malade, se faisant passer pour sa sœur, vint trouver le médecin assistant du service et lui demanda s'il était vrai qu'on eût disséqué son frère comme on le disait. « On a fait simplement l'autopsie, répondit-il, et pour vous, fille de médecin, ni le mot ni la chose n'ont rien d'effrayant. » Cette personne parut satisfaite ; sa

II

On le voit, les caractères des luxations subites sont des plus nets et l'on peut les résumer en quelques mots : au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, une jointure devient particulièrement malade, plus tendue, plus gonflée, plus douloureuse. Tout à coup les souffrances s'apaisent, les accidents semblent se dissiper, on croirait la guérison prochaine, mais le chirurgien constate une attitude vicieuse du membre, un raccourcissement, une déformation, enfin tous les signes d'un déplacement des os. Si l'on pratique la réduction, elle s'effectue tout comme dans les disjonctions traumatiques, et la guérison s'obtient dans les délais habituels.

Ces luxations diffèrent essentiellement des disjonctions traumatiques et des déplacements pathologiques décrits jusqu'à ce jour : si les premières sont subites, elles réclament du moins l'intervention d'une violence extérieure considérable ou d'une contraction musculaire exagérée qui ne se rencontre pas dans nos cas; si les seconds surviennent au cours d'une maladie, ils se font lentement, sans déformation appréciable des surfaces articulaires, sans destruction des ligaments, et leur guérison ne nécessite pas une thérapeutique patiente et délicate : la réduction rapide et un appareil inamovible y suffisent.

Nous avons, en tout, onze cas de luxations subites; neuf ont eu pour siège la hanche et deux ont affecté le genou : huit sont survenues au cours d'un rhumatisme aigu, deux pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, une à la suite d'une méningite traumatique. Ce n'est point seulement une affection du jeune âge et si, dans huit des onze faits, les malades avaient de cinq à vingt ans, M. Verneuil cite un cas de luxation chez un homme de trente ans et un autre chez une femme de cinquante ans.

On eût, il y a quelque quarante ans, trouvé une théorie toute faite pour expliquer ces luxations subites. Parise, précédé d'ailleurs par Lesauvage, attribue, après Hippocrate et J.-L. Petit, la production de certains déplacements dans la coxalgie au développement d'une hydarthrose. Ne pourrait-on pas aussi, dans les disjonctions soudaines au cours du rhumatisme, incriminer un épanchement aigu, qui séparerait d'abord les deux surfaces articulaires, puis distendrait et relâcherait les ligaments incapables désormais de retenir au contact les extrémités osseuses? M. Verneuil, lors de ses premières observations, accepta cette pathogénie.

Mais des objections ont surgi qui ne permettent guère d'accepter la vieille explication d'Hippocrate : d'abord le corps du délit, l'hydarthrose, n'a été observé que rarement et dans des cas spéciaux, au cours d'arthrite chronique avec des altérations des surfaces articulaires qui auraient pu, à elles seules, déterminer la luxation. Certainement, dans ces cas, l'épanchement séreux était abondant, mais rien ne prouvait qu'il fût primitif et qu'il eût provoqué la disjonction de la jointure. Pour que ces faits présentent une valeur réelle, il faudrait observer d'abord l'hydarthrose et voir, sous l'effort du liquide, les extrémités osseuses s'abandonner.

Or il n'en est rien; certes il ne faudrait pas être aussi affirmatif pour la hanche, dont les surfaces articulaires sont trop profondes et recouvertes par des muscles trop épais pour constater, dans les cas de luxations subites, l'absence ou la présence du liquide. Mais M. Verneuil, dans deux déplacements du genou, où la jointure est pour ainsi dire à fleur de peau, a pu, par de faciles explorations, apprécier l'importance de l'épanchement. Or, dans ces cas, la synoviale était médiocrement distendue et l'hydarthrose à peu près négligeable.

D'ailleurs admettons un instant l'existence de l'hydarthrose. Nous expliquerait-elle le déplacement subit des extrémités osseuses? On a montré déjà que cette théorie est bien précaire pour les luxations coxo-fémorales : le liquide, accumulé dans la capsule, au lieu de séparer la tête de son cotyle, la refoulerait au contraire dans la cavité et s'opposerait à la disjonction. Pour que la sérosité puisse s'insinuer, il faudrait une altération préalable, une destruction partielle des surfaces articulaires qui, à elles seules, justifieraient la luxation sans qu'il fût besoin d'invoquer l'hydarthrose.

Et puis cette hypothèse, si attaquable déjà au point de vue clinique, satisfait bien peu notre esprit : il faut une force active pour produire un déplacement. Dans les luxations traumatiques, la violence extérieure se charge de disjoindre les surfaces articulaires et de changer leurs rapports réciproques; dans les luxations pathologiques il en est souvent de même, seulement le moindre effort y suffit, parce que les extrémités érodées que ne maintiennent plus les ligaments détruits, s'abandonnent facilement. Mais dans les luxations subites où les os sont intacts — la rapidité de la guérison le prouve — quelle est la force qui peut tout à coup provoquer la dislocation de la jointure?

Cette force ne peut être que la contraction musculaire. Encore, comme dans nos luxations subites, survenues au lit, au cours d'une fièvre grave, d'énergiques contractions ne

---

belle-mère ne le fut pas; le 9 novembre elle adressait au procureur du roi (Landrostei) une dénonciation rédigée avec une certaine habileté.

L'accusation fondamentale n'était formulée qu'à la fin, subsidiairement pour ainsi dire; elle visait l'Administration hospitalière, qui aurait refusé l'entrée de l'établissement à la mère du défunt; l'assistant, qui aurait commencé l'autopsie trois heures après la mort; les garçons d'amphithéâtre. « Je ne saurais m'empêcher de penser, disait la plaignante, que mon fils, resté sans manger depuis trois ou quatre jours, n'était qu'en léthargie, et qu'il est mort sous le scapel; cela est d'autant plus probable, qu'il coula pendant l'ouverture du corps des flots de sang clair et fluide. » Il résulta, de l'enquête faite par le magistrat compétent, que pas un des faits allégués n'était exact; l'entrée de l'établissement aux heures réglementaires n'avait été refusée à personne; la nécropsie avait eu lieu au bout de vingt-quatre heures; le cadavre avait été traité avec tout le respect compatible avec l'opération; les personnes mêmes dont le témoignage était invoqué par Mme Steegman l'affirmaient, il n'y avait donc pas lieu de donner suite à sa plainte.

C'est égal, il est douteux que le dernier mot reste à la réalité; on trouvera certainement un beau jour, dans un recueil d'histoires merveilleuses, celle du pauvre serrurier qu'un médecin barbare dépeça tout vif.

— Le numéro du journal auquel nous empruntons ce récit en renferme un autre beaucoup plus triste parce qu'il est vrai. Une tentative d'assassinat accomplie dans des circonstances inexplicables a eu lieu sur la personne du docteur Stephan, médecin à Dargun dans le Mecklembourg. Le 28 septembre dernier, à sept heures du matin, un individu appelé Bremer se présente chez lui et demande avec insistance à le voir. Quelques minutes après, le docteur le rejoignit dans le salon. Mme Stephan, restée dans sa chambre, entendit

sont guère admissibles, il est évident que certaines conditions sont nécessaires pour expliquer le déplacement. Dans les conditions habituelles, les muscles qui entourent une articulation se font à peu près équilibre, les extenseurs et les fléchisseurs, les abducteurs et les adducteurs ont une puissance à peu près équivalente, et lorsqu'un de ces groupes entre en action, le groupe antagoniste lui résiste et s'oppose d'ordinaire à des mouvements trop étendus. Mais qu'un de ces groupes disparaisse ou soit annihilé, le groupe antagoniste sans contrepoids peut provoquer des désordres articulaires sans qu'il lui soit besoin de déployer une énergie exceptionnelle.

Donc, puisqu'avec M. Verneuil nous considérons l'hydarthrose, — à supposer qu'elle existe toujours — comme capable tout au plus de ramollir, de distendre les ligaments et de prédisposer à la luxation sans pouvoir cependant la déterminer à elle seule, il nous faut rechercher maintenant si les muscles provoquent en réalité la disjonction et quelles conditions particulières permettent à un groupe de déterminer le déplacement sans qu'une contraction très énergique soit nécessaire.

III

On n'a guère étudié qu'à notre époque les altérations que l'inflammation provoque dans les muscles péri-articulaires. On avait bien constaté l'atrophie consécutive aux arthrites, mais on la croyait très tardive; on la mettait sur le compte de l'amaigrissement et de l'immobilité prolongée du membre malade. Cependant John Hunter remarque « qu'une entorse trouble plus les fonctions des muscles voisins que ne le ferait une lésion s'adressant aux muscles eux-mêmes ». Et il explique alors l'atrophie et la perte de vigueur « par une sorte de conscience fort ressemblante au discernement de la raison humaine » : les muscles ne se contractent plus, parce qu'ils savent que les parties malades ne peuvent obéir aux actions musculaires.

Mais ces notions devaient être perdues, et Bonnet lui-même, dans son *Traité des maladies des articulations*, mentionne à peine l'atrophie. Il faut arriver à 1864 pour trouver un fait nouveau. Beziel, élève de Gubler, montre que le rhumatisme articulaire aigu provoque un amaigrissement rapide, une véritable fonte du système musculaire. Mais, ajoute-t-il, tous les muscles sont atteints à la fois dès le début de la maladie, et non successivement et à l'exclusion des uns des autres pour une même région. Nous verrons les réserves qu'il faudra faire sur ce point. L'auteur admet cependant que l'atrophie est beaucoup plus marquée au voisinage des articulations enflammées.

En 1869, M. Verneuil, dans la thèse d'agrégation d'A. Ollivier, dit avoir constaté une atrophie considérable de certains muscles à la suite des maladies articulaires. Mais tous les groupes ne sont pas également atteints. Partout les extenseurs payent le premier et le plus lourd tribut : à l'épaule, c'est le deltoïde; à la hanche, le grand fessier; au genou, le triceps crural. Muron examine le fragment d'un de ces muscles dégénérés et trouve que les fibres, de dimensions normales, n'ont plus leurs stries longitudinales et transversales et qu'on y rencontre des granulations abondantes de nature protéique. Aux observations de Verneuil, Ollivier ajoute celles de Duchenne (de Boulogne), qui prononce le mot « d'atrophie réflexe liée à l'affection articulaire ».

Malgré ces constatations fort nettes, ces ébauches même de description tentées par Verneuil, Ollivier et Duchenne (de Boulogne), on peut dire que M. Le Fort a rendu sienne cette question par l'étude sérieuse qu'il en a faite et son insistance pour la vulgariser. C'est ainsi qu'en 1871 il appela l'attention de la Société de chirurgie sur l'efficacité de l'électricité galvanique dans le cas de paralysie rapide et d'atrophie des muscles consécutives aux entorses. Il cite le cas d'un garçon de dix-huit ans qui, douze jours après une violence au niveau du poignet, avait déjà une atrophie et une paralysie de la masse postérieure musculaire de l'avant-bras.

En 1876, il revient encore sur ce sujet, il insiste « sur les paralysies musculaires avec atrophie, qui surviennent rapidement à la suite d'un grand nombre de lésions siégeant dans les articulations ou près des articulations. Cette paralysie des plus fréquentes, mais jusqu'alors inconnue et non traitée, nous dit-il, est guérie rapidement par l'usage des courants continus faibles. Il cite l'observation d'un malade qui, à la suite d'une légère arthrite, présentait, au bout de huit jours, une atrophie du deltoïde telle, qu'un médecin crut à une luxation. Le traitement électrique ne tarda pas à amener la guérison complète. A ce propos, M. Verneuil rappelle, entre autres faits, que deux ans avant il avait constaté « chez un de nos distingués collègues de Lyon, une paralysie du triceps au cours d'une hydarthrose du genou. Dès la deuxième séance de faradisation, il y avait déjà une amélioration notable.

Enfin, en 1877, M. Le Fort inspire à son élève Vallat une excellente thèse sur l'atrophie musculaire consécutive aux

---

une conversation animée, presque une dispute, puis plusieurs coups de revolver; elle se précipita dans le cabinet de son mari. Il avait la face et la poitrine couvertes de sang; une balle avait traversé le bras gauche; une autre, entrée par la bouche, avait fracturé un des os du nez et s'était arrêtée dans la région de l'orbite. Le meurtrier, qui s'était réfugié dans le salon, profita de l'émotion du moment, il s'assit dans un fauteuil et se logea trois balles dans la poitrine; la mort fut instantanée. Ce suicide met fin à toute action judiciaire; il n'est guère probable d'ailleurs que l'état psychique de Bremer fût satisfaisant; il connaissait depuis longtemps le docteur Stephan dont il avait été le condisciple au gymnase de Rostock; les seuls griefs qu'il eût contre lui remontaient à ce temps; jamais il n'avait eu l'occasion de le rencontrer, jamais son ancien camarade ne lui avait barré la voie. Bremer avait, dit-on, une méchante nature; envieux à l'excès, il éprouvait un malaise qu'il n'essayait pas de cacher à chaque succès scolaire de Stephan; le triomphe de celui-ci à l'examen de maturité fut pour lui un véritable crève-cœur.

Après sa sortie du gymnase le meurtrier avait essayé un peu de tout et il avait échoué partout, laissé partout de tristes souvenirs. Tour à tour comédien, employé de commerce, homme de lettres, il finit par s'engager, et dans ces derniers temps il avait atteint dans le 90e régiment d'infanterie un grade correspondant à ce que nous appellerions en France élève fourrier (*zahlmeister-aspirant*). Au commencement de septembre il fut cassé pour falsification de pièces. La feuille qui rapporte ce fait croit qu'en attentant aux jours de son ancien condisciple il a obéi à sa haine passée. C'est peu vraisemblable : les amitiés de collège, a-t-on dit, sont des amitiés qui ne durent guère. Les haines heureusement durent moins encore, et il y a tout lieu de croire qu'un individu capable de commettre un meurtre sans autre mobile connu, est plutôt un aliéné qu'un criminel.

— Des congrès et réunions de Sociétés philanthropiques de toute nature ont eu lieu un peu partout dans le cours

maladies des articulations. Ce travail, remarquable par son extrême clarté, le nombre, le choix et la parfaite ordonnance des faits sur lesquels s'appuie la démonstration, nous montre « que la plupart des affections des jointures retentissent énergiquement sur la nutrition du système musculaire; l'atrophie et la paralysie surviennent dès les premiers jours et se produisent très vraisemblablement par le même mécanisme que les phénomènes dits réflexes. Les altérations n'atteignent pas indistinctement tous les muscles, mais choisissent de préférence certains groupes, toujours les mêmes pour une même articulation.

L'atrophie persiste d'ordinaire; elle se substitue à l'arthrite et constitue dès lors le seul obstacle au rétablissement des mouvements. Sa durée est en général fort longue et elle n'a que peu de tendance à la guérison. Sous l'influence de l'exercice, elle peut bien s'atténuer et disparaître, mais cette heureuse terminaison est rare, toujours tardive et le plus souvent incomplète. Il faut avoir recours à l'emploi des courants continus faibles et permanents combinés aux courants faradiques: comme l'a montré M. Le Fort, ils peuvent facilement et rapidement guérir les lésions atrophiques.

IV

Cette longue digression n'était peut-être pas inutile, car la thèse de M. Valtat nous a semblé parfois plus citée que lue. En tous cas, nous sommes maintenant en mesure de donner, avec M. Verneuil, une pathogénie rationnelle des luxations soudaines survenues, sans violence appréciable, au cours du rhumatisme aigu et dans les arthrites des fièvres graves.

Que se passe-t-il, en effet, au niveau du genou que nous prendrons pour exemple? Dès qu'apparaît l'inflammation, le muscle tend à prendre une attitude vicieuse; une flexion survient qui s'exagère de plus en plus et qui ne tarde pas à se rapprocher de l'angle droit. Les muscles fléchisseurs, le biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le couturier dont les insertions sont désormais presque perpendiculaires aux leviers osseux qu'ils doivent mouvoir, acquièrent alors une grande puissance; les muscles sont d'ailleurs intacts; ils ne sont ni paralysés ni atrophiés, puisque les lésions articulaires n'ont retenti que sur l'extenseur, le triceps maintenant incapable de faire contrepoids à l'action devenue prépondérante des fléchisseurs. Que ceux-ci se contractent avec une certaine énergie — et ces contractions sont fréquentes dans le sommeil des fiévreux — la luxation est évidemment imminente. Tout alors conspire pour la faciliter.

N'est-ce pas là toute l'histoire de cette jeune fille dont nous parle M. Verneuil et qui, après une atteinte de rhumatisme aigu généralisé, voit l'arthrite se localiser surtout dans le genou gauche? Le membre se fléchit. Or, une nuit, tout à coup, « à la suite d'un soubresaut et d'une contraction musculaire énergique, une subluxation se produit, caractérisée par la proéminence considérable des deux condyles et de la rotule, avec glissement du plateau tibial en arrière. Les ligaments, très relâchés, permettent de disloquer et de replacer les os avec la plus grande aisance. » Bien qu'en pareil cas M. Verneuil n'ait pas recherché quel était l'état du triceps, on peut affirmer l'existence d'une atrophie qui ne manque jamais dans les arthrites du genou.

Même processus pour la luxation subite de la hanche: les muscles fessiers et pelvi-trochantériens se paralysent les premiers au cours des arthrites coxo-fémorales; les adducteurs et les fléchisseurs conservent leur action, rendue plus puissante par l'attitude vicieuse prise par le membre. La tête du fémur vient, en arrière, affleurer la capsule sans résistance depuis que la sangle musculaire qui la fortifie d'habitude a perdu sa tonicité. On comprend sans peine que, malgré l'absence de lésion osseuse primitive, les surfaces articulaires puissent alors se disjoindre par la contraction du psoas, des adducteurs et du couturier sans antagonistes pour contre-balancer leurs efforts.

Ne connaissons-nous pas d'ailleurs une luxation pathologique, dont le mécanisme aujourd'hui bien connu est absolument identique? M. Verneuil a depuis longtemps démontré l'existence de déplacements particuliers consécutifs aux paralysies infantiles. A la hanche, elles frappent d'ordinaire les fessiers et les pelvi-trochantériens, seuls atteints par le processus atrophique; les muscles perdent leur tonicité; les adducteurs et les fléchisseurs, sans contrepoids, attirent en haut et en arrière la tête du fémur, qui refoule peu à peu la capsule et vient définitivement se loger dans la fosse iliaque externe. Ici, mais moins que dans des luxations subites des fièvres graves, le diagnostic n'est pas douteux, car après la paralysie vient l'atrophie des muscles et rien n'est alors plus facile que de sentir, presque sous les téguments, les surfaces articulaires déplacées.

Telle est la pathogénie qu'invoque M. Verneuil pour expliquer les luxations subites au cours du rhumatisme articulaire. Elle nous paraît fort raisonnable, et nous con-

---

du dernier mois. Le 12 août, le professeur Esmarch présidait, dans la salle d'opération de la Clinique, la distribution des certificats aux personnes qui avaient suivi régulièrement les cours d'instruction à l'usage des Samarites. Cette institution, dont on n'a pu apprécier encore les services, est une sorte de Société de secours aux blessés civils. Nous avons vu dans une de nos chroniques les objections qu'on lui a faites; le savant chirurgien a essayé de les réfuter ou plutôt de leur ôter toute raison d'être dès le début. Il s'est efforcé de tracer aux élèves les limites précises de leur rôle. « Vous n'avez point, leur a-t-il dit, à soigner les indigents, à empiéter sur les attributions des médecins. En cas d'accident, partez les premiers et hâtez-vous d'aller les chercher, telle est exclusivement votre tâche. » M. Esmarch avait d'ailleurs défendu les Samarites dans une conférence faite à l'exposition d'hygiène et de sauvetage de Berlin; il a rédigé un catéchisme à leur usage. Le but est louable; l'atteindra-t-on? C'est ce que l'expérience apprendra.

Presque au même moment la situation des idiots et des épileptiques était soigneusement étudiée à Hambourg et à Berlin. Dans la première ville, les conférences ont été faites à différents points de vue. Le pasteur Falk, de Rotenburg (Würtemberg), a beaucoup parlé des idiots délinquants ou criminels, de la situation qui leur est faite devant les tribunaux; puis M. Barthold a repris la question en théologien et, s'étant demandé si on pouvait leur administrer les sacrements, il a conclu par la négative; le docteur Kind (de Langenhagen) a étudié les rapports entre l'idiotie et l'alcoolisme des parents; les sujets traités ne présentent rien de bien nouveau pour nous; il serait pourtant intéressant de voir en détail comment un pasteur comprend une question médico-légale, et sur quel criterium on s'appuie pour conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité.

Les travaux du Congrès de Berlin pour le soin des pauvres ont un caractère plus pratique; on a dit d'excellentes choses à propos de l'éducation et de l'hospitalisation des épilep-

clurons avec lui : Lorsque le hasard réunit au niveau d'une même jointure : 1° une attitude vicieuse qui favorise l'action d'un certain groupe musculaire ; 2° l'atrophie et la paralysie du groupe musculaire antagoniste ; 3° la perte de résistance des ligaments, il y a chance de voir se produire un déplacement dont la rareté relative s'explique d'ailleurs par la multiplicité des conditions pathologiques nécessaires.

V

Le traitement des luxations subites découle naturellement de leur pathogénie : d'habitude, au cours du rhumatisme articulaire, le médecin compte sur une résolution rapide des accidents inflammatoires et se préoccupe peu d'une attitude vicieuse qu'il suppose passagère. Les observations de M. Verneuil prouvent l'inconvénient d'une telle pratique. Puisque la flexion du genou et de la hanche est une des conditions essentielles du déplacement, il faut donc — et ceci est une des premières règles qu'on doit poser — ne pas se départir pour le rhumatisme aigu, de la loi qui régit les arthrites ordinaires. Le membre sera immobilisé dans une bonne attitude.

Si cette précaution n'a pas été prise et si la luxation se produit, on endormira le malade, et la réduction sera pratiquée selon les règles ordinaires. Nous avons vu, dans les cas observés en 1845 et 1846, cette réduction n'avoir pas été tentée pour les malades de Lisfranc et de Bazin ; une claudication invétérée en fut la conséquence. Dans tous les faits subséquents, au contraire, les surfaces articulaires ont été remises en contact et la guérison a été obtenue sans encombre, à peu près dans un temps égal à celui que nécessitent les luxations traumatiques. Une seule fois, avons-nous vu, on a eu à déplorer un désastre, mais les manœuvres intempestives d'un « ankylophobe » en furent seules responsables.

Mais nous savons qu'il existe en outre une atrophie plus ou moins profonde d'un groupe de muscles, et l'expérience, prouve que cette atrophie n'a guère de tendance à la guérison spontanée. Aussi, malgré l'appareil inamovible, malgré l'immobilité complète imposée à la jointure luxée, même malgré le massage et les douches sur les parties malades, le membre pourrait-il rester impotent par insuffisance de la contraction musculaire. Nous pensons donc qu'il sera toujours utile de combattre l'atrophie et la paralysie. Le traitement préconisé par M. Le Fort répond à cette indication, et l'on aura recours à l'emploi des courants continus faibles et permanents, combinés à la faradisation.

Donc, dès que l'arthrite sera devenue chronique, on devra appliquer les courants continus descendants : M. Le Fort se sert des piles Callot-Trouvé au nombre de deux à trois, rarement quatre. Les fils conducteurs sont entourés de gutta-percha et se terminent par des électrodes en étain plus malléable que le cuivre et qui se prête mieux à la forme des parties qu'ils recouvrent. On les enveloppe d'une peau de chamois pour éviter les eschares. Dans les premiers temps, et pour les atrophies graves, on les laissera en place nuit et jour. Mais bientôt l'application nocturne sera suffisante. Très rapidement d'habitude, on constate une amélioration marquée, et dans les cas de gravité moyenne, la guérison est obtenue dans des limites qui oscillent entre deux semaines et un mois.

Paul RECLUS.

Les nouvelles Écoles de médecine militaire.

Nous avons si longuement exposé les motifs qui nous font considérer comme une nécessité la création d'une ou de plusieurs Écoles de médecine militaire qu'il nous paraissait inutile de revenir sur cette question, même après le vote de la Commission du budget, qui vient de refuser les crédits demandés par l'administration de la guerre. Nous ne saurions toutefois laisser sans réponse un article très autorisé que vient d'écrire à ce propos notre distingué confrère, le docteur J. Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1883, p. 481), et, d'autre part, nous croyons savoir que les conclusions du rapport de l'honorable M. Margaine ne seront pas adoptées par la Chambre sans susciter de sérieuses objections. Il nous semble donc intéressant de montrer une fois de plus ce que devient le recrutement et par conséquent ce que sera l'avenir du Corps de santé si l'on n'intervient pas, dès aujourd'hui, pour remédier à une situation des plus difficiles.

Dans son rapport, déposé le 8 novembre dernier, M. Margaine déclare que la Commission du budget n'a pas approuvé la création des Écoles préparatoires de médecine militaire pour des raisons de forme et pour des raisons de fond. Les raisons de forme sont, dit-il, d'une importance secondaire. Le ministre aurait dû consulter le Parlement avant d'engager, par un simple décret, les finances de l'Etat. Nous reconnaissons qu'il y a eu maladresse ; mais puisque la Commission affirme « qu'elle aurait pu ne pas s'arrêter à ce vice de forme si n'avaient prévalu dans son sein des

---

tiques. Le docteur Pelmann (de Grafenberg), qui a été chargé de faire un rapport sur le sujet, l'a traité avec une rare compétence. En Prusse, il y a plus de 40000 épileptiques, et la plupart d'entre eux ne sont reçus dans les asiles que quand ils sont idiots ou aliénés ; il y a quelques années à peine on ne trouvait dans toute l'Allemagne que deux établissements destinés à ces malades : l'un à Königswartha, en Saxe, l'autre à Bielefeld. Le dernier surtout a rendu d'importants services de 1866 à 1882.

695 malades ont été soignés, parmi lesquels beaucoup de gens absolument hors d'état de donner la moindre rétribution, et cependant la colonie de Bielefeld est un établissement privé fondé par une communauté protestante et soutenu par des dons volontaires. Depuis lors le nombre des asiles a augmenté ; c'est heureux, les épileptiques, déjà faibles d'esprit et rapprochés, comme la chose arrive trop souvent, d'idiots et d'aliénés, le deviennent très vite eux-mêmes. L'auteur voudrait pour eux des écoles spéciales, un mode de travail particulier des colonies agricoles, destinées exclusivement à ces malades et dirigées par un médecin.

L. THOMAS.

LA TRICHINOSE EN ALLEMAGNE. — Dans plusieurs localités de la province de Saxe, la trichinose s'est produite d'une manière inquiétante. A Emersleben, on compte 183 personnes atteintes de cette maladie ; à Deesdorf, 80 ; à Nienhagen, 57 ; à Crottorf, 50 ; un certain nombre de cas ont été en outre signalés à Grœningen, Klein-Grœningen, Quenstedt, Schwanstedt et Wegleben. Les décès s'élèvent jusqu'à présent à 6, mais 30 à 40 malades sont à toute extrémité. La misère est grande ; des familles entières sont alitées, et leurs parents ou leurs connaissances ont dû emmener les bestiaux qui allaient périr faute de nourriture. Une enquête judiciaire est ouverte. (*Lyon médical.*)

raisons de fond pour le rejet de la proposition », nous devons nous borner à examiner les motifs invoqués par le rapporteur. Or celui-ci déclare : 1° que le mode de recrutement actuel des médecins militaires fournit chaque année à l'armée un contingent suffisant de médecins aides-majors ; 2° que le nombre des démissions ne sera point diminué, mais qu'il s'accroîtra, au contraire, par la création d'Écoles préparatoires soumises à un régime militaire ; 3° que l'on peut trouver parmi les médecins de réserve un nombre suffisant d'officiers chargés d'assurer, en temps de guerre, le service médical de l'armée. Examinons très rapidement ces allégations.

Quels que doivent être dans l'avenir les cadres du Corps de santé, il est aisé de démontrer que, pour le moment, c'est-à-dire avec des cadres reconnus insuffisants pour faire face à toutes les nécessités d'une guerre continentale, le recrutement des médecins de l'armée devient de jour en jour plus difficile. Dans une question de ce genre, des chiffres en disent plus que tous les raisonnements.

La loi du 16 mars 1882 fixe à 1300 le nombre des médecins de l'armée (ils sont au nombre de 1698 dans l'armée allemande). Admettons que l'on maintienne les cadres actuels, c'est-à-dire que l'on ne garde que 1200 médecins. Pour que ce nombre soit obtenu, il faut que chaque année le Val-de-Grâce fournisse au moins 60 médecins aide-majors. C'est le chiffre auquel on arrivait, il y a quinze ans, alors que les promotions sortaient de l'École de Strasbourg. Or depuis 1878 le recrutement va en diminuant progressivement.

En 1878, 243 élèves se présentaient au concours, 109 étaient admis, 134 refusés et, à la suite du stage, on pouvait nommer 62 aides-majors.

En 1879, les chiffres étaient les suivants :

121 candidats, 84 reçus, 37 refusés, 60 admis après le stage.

En 1880 : 120 candidats, 83 reçus, 37 refusés, 59 admis après le stage.

En 1881 : 115 candidats, 72 reçus, 43 refusés, 50 admis après le stage.

En 1882 : 113 candidats, 76 reçus, 37 refusés, 56 admis après le stage.

En 1883 : 108 candidats, 88 reçus, 20 refusés, 48 admis après le stage.

Enfin en 1884, c'est à peine si l'on arrive à compter 40 docteurs arrivant comme stagiaires au Val-de-Grâce (40 au lieu de 88), de telle sorte que l'année prochaine on ne trouvera guère que 35 aides-majors au lieu de 70. Si l'on consulte le tableau ci-dessus, on voit : 1° que le nombre des élèves qui se présentent au concours d'admission va en diminuant graduellement (243 en 1878 et 108 en 1883) ; que la proportion des admis, par rapport aux refusés, s'accroît singulièrement (109 admis et 134 refusés en 1878 ; 88 admis et 20 refusés en 1883), ce qui veut dire que, malgré leur insuffisance notoire — les rapports des Jurys d'examen en font foi — la plupart des étudiants en médecine qui *veulent bien* se présenter au concours sont admis d'emblée. Il en résulte enfin ce fait que, depuis deux ans, tandis que le Corps de santé a perdu, par retraites, décès ou démissions, près de 110 de ses membres, il n'en a recruté que 104. Et M. Margaine déclare que ce recrutement est suffisant !

Nous sera-t-il nécessaire de redire pourquoi les étudiants en médecine refusent de concourir malgré la facilité du concours, malgré les avantages pécuniaires qui leur sont offerts, malgré l'exemption du service qu'ils seraient appelés à faire comme volontaires d'un an ou soldats? Il suffit de songer que le nombre des Facultés s'est accru, que des bourses de doctorat, des places de prosecteurs, de préparateurs, d'aides d'anatomie, de chefs de clinique, etc., etc., sont offertes à tous les travailleurs et que ceux-ci, après avoir passé deux ou trois années sur les bancs d'une Faculté, préfèrent les avantages moraux et matériels que leur offre la carrière des concours aux positions qu'ils pourraient acquérir dans la médecine militaire.

Ceci nous conduit à parler des démissions plus nombreuses chaque jour qui enlèvent tous les ans à l'armée un trop grand nombre de médecins et presque toujours les plus distingués d'entre eux. M. Margaine émet à ce sujet une opinion bien discutable. Il faut ici reproduire ses paroles textuelles :

« On propose l'internat des élèves de médecine militaire et la gratuité de l'instruction professionnelle. La Commission pense, au contraire, qu'on n'arrivera qu'à l'un de ces deux résultats : on aura, soit un enseignement insuffisant, un abaissement du niveau scientifique des médecins entrant dans la médecine militaire, soit un enseignement qui, par sa nature, par sa qualité, donnera des sujets meilleurs, des hommes plus instruits, plus pratiques, et qui n'en abandonneront que plus vite la carrière militaire pour bénéficier de cet enseignement supérieur dans la carrière civile.

» La gratuité, en effet, attirera les jeunes gens. Les familles verront, dans l'internat, une source de profit, une garantie de bonne conduite et de bonnes études ; il y aura donc des élèves dans les écoles, mais des médecins militaires, non ! Il y en aura d'autant moins, que les études y seront plus sérieuses. »

Pour réduire ces arguments à leur juste valeur, il importe de rechercher pourquoi les démissions sont si nombreuses parmi les médecins de l'armée et par quels moyens on pourrait arriver à les réduire. M. le docteur J. Lucas-Championnière, qui examine cette question sous toutes ses faces, déclare que les démissions proviennent de ce que les appointements des médecins militaires sont insuffisants, que leur avancement n'est point assez rapide, que les honneurs, les récompenses qui leur sont accordés ne sont point en rapport avec leurs études, leur capacité, les services qu'ils peuvent rendre.

Avant de discuter ces questions, nous devons reconnaître que la comparaison à établir entre la situation d'un médecin militaire, quel que soit son grade, et celle d'un médecin qui, dans une grande ville, réussit à se créer une clientèle nombreuse et choisie, est tout entière au profit de ce dernier. L'indépendance, la considération morale que créent les relations mondaines et les services rendus, les avantages matériels qui peuvent rapidement mener à la fortune, font oublier les fatigues qu'entraîne à sa suite la profession médicale. Il nous paraît tout naturel qu'après avoir vu, pendant toute sa scolarité, de quelle considération sont entourés ses maîtres, un jeune aide-major ne songe qu'à *tenter la fortune* en abandonnant une carrière fermée pour essayer de réussir à son tour à force de persévérance et de travail. Mais, il faut le dire aussi, dans la carrière médicale comme dans toutes les autres, le nombre de ceux qui arrivent aux positions lucratives et honorées est peu considérable. Combien est-il de médecins, très distingués d'ailleurs et non moins instruits que leurs confrères, qui ne parviennent que très lentement, qui ne parviennent jamais à ces situations qu'envient dès leurs débuts ceux qui ne considèrent la médecine militaire que comme un stage dans la carrière médi-

cale? Le médecin militaire, depuis que la loi nouvelle a consacré l'autonomie du Corps de santé, peut être placé pendant la plus grande partie de sa carrière à la tête d'un service hospitalier; les études scientifiques, les travaux de laboratoire lui sont plus faciles qu'aux médecins retenus par leurs exigences professionnelles. S'il le veut, il avancera plus rapidement que tout autre officier de l'armée, et la considération dont il jouira sera en rapport non seulement avec son grade, mais avec les titres scientifiques qu'il aura pu conquérir.

Pour se créer une clientèle, il faut des aptitudes spéciales; il en est d'autres qui conduisent plus directement, sinon à la fortune, du moins aux honneurs académiques et aux grades les plus élevés de la hiérarchie militaire. Nous croyons donc que ce n'est pas en augmentant les appointements des médecins de l'armée — à quel chiffre devrait-on les porter pour les rendre comparables aux revenus d'un médecin dans une grande ville? — non plus qu'en accélérant leur avancement, — ce qui est incompatible avec les lois militaires, — que l'on arrivera à rendre les démissions moins fréquentes. Tout au contraire, et quoi qu'en pense l'honorable M. Margaine, il nous semble qu'en organisant plus fortement le Corps de santé et surtout en rendant aux médecins de l'armée leur carrière plus aimable et plus conforme à leurs aptitudes individuelles, on arriverait à les retenir plus longtemps. La création d'une ou de plusieurs Écoles préparatoires contribuerait certainement à assurer ce résultat. Si, en effet, depuis quelques années, dès leur sortie du Val-de-Grâce, les aides-majors ne parlent plus que du jour où ils pourront donner leur démission, il n'en était point de même à l'École de Strasbourg. Guidés par leurs anciens dans l'apprentissage de la vie militaire, vivant peu avec les étudiants civils, très fiers de porter l'uniforme et d'être assimilés à des officiers, s'habituant rapidement à la discipline et apprenant à en comprendre la nécessité, les élèves de l'ancienne École ne songeaient à démissionner que lorsque des raisons de famille ou des conditions toutes spéciales les mettaient à même de trouver — ce qui est rare et difficile — une position immédiatement avantageuse. Appelés à l'École préparatoire dès leur sortie des lycées, conduits au Val-de-Grâce après quatre années d'études sérieuses qui leur laissaient peu de temps pour vivre de la vie d'étudiant, retenus ensuite pendant deux années dans des hôpitaux où ils perfectionnaient leur éducation médicale, ils démissionnaient moins, parce qu'ils avaient plus d'esprit militaire que de goût pour la pratique civile. La création de nouvelles Écoles pourrait réaliser de nouveau des conditions analogues et, sans supprimer les démissions, — ce qui est impossible, — elle les restreindrait certainement, nous en avons l'intime conviction, si, comme nous l'avons dit dans un précédent article, les chefs de la médecine militaire arrivaient à connaître les aptitudes et les goûts personnels de leurs subordonnés, de manière à leur offrir des positions qui leur fassent aimer la carrière qu'ils devront parcourir.

L'esprit militaire et la discipline, surtout depuis la loi nouvelle, sont indispensables si l'on veut que, en temps de guerre, le service de santé puisse fonctionner utilement. Et c'est pourquoi nous comprenons difficilement qu'un député, habitué à faire partie des commissions où se discutent les questions militaires, puisse supposer que les médecins de réserve pourront remplacer les médecins de l'armée active. Le Corps de santé actuel doit constituer un état-major où viendront s'encadrer les six à huit mille médecins, pharmaciens, administrateurs de réserve. Il faut que, en temps de guerre, le médecin de régiment soit à l'ambulance, que le médecin d'hôpital puisse, par des réquisitions, créer rapidement des hôpitaux d'évacuation; que l'un et l'autre soient non seulement des praticiens, mais encore des officiers dévoués, actifs, n'ignorant rien des ressources de l'hygiène, de l'administration, etc. Il faut, pour que l'on n'ait plus à regretter les désastres des guerres précédentes, que tous les médecins appelés à faire campagne soient longuement préparés à leurs difficiles fonctions. Or jamais, quels que soient les examens auxquels on pourrait les soumettre, les médecins de réserve n'arriveront à connaître tout ce que peut, tout ce que doit savoir un médecin exclusivement militaire. C'est ce qu'ont bien compris toutes les nations étrangères et, il est pénible d'avoir à le constater, c'est en France seulement qu'on paraît l'ignorer.

Le Corps de santé de l'armée allemande, qui compte 1698 médecins et qui, nous l'avons vu de trop près en 1870, fonctionne si parfaitement, est fourni par la *Pépinière* (Institut Frédéric-Guillaume) dont la fondation remonte à 1785, et qui n'a jamais varié dans son fonctionnement, ni par les résultats qu'il a fournis. Saint-Pétersbourg a une Académie médico-militaire, qui est devenue depuis six ou sept ans une école analogue à celle de Strasbourg, après avoir été longtemps une faculté militaire. La nécessité de cette transformation a été comprise à la suite de la guerre turco-russe. On a vu ce que pouvaient faire des chirurgiens militaires improvisés ou peu disciplinés. L'exemple le plus frappant est celui du *Josephinum* de Vienne, supprimé en 1872 pour faire place à un *Cours de médecine militaire* (école d'application analogue au Val-de-Grâce). Cette suppression, votée sans motifs plausibles, a été condamnée par l'expérience et, le 7 de ce mois, le ministre de la guerre austro-hongrois (comte de Bylandt-Rhéidt) prononçait les paroles suivantes : « Les médecins militaires ne sont pas en état de remplir la mission qui leur incomberait en cas de grande guerre... C'est le résultat d'une faute ancienne : la suppression de l'Académie Joséphine, faute universellement reconnue et regrettée. » Et l'on va reconstruire cette École préparatoire et assurer ainsi le recrutement et l'éducation des médecins militaires autrichiens.

Ainsi, tandis que partout à l'étranger on en arrive à maintenir ou à créer ce qui existait en France avant 1870, la Commission du budget, sans tenir compte des dépenses déjà faites pour le Corps de santé, dépenses qui resteraient improductives si son recrutement continuait à devenir insuffisant, recule devant un subside annuel de 250 000 francs et refuse les offres généreuses des villes de Nancy et de Bordeaux! Elle ne réfléchit pas que, s'il est démontré que ces Écoles sont *nécessaires* pour assurer le recrutement et *faire l'éducation* des médecins de l'armée, toutes les économies qui résultent de l'application de la loi de 1882 seront perdues. Elle ne songe pas que, bien administrées, bien dirigées, les ambulances et les hôpitaux qui reçoivent des soldats coûtent infiniment moins à l'État que par le passé, que le nombre des journées d'hôpital a diminué depuis un an dans des proportions considérables, et que les conditions hygiéniques de l'armée deviennent meilleures. Elle ne réfléchit pas à la nécessité d'avoir un corps de santé instruit et expérimenté pour faire face à toutes les obligations d'un service rendu depuis l'année dernière plus difficile que jamais. Nous aimons à espérer que, mieux éclairée, la Chambre reviendra sur la décision qu'a prise un peu à la hâte sa Commission du budget, et nous comptons que les

députés des régions de l'Est et du Sud-Ouest sauront faire valoir à la tribune quelques-uns des arguments que nous venons d'indiquer.

L. Lereboullet.

Contributions pharmaceutiques.

HUILES MÉDICINALES : HUILE D'ATROPINE

On appelle *huile médicinale* une huile qui contient en dissolution un principe médicamenteux.

Les huiles ont la propriété de dissoudre la chlorophylle, les matières colorantes, les essences, la cire et les résines. Elles ne dissolvent ni les alcaloïdes ni aucun de leurs sels, si ce n'est les oléates.

Les huiles médicinales se préparent par *solution :* huiles camprée ou phosphorée; par *macération :* huiles de lis, iris, jasmin, violette; par *digestion :* huiles de camomille, d'hypericum ; par *décoction :* huiles de ciguë, de jusquiame, etc.

Dans l'application, le corps gras joue aussi son rôle et vient ajouter son action à celle du principe actif en dissolution : ce qui explique la faveur dont ces médicaments ont toujours été l'objet en thérapeutique. En conséquence, il est de toute nécessité que ce principe immédiat soit réellement dissous.

Il fut un temps où l'on ne croyait guère à la vertu des huiles narcotiques préparées par la coction des plantes; mais depuis une vingtaine d'années nous savons qu'elles contiennent une petite quantité de l'alcaloïde de la plante qui a servi à leur préparation. Nous savons de plus que ces alcaloïdes sont à l'état d'oléate. Comment l'acide a-t-il pu prendre naissance dans ce liquide gras? Cela est facile à concevoir quand on jette un coup d'œil sur la préparation d'une huile cuite. Prenons l'huile de belladone, par exemple; elle se prépare ainsi : On mélange dans une bassine 2 kilogrammes d'huile d'olives avec 1 kilogramme de feuilles fraîches de belladone bien pilées; on fait bouillir sur un feu doux pendant plusieurs heures jusqu'à ce que l'eau de végétation de la plante ait disparu; on passe avec expression et l'on filtre.

Il est évident qu'une huile fixe neutre qui aura subi un contact aussi long avec de l'eau bouillante, en présence d'une matière organique, aura subi en même temps une légère altération. Il se sera formé une petite quantité d'acide oléique (pour ne citer que celui-là). Cet acide s'emparera de l'atropine que contiennent les feuilles de belladone, et cet oléate restera indéfiniment en solution dans l'huile verte. Quelle est la proportion de ce sel par kilogramme d'huile de belladone? On l'ignore ; elle ne peut être fixe. C'est ce qui rend cette ancienne formule empirique et surannée.

Malgré cela, la commission du nouveau Codex l'a maintenue et, comme transition, a bien voulu accepter la formule suivante que j'avais soumise à son jugement. Elle portera le nom de :

Huile d'atropine.

Huile d'amandes douces..........	99 grammes.
Acide oléique....................	0gr,90.
Atropine......................	0gr,10.

Faites dissoudre à chaud l'atropine dans l'acide oléique ; mêlez à l'huile et filtrez au papier.

Cette solution se prépare au fur et à mesure du besoin; ce qui, outre son dosage exact, lui donne une grande supériorité sur l'huile de belladone, qui ne peut se préparer qu'au moment de la floraison de la plante.

Un autre désavantage de l'huile de belladone et des huiles analogues, c'est que le pharmacien doit s'en approvisionner selon les besoins de son commerce, et, si par hasard sa provision vient à s'épuiser, il n'a d'autres ressources que de s'adresser aux droguistes qui, exceptionnellement sans doute, pourraient être d'autant moins scrupuleux, que le produit est plus difficile à analyser ou à vérifier. La formule que j'indique me paraît donc avoir un réel avantage, et j'ai l'espoir que dans un temps prochain elle aura absolument remplacé l'huile de belladone.

Dans le numéro suivant je parlerai de quelques autres huiles médicinales.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contre la diphthérie, par le docteur J. Mascarel, médecin de l'hôpital de Châtellerault.

Il ne se passe pas de jours sans que la presse médicale enregistre quelque remède nouveau contre la diphthérie. C'est qu'en effet, contre cette cruelle et si fréquente maladie, le spécifique est encore à trouver.

Dernièrement, le *Paris médical* publiait un article du docteur Bouchut, dans lequel ce médecin préconise contre le croup et dès le début le tartre stibié comme agent principal modificateur et vomitif. Aujourd'hui, 11 septembre, la *France médicale* vante une série de médications : ici c'est l'acide phénique *intus* et *extra;* plus loin, le sublimé corrosif, administré de la même manière, et employé presque exclusivement par le docteur Tarnier à la Maternité; puis c'est le *turbith minéral* (sulfate basique de mercure); puis enfin l'iodoforme, toujours donné à l'intérieur et à l'extérieur. Enfin, dans la 11e livraison du *Bulletin de thérapeutique* de cette année, on lit que le docteur *A. Bosisio de San-Dona di Piare* vante comme étant absolument efficace contre cette même maladie un mélange d'acide salicylique et d'éthiops minéral (sulfure noir de mercure), toujours *intus* et *extra*. Il faut reconnaître que le malheureux praticien est bien en peine au milieu de ce dédale de médications qui s'étalent à ses yeux toujours avec une plus ou moins grande apparence de succès.

Nous ne parlons pas de la médication homœopathique, qui réussit, d'après les assertions de ses apôtres, plus de 75 fois pour 100 avec le brome et surtout avec le cyanure de mercure.

Nous avons été témoin d'un véritable succès obtenu avec ce dernier médicament par un médecin homœopathe fort connu, chez une jeune femme de vingt-huit ans, mère de deux enfants, avenue des Champs-Élysées, il y a de cela deux ans, à une époque où une grave épidémie régnait dans ce quartier. Nous avons assisté impassible à la médication, et cela matin et soir, depuis le lundi jusqu'au vendredi soir de la même semaine. Non seulement les plaques jaunâtres adhérentes et caractéristiques couvraient l'isthme du gosier et surtout les amygdales; mais tous les ganglions prémaxillaires étaient envahis, douloureux à la pression, et, fait essentiel à retenir, les fosses nasales antéro-postérieures étaient le siège d'un ichor de teinte ambrée que tout le monde connaît; la fièvre était intense, de 120 à 125 pulsations, avec céphalalgie et *subdelirium* pendant la nuit. Le seul traitement prescrit fut le suivant :

Toutes les heures, et plus tard toutes les deux heures, faire avaler à la malade une cuillerée à café d'une solution extrêmement diluée de cyanure de mercure; toutes les deux heures, gargarisme au jus de citron, bouillon gras et vin de Bordeaux étendu d'eau.

Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes se ramollirent et se détachèrent par fragments déchiquetés; dès le second jour, le mardi, il y eut deux ou trois selles bilieuses; le mercredi, deux autres; le jeudi, une seule; et le vendredi tous les accidents locaux et généraux disparaissaient, si bien que le samedi la convalescence s'affirmait franchement et ne s'est plus démentie.

De ce court exposé, il résulte donc qu'à l'heure actuelle les mercuriaux, sous une forme ou sous une autre, paraissent être les agents les plus énergiques à opposer aux angines pseudo-membraneuses ou diphthéritiques. Or quelle est notre médication à nous, simple praticien *de campagne*, et cela non pas depuis quelques semaines, quelques mois, quelques années, mais depuis plus de trente ans. Initié dès notre enfance médicale aux pratiques des Bretonneau et Trousseau, une fois livré à notre pratique privée, nous avons promptement abandonné leurs systèmes de cautérisation. Voici donc le traitement que nous opposons au croup et à toute angine pseudo-membraneuse, traitement que nous avons déjà fait connaître plusieurs fois, et qui nous donne toujours les mêmes bons résultats.

Il y a vingt à vingt-cinq ans, nous trouvions encore autour de nous et dans nos campagnes des enfants sanguins, forts et vigoureux, aux formes rebondissantes. Pour ceux-ci, au-dessus de l'âge de deux à trois ans, nous appliquions dès le début une ou deux sangsues sur la première pièce du sternum, afin de pouvoir, sur ce point d'appui, modérer à volonté la quantité de sang à extraire.

2° Aussitôt la chute des sangsues, un vésicatoire de 12 à 15 centimètres était pendant quatre heures seulement appliqué au milieu du dos.

3° Après quatre heures, ce vésicatoire était enlevé et remplacé par une grande feuille de sparadrap plus grande que le vésicatoire, et incisée largement sur ses bords pour bien recouvrir la surface vésiquée.

4° En même temps on donnait à l'enfant et d'heure en heure une cuillerée de la potion suivante :

Eau de fontaine............	100 grammes.
Tartre stibié...............	15 centigrammes.
Sirop simple...............	30 grammes.

Aussitôt qu'un vomissement était produit, on cessait la potion, et alors 5° on déposait à sec, d'heure en heure, sur la langue de l'enfant, un des paquets ainsi préparés :

Calomélas...........	de 10 à 12 centigrammes.
Lactine....................	6 grammes.

Mêlez exactement et divisez en douze prises égales

6° Lorsque l'enfant est en âge de se gargariser, alors on emploie toutes les deux heures le gargarisme aluné, soit :

Infusion de roses rouges....	400 grammes.
Alun..............	4, 5, 6 ou 8 —
Mellite simple ou miel rosat.	80 —

L'alun est préférable au borax, à l'acide phénique, au chlorate de potasse, etc., etc.

Le sifflement laryngo-trachéal se produit-il, l'oppression augmente-t-elle, alors on donne une ou deux cuillerées de la potion stibiée, et aussitôt l'effet obtenu on reprend les poudres au calomel pendant vingt-quatre ou trente-six heures; en même temps on donne du bouillon gras, des potages clairs, des œufs frais et du vin étendu d'eau.

Ce traitement n'est applicable et ne peut réussir qu'autant qu'il est appliqué dans les premières vingt-quatre heures du début de la maladie; plus tard, les fausses membranes, sous l'influence exclusive des poudres, tomberont; mais l'intoxication ayant lieu, la vie de l'enfant est de plus en plus compromise. Comme on le voit, ce traitement est essentiellement perturbateur, et il n'a de chances de succès que tout à fait à la période initiale. Nos poudres seules, abstraction faite du vomitif, produisent dans la journée de petites douleurs sourdes dans le ventre, et bientôt une ou deux selles bilieuses; elles produisent les mêmes effets que nous avons signalés tout à l'heure avec le cyanure de mercure.

Aujourd'hui nous ne trouvons plus d'enfants sanguins, et ce n'est que très exceptionnellement que nous pouvons appliquer nos sangsues, dont l'idée seule donne le frisson à tous nos plus distingués confrères des villes. Nous ne comptons plus les succès que nous a donnés cette méthode, qui accélérerait la mort si elle était appliquée à toute autre période qu'à la période tout à fait du début, nous ne saurions trop insister sur ce dernier point. Les chemins de fer, en pénétrant partout, partout aussi apportent la civilisation; mais il faut bien le dire aussi, dans leurs courses vertigineuses ils emportent la santé. En effet, l'homme ne marche plus, ne monte plus à cheval, ne fait plus de longues courses à pied comme autrefois, il n'a plus une vie sobre; mais il se livre à toute sorte d'excès d'alimentation, de boissons, de tabac, de veilles, etc., etc., et comme l'a si bien dit Virgile : « Et d'un père affaibli naît un enfant débile (*Invalidique patrum referunt jejunia nati*) » (*Géorgiques*, livre III).

Nous nous résumons en disant que, d'après les faits cités dans cette note, les mercuriaux, dans l'état actuel de la science, tiennent le premier rang à l'endroit de la médication antidiphthéritique. Qu'on essaye seulement nos poudres, notre gargarisme, et, en cas de dyspnée laryngée ou laryngo-bronchite, le vomitif stibié, ou simplement, chez les très jeunes enfants, l'ipécacuanha, et alors on appréciera que le protochlorure de mercure, pris et administré comme nous ne cessons de le répéter, est un agent de la plus grande valeur aidé de l'alimentation, et auquel on pourrait associer, soit les fumigations phéniquées ou celles au thymol dans la chambre et autour du malade lui-même. Nous demandons à nos confrères de la campagne d'essayer seulement une fois ce traitement, et nous leur prédisons qu'ils mettront bien vite de côté et leurs écouvillons et leurs caustiques plus ou moins dilués, et ils ne seront plus ou presque plus exposés à contracter une maladie qui, chaque année, fait payer son tribut au corps médical.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Physiologie du choléra. — M. *E. Bernard* demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 13 août 1883. Ce pli, ouvert en séance par M. le Secrétaire perpétuel, contient une Note sur un mode d'évolution du choléra, d'après une doctrine qui a pour base les fonctions du cœur. (Renvoi à l'examen de M. Vulpian.)

Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon. Note de MM. *J. Chambrelent* et *A. Moussous*. — Dans leur récent travail, MM. Straus et Chamberland, appliquant la méthode des cultures et des inoculations à la recherche du passage de la bactéridie charbonneuse dans le sang du fœtus, dans la bile et dans l'urine, reconnaissent d'une façon évi-

dente la réalité du fait, mais ils ne citent à propos du lait aucune recherche ainsi conduite. C'est cette méthode des cultures suivies d'inoculations que les auteurs se sont proposé d'appliquer à la recherche du passage des bactéridies dans le lait des animaux atteints de charbon. Ces expériences ont été faites à la Faculté des sciences de Bordeaux; elles sont au nombre de trois. Nous rapportons la première en détail à titre de spécimen :

Le 8 octobre, à dix heures du matin, disent les auteurs, nous inoculons avec une culture de virus charbonneux une cobaye qui avait mis bas le 28 septembre, et qui, jusqu'au jour de l'expérience, avait allaité ses petits. Le lendemain 9 octobre, à cinq heures du soir, l'animal expirait sous nos yeux, et nous pûmes nous rendre compte par l'autopsie qu'il avait bien succombé au charbon. Une goutte de sang prise dans un des ventricules du cœur contenait une quantité énorme de bactéridies. Nous recueillons immédiatement du lait, de façon à nous mettre à l'abri de toutes les impuretés venues du dehors qui auraient pu le souiller. Ce lait est pris de la manière suivante : le poil est coupé autour du mamelon; celui-ci est flambé à plusieurs reprises, et nous en faisons sourdre une goutte de lait. Prenant alors un tube stérilisé, nous en brisons la pointe et aspirons cette goutte de lait, que nous déposons avec toutes les précautions voulues dans un ballon Pasteur, contenant du bouillon de bœuf. Nous ensemençons ainsi quatre ballons Pasteur que nous refermons avec soin et que nous plaçons ensuite à l'étuve. Une goutte de lait, examinée à ce moment au microscope, ne nous paraît contenir aucune bactéridie, tandis au contraire que, comme nous l'avons déjà dit, le sang en renferme beaucoup. Ajoutons que ce lait offre une apparence absolument normale.

Le 11 octobre, à quatre heures du soir, les ballons sont retirés de l'étuve et examinés. Deux sont restés parfaitement limpides. Un paraît contenir des impuretés, entre autres un ferment aérobie qui forme une pellicule de la surface. Le quatrième présente quelques flocons et offre l'aspect d'une culture charbonneuse. Le contenu de ce dernier ballon, examiné au microscope, nous montre qu'il contient des bactéridies et des filaments enchevêtrés, ceux-ci toutefois en petit nombre. Prenant alors, à l'aide d'un tube stérilisé, une goutte de cette culture, nous l'inoculons à un jeune cobaye. Ce cobaye meurt deux jours après. Son sang, examiné au microscope, contient des bactéridies. La culture, qui avait été remise à l'étuve, examinée de nouveau le 15 octobre, avait pris de plus en plus l'aspect caractéristique des cultures de charbon. L'examen microscopique y révélait un grand nombre de filaments. Un nouveau cobaye, inoculé avec cette culture, meurt le lendemain.

La conclusion de ces expériences est évidente. Les bactéridies se trouvent dans le lait des animaux atteints de fièvre charbonneuse et s'y trouvent du vivant de ces animaux. Mais il faut ajouter que le nombre de ces bactéridies est infiniment moins considérable que dans le sang.

Effets produits par un coup de foudre a Rambouillet. Note de M. *A. Laugier*. — Le samedi 10 novembre, à onze heures trente minutes du matin, deux personnes ont été tuées par la foudre sur le territoire de Rambouillet. Elles avaient cherché un refuge sous un peuplier. L'arbre a été coupé en deux : les deux victimes, dont les vêtements ont été déchirés et roussis, ont été frappées principalement à la tête; le crâne de chacune d'elles était fracturé et percé à sa partie supérieure d'un large trou, profond, circulaire comme celui qu'aurait pu produire un projectile d'un très gros calibre.

Académie de médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1882. PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

Action prophylactique du cuivre. — Nous croyons devoir publier *in extenso* la lettre de M. le maire de Villedieu, mentionnée dans notre dernier numéro.

DÉPARTEMENT DE LA MANCHE
Arrondissement d'Avranches
VILLE DE VILLEDIEU

Villedieu, le 18 novembre 1883.

Monsieur,

Il y a deux jours, je répondais à votre honorable collègue, M. le docteur Burq, sur la question que vous daignez également m'indiquer aujourd'hui. J'ignorais l'article publié par le *Journal des connaissances médicales*, le 15 de ce mois, et M. le docteur Burq n'ayant fait allusion qu'au *choléra* et à la *fièvre typhoïde*, j'ai borné mes observations à ce qui faisait l'unique objet de sa lettre.

Une opinion généralement répandue dans notre ville est que le travail si nombreux du cuivre, s'opérant dans nos ateliers, rend les cas de choléra plus rares que partout ailleurs. Depuis 1832, cette épidémie n'a pas été signalée parmi nous, et les observations transmises par M. Ygouf ne se rapportent qu'à une époque antérieure. Il est incontestable que plusieurs ouvriers, *continuellement en contact avec le cuivre, ont été en 1848-49 atteints par le choléra, mais on cite ces faits comme des cas tout à fait exceptionnels.*

Quant à la variole, à la fièvre typhoïde, nul doute n'est possible! Cette année encore une violente épidémie de fièvre typhoïde a régné à Villedieu. Ce sont les quartiers occupés par les ateliers de fonderie, de chaudronnerie qui ont le plus souffert. *Variole et fièvre typhoïde atteignent les ouvriers de l'industrie locale comme les autres habitants.* Si les quartiers où s'exercent d'autres industries ont été relativement épargnés, il faut reconnaître que la population y est moins dense, et que les habitations sont meilleures comme conditions hygiéniques.

En 1870, nous avons eu une épidémie de variole des plus violentes, et qui a occasionné de nombreux décès. Elle a été produite et entretenue par les variolés, insuffisamment guéris, que se trouvaient forcés d'évacuer les hôpitaux de Cherbourg pour recevoir les blessés qui leur étaient envoyés. J'avais alors l'honneur d'être à la tête de l'administration municipale de Villedieu, et je puis vous affirmer que notre hospice *communal* a dû rembourser à l'administration militaire *trois mille huit cents* journées de maladie de militaires de passage. Nous avions des salles spéciales pour les variolés. *Près de la moitié de la population* s'est trouvée atteinte alors par l'épidémie, et *les ouvriers cuivriers n'ont pas été plus indemnes que les autres.*

Ces renseignements sont fort exacts. Les livres de l'état civil n'ayant jamais indiqué la cause d'un décès, je me suis informé, avant de vous répondre, auprès des membres du corps médical les plus anciens en exercice, qui ont confirmé ces renseignements.

Daignez, etc.

Signé : Jules Tétrel.

Monsieur le docteur Bochefontaine, Paris.

Nous devons ajouter que la lettre de M. Lepellelier, maire de Villedieu avant M. Tètrel, communiquée à l'Académie par M. Burq, atteste qu'il n'a existé *aucun cas* de choléra dans cette localité ni en 1832, ni en 1849.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le directeur des travaux de Paris adresse le volume reproduisant les procès-verbaux, les rapports et les conclusions de la Commission technique de l'assainissement de la Seine.

M. le docteur *Cadet de Gassicourt* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. *Béclard* présente le second volume de la 7e édition de son *Traité élémentaire de physiologie*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Levieux* (de Bordeaux), trois brochures ayant pour titres : *Discours à la séance d'installation* (8 novembre 1803) *des internes et externes de l'hôpital Saint André, Étude sur les syndicats médicaux* et *Réponse au mémoire du docteur Saint-Philippe sur les relations de la pleurésie avec les affections organiques du cœur*; 2° de la part de M. le docteur *Lardier* (de Rambervillers), une brochure intitulée : *Du coup de fouet ou diastasis musculaire*.

M. *Besnier* offre, au nom de M. le docteur *E. Vidal*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, un mémoire imprimé sur la *Dermatose de Kaposi*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° de la part de MM. *Coze* et *Simon*, un mémoire manuscrit *sur l'action du muguet et de la digitale*; 2° au nom de M. le

docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro), une brochure *sur la dilatation de l'estomac chez les enfants.*

M. *Maurice Perrin* dépose une *Étude sur le projet de revision de la loi concernant les logements insalubres*, par M. G. Jourdan.

M. *Rochard* fait hommage, au nom de son fils, M. le docteur *E. Rochard*, d'un ouvrage intitulé : *Les eaux minérales dans les affections chirurgicales.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* présente, de la part de M. le docteur G. Pery (de Bordeaux), une brochure intitulée : *La maladie de la pierre à Bordeaux et les lithotomistes bordelais de 1695 à 1789.*

M. *Bouley* dépose un mémoire de M. le docteur *E. Duval* sur *la fièvre typhoïde et ses divers traitements et la doctrine de M. Pasteur à l'Académie de médecine.*

ÉLECTION. — M. *de Quatrefages* (de l'Institut), porté, comme nous l'avons dit antérieurement (p. 768) en première ligne sur la liste de présentation, est élu membre associé libre au second tour de scrutin. Les voix se sont réparties de la manière suivante entre les divers candidats : au premier tour, votants : 93 ; majorité : 47 ; ont obtenu : MM. de Quatrefages, 44 voix ; Worms, 33 ; Magitot, 13 ; Durand-Claye, 1 ; plus 2 bulletins blancs. Au second tour, votants : 92 ; majorité : 47 ; ont obtenu : MM. de Quatrefages, 59 voix ; Worms, 30 ; Magitot, 2 ; plus 1 bulletin déclaré nul.

CHOLÉRA EN ÉGYPTE. — M. *Fauvel*, dans sa communication de la dernière séance (p. 772), avait déclaré que « tout ce qu'on a dit des causes d'insalubrité qui avaient fait naître l'épidémie récente à Damiette a été imaginé à l'appui d'un parti pris ». M. *Jules Guérin* cite des mémoires émanant de MM. les docteurs Chaffey-bey, Ferrari Chaumery, déclarant qu'il faut attribuer cette épidémie à l'insalubrité toute particulière de la ville de Damiette.

M. *Fauvel* se borne à répondre que ces faits et ces déclarations ont été contrôlés à Damiette même par M. *Mahé* dans sa mission et que le rapport de celui-ci les réfute d'une manière catégorique.

VACCINATION DU ROUGET DES PORCS A L'AIDE DU VIRUS MORTEL ATTÉNUÉ DE CETTE MALADIE. — M. *Pasteur*, en son nom et au nom de son regretté collaborateur, M. *Thuillier*, dont il fait tout d'abord l'éloge en termes émus et éloquents, rappelle la découverte, faite par celui-ci, en 1882, d'un microbe nouveau dans le sang des animaux morts du rouget. Ce microbe, il est vrai, avait été signalé antérieurement, à Chicago, par M. Detmers, dans un mémoire qui n'avait pu parvenir à la connaissance de M. Thuillier, et dont M. Pasteur n'a appris l'existence que dans ces derniers temps. Cette constatation faite, la culture de ce microbe dans le bouillon de veau stérilisé montre qu'il s'agissait bien de celui du rouget, et aussitôt M. Pasteur partit avec MM. Thuillier et Loir, pour le département du Vaucluse, où depuis 1877 M. Maucuer, vétérinaire à Bollène, le sollicitait de venir étudier sur place le fléau. Dès les premières recherches, il fut reconnu que le rouget était dans ce pays identique à celui qui avait été constaté dans diverses parties de la France et qu'il était partout provoqué par un microbe de même nature. Il s'agissait de parvenir à atténuer sa virulence ; mais la vaccination par cet organisme présente des difficultés dues principalement à l'existence en France de nombreuses races de porcs, dont les réceptivités pour le rouget sont très variables. Ce qui est toutefois aujourd'hui rigoureusement démontré, c'est la possibilité de la vaccination par l'inoculation du virus virulent atténué, et la culture possible de ce dernier en quantité quelconque. En effet, M. Pasteur laissa l'an dernier, dans le Vaucluse, des porcs vaccinés avec obligation pour les propriétaires de les conserver pendant une année au moins, c'est-à-dire au delà de l'époque du renouvellement annuel de la maladie dite spontanée qui s'arrête pendant la saison froide pour reprendre aux mois d'été ; les nouvelles les plus récentes montrent que la réussite est complète, les animaux vaccinés ayant à peu près seuls résisté à la maladie. Ainsi, 1° le rouget épizootique, même le plus violent, peut être prévenu par des inoculations du virus virulent atténué ; 2° la durée de l'immunité dépasse une année, délai déjà amplement suffisant pour les exigences des pratiques de l'élevage du porc.

M. Pasteur ajoute que la question de l'appropriation des vaccins aux diverses races exige, malgré ces heureux résultats, de nouveaux contrôles pour que la vaccination des porcs puisse être généralisée ; en attendant les résultats définitifs, il tient à faire connaître dès à présent la méthode qui lui a servi pour l'atténuation du virus du rouget. « Les travaux de mon laboratoire, dit-il, ont établi que les virus ne sont pas des entités morbides, qu'ils peuvent affecter des formes et surtout des propriétés physiologiques multiples, dépendant des milieux où ces virus vivent et se multiplient. En conséquence, et quoique la virulence appartienne à des espèces vivantes microscopiques, elle est essentiellement modifiable. On peut l'affaiblir, on peut l'exalter, et chacun de ces états est susceptible d'être fixé par la culture. Un microbe est virulent pour un animal quand il a la faculté de pulluler dans son corps à la manière d'un parasite et d'y provoquer, en se régénérant lui-même, des désordres pouvant amener la maladie et la mort. Si ce microbe a vécu dans une espèce animale, c'est-à-dire qu'à diverses reprises il soit sorti d'un individu de cette espèce pour pénétrer dans un autre individu de cette même espèce, sans avoir subi une influence extérieure sensible pendant l'intervalle des deux passages, on peut considérer la virulence de ce parasite comme arrivée, en quelque sorte, à un état fixe et maximum pour les individus de la race. Le parasite charbonneux, par exemple, propre aux moutons, varie peu d'un sujet à un autre, d'une année à une autre, pour un même pays ; il faut l'attribuer sans doute à ce que, de passage en passage, à travers les moutons, l'accoutumance du parasite à vivre dans le mouton a atteint un état, pour ainsi dire, définitif. Mais la virulence d'un virus qui n'est pas à son maximum d'action peut être essentiellement modifiée par son passage dans une suite d'individus d'une même race. Je rappellerai que, quand nous avons voulu rendre au virus-vaccin du choléra des poules et du charbon et d'autres maladies encore, des virulences progressivement croissantes pour les amener finalement à des virulences maximum, nous les avons inoculées à de jeunes sujets et successivement à des sujets plus âgés. Je ferai observer incidemment que ces résultats font rentrer les virus-microbes dans les lois générales de la vie et de ses manifestations chez les espèces supérieures végétales ou animales. Celles-ci manifestent leur plasticité, si l'on peut ainsi parler, sous l'influence des conditions des milieux où s'effectuent leurs générations successives. La seule différence entre les microbes et les espèces supérieures consisterait dans la rapidité des variations chez les virus, opposés à leur lenteur chez les grands êtres. Chaque culture d'un virus, n'eût-elle qu'une durée de vingt-quatre heures, représente des nombres immenses de générations successives, tandis que chez les êtres plus élevés il faut, à l'accomplissement de tels nombres de générations, des milliers et des millions d'années. Quoi qu'il en soit, si des changements dans les virulences de nos virus atténués, ou virus-vaccins, peuvent résulter des passages de ces virus atténués dans des sujets d'une même race, ne se pourrait-il pas que des virus arrivés à un état achevé pour une race fussent modifiés dans leur virulence par leur passage d'une race à une autre race ? L'expérience s'est montrée favorable à cette manière de voir. »

C'est ainsi que s'est comporté le microbe découvert dans la salive des hydrophobes (communication du 24 janvier 1881) ; depuis, ce même microbe, après avoir accru sa virulence par passages successifs à travers le corps des cobayes, se montre ensuite moins virulent qu'auparavant vis-à-vis des lapins ; il leur donne alors une maladie guérissable spontanément et, cette maladie une fois éprouvée, l'animal devient réfractaire au microbe mortel du lapin. L'accoutu-

mance à vivre chez une espèce (le cobaye), et correspondant à une virulence déterminée, peut donc changer cette virulence dans ce qu'elle a de propre à une autre espèce (le lapin), la diminuer et faire qu'elle devienne un vaccin pour cette dernière espèce. Ce résultat renferme le secret d'une méthode nouvelle d'atténuation pouvant être appliquée à certains virus les plus virulents. M. Pasteur en fournit un exemple et une application.

« Peu de temps après notre arrivée dans le Vaucluse, dit-il, nous fûmes frappés de cette circonstance que l'élevage des lapins et des pigeons était fort dédaigné dans ce département, parce que ces deux espèces étaient sujettes fréquemment à des épizooties meurtrières. Quoique personne dans le pays n'eût rapproché le fait de ces épizooties de celles du rouget, l'idée nous vint de rechercher si elles n'auraient pas entre elles une relation de cause à effet. Des expériences instituées dans le but de résoudre cette question ne tardèrent pas à nous démontrer que les lapins et les pigeons mouraient du rouget. L'idée nous vint également de rechercher si l'on ne pourrait profiter de ces espèces pour modifier la virulence du rouget, dans les conditions où nous l'avions fait pour le microbe de la salive et que j'ai rappelées tout à l'heure. Or voici le résultat très curieux des inoculations du rouget pratiquées sur les pigeons, d'une part, sur les lapins, d'autre part :

» Si l'on inocule dans le muscle pectoral d'un pigeon le microbe du rouget du porc, le pigeon meurt dans un intervalle de six à huit jours, après avoir présenté les symptômes extérieurs apparents du choléra des poules; lorsque le sang de ce premier pigeon est inoculé à un second pigeon, le sang de celui-ci à un troisième et ainsi de suite, le microbe s'acclimate sur le pigeon; le caractère en boule du sujet et sa somnolence, effets habituels de la maladie, apparaissent en beaucoup moins de temps que pour les premiers pigeons de la série. La mort également survient plus rapidement; enfin le sang des derniers pigeons se montre beaucoup plus virulent pour le porc que les produits même les plus infectieux d'un porc mort du rouget dit spontané. Le passage du microbe du rouget du porc par les lapins conduit à un tout autre résultat. Les produits infectieux d'un porc mort du rouget ou leurs cultures inoculées au lapin les rendent toujours malades et les font périr le plus souvent. Si l'on inocule le rouget de lapin à lapin, le microbe s'acclimate sur le lapin. Tous les animaux meurent et la mort arrive en un petit nombre de jours. Les cultures du sang de ces lapins dans les milieux stérilisés deviennent progressivement plus faciles et plus abondantes. Le microbe lui-même change un peu d'aspect, devient un peu plus gros que dans le porc et se présente sous la forme d'un 8 de chiffre, sans l'allongement filiforme de certaines de ses cultures. Vient-on à inoculer aux porcs le sang des derniers lapins, par comparaison avec celui des premiers de la série, on constate que la virulence a été progressivement en diminuant du premier lapin aux lapins suivants. Bientôt le sang des lapins inoculés aux porcs n'amène plus la mort, quoiqu'il les rende malades. Après leur guérison, ils sont vaccinés contre le rouget mortel.»

L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Féréol, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans les sections de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La liste de présentation est ainsi établie : en première ligne, M. *Vidal;* en deuxième ligne, M. *Desnos;* en troisième ligne, M. *Hayem;* en quatrième ligne, M. *Dumontpallier;* en cinquième ligne, M. *Blachez;* en sixième ligne, M. *Ferrand.* L'élection aura lieu mardi prochain.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

A propos de la revaccination obligatoire dans les maisons d'éducation : MM. Desnos et Bucquoy.—Nodosités rhumatismales éphémères : M. Féréol. — Kyste hydatique de la base du crâne ouvert à la région cervicale; guérison : M. Bucquoy.

M. *Desnos* signale, dans la correspondance manuscrite, une note de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, soumettant aux délibérations de la Société la lettre adressée au ministre de l'instruction publique par le docteur Ancelot, député de Nancy, au sujet de la circulaire ministérielle prescrivant la revaccination obligatoire dans les maisons d'éducation. Dans cette lettre, M. Ancelot proteste avec énergie contre la revaccination obligatoire qui lui semble porter atteinte à la liberté individuelle, et dont les conséquences seraient, à son avis, funestes pour la santé publique. — Cette lettre est renvoyée à une Commission composée de MM. Debove, Rathery et Dumontpallier.

A cette occasion, M. *Bucquoy*, en offrant à la Société au nom de M. Armaingaud une brochure sur la comparaison du vaccin animal et du vaccin humain dans les revaccinations obligatoires des lycées et pensionnats de Bordeaux, fait ressortir l'importance incontestable de la revaccination obligatoire et signale ce fait, qu'au collège Sainte-Barbe, où il pratique la revaccination toutes les fois que cela lui est possible, il n'a pas observé un seul cas de variole depuis dix ans. Il fait voir que les résultats obtenus par M. Armaingaud, à Bordeaux, sont confirmatifs de ceux que lui-même et M. Brouardel avaient observés en 1870 dans leurs multiples revaccinations à Sainte-Barbe. M. Armaingaud a pratiqué 262 revaccinations avec le vaccin animal, et 259 avec le vaccin humain; il a obtenu 223 succès complets, c'est-à-dire 43 pour 100 : la proportion est de 30 pour 100 pour le vaccin animal, et 51 pour 100 pour le vaccin humain. M. Armaingaud s'appuie sur ces faits pour démontrer l'efficacité incontestable du vaccin animal, tout au moins comme générateur de pustules vaccinales, mais il réserve, jusqu'à plus complète expérimentation, la question de savoir dans quelle mesure ce vaccin confère l'immunité contre la variole, et s'il donne d'aussi bons résultats chez l'adulte et l'adolescent que chez le nouveau-né.

— A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Féréol* communique une lettre du docteur Fritz, de l'Isle-Adam, relative à un cas nouveau de nodosités rhumatismales éphémères. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, atteinte à plusieurs reprises de poussées de rhumatisme articulaire, et qui présenta, au mois de septembre dernier, une tuméfaction subite de la lèvre inférieure, sans cause connue; cette tuméfaction avait disparu le lendemain, pour se montrer au niveau du front, et le surlendemain sur l'épaule droite. Pendant tout le mois il n'y eut que bien peu de jours où une tuméfaction semblable ne se montrât pas en quelque point du corps, principalement aux lèvres, à l'épaule droite et autour de la taille. Du volume d'une noisette à celui d'une noix, cette tuméfaction circonscrite formait une plaque épaisse, peu mobile, indolore, sans changement de couleur de la peau; elle conservait l'empreinte laissée par la pression du doigt et devenait le siège de quelques démangeaisons lorsqu'on exerçait des frictions à son niveau. Le docteur Fritz se demande s'il s'agit, dans ce cas, de quelque lésion rhumatismale analogue à celle que M. Féréol a étudiée, ou s'il ne faut pas voir là simplement une forme un peu anormale d'urticaire tubéreuse. M. Féréol est d'avis que l'absence de démangeaisons spontanées et la rapidité de l'évolution doivent faire écarter l'hypothèse d'urticaire tubéreuse, et il considère ces nodosités, non pas comme identiques à celle qu'il a décrites, mais comme une variété nouvelle d'éruption rhumatismale.

M. *Troisier* revient sur la structure *fibreuse* des nodosités sous-cutanées qu'il avait nettement affirmée, d'après les auteurs anglais, dans la séance précédente; il a attentivement relu le texte original et s'est convaincu qu'il ne s'agit pas réellement de tissu fibreux définitivement organisé, mais seulement de tissu de granulations avec des cellules fusiformes. Cette structure d'ailleurs concorde bien mieux avec la disparition rapide des lésions.

M. *Millard* est d'avis qu'il faut voir, dans l'observation du docteur Fritz, un cas d'urticaire tubéreuse; le siège des plaques est, en particulier, assez caractéristique.

M. *Rathery* a observé souvent, sur lui-même, le développement de l'urticaire tubéreuse à la suite de l'ingestion du salicylate de soude. Il ne peut admettre une simple coïncidence, ainsi que le suppose M. *Gérin-Roze*, car les poussées d'urticaire ne se montrent jamais en dehors de l'ingestion du médicament, et la suivent à quelques heures de distance. D'ailleurs, dans le cas rapporté par M. Féréol, une semblable pathogénie ne peut être invoquée, puisque la malade n'avait pas pris de salicylate depuis plus de cinq mois.

— M. *Bucquoy* présente à la Société un homme de quarante-trois ans, qui est entré dans son service le 10 mai dernier pour une paralysie avec atrophie et rétraction musculaire de la moitié gauche de la face; ce malade offrait alors du ptosis et du strabisme externe de l'œil gauche, ainsi que de l'anesthésie sensitivo-sensorielle de la moitié correspondante de la face. On constatait également une tumeur, d'apparence ganglionnaire, vers l'angle de la mâchoire. Cet individu, d'une bonne santé habituelle, robuste, n'était ni tuberculeux ni syphilitique; il avait éprouvé depuis trois ans environ de la céphalalgie assez intense et persistante, bientôt accompagnée de tous les accidents d'hémiplégie faciale; deux ans plus tard, c'est-à-dire au commencement de cette année, était apparue la tuméfaction derrière l'angle de la mâchoire. Il avait rendu, disait-il, en se mouchant, six semaines environ avant son entrée à l'hôpital, des *espèces de grains de raisin;* il en rendit encore à Cochin, et leur examen ne laissa subsister aucun doute; il s'agissait bien d'hydatides provenant évidemment d'un kyste ouvert dans les fosses nasales. D'ailleurs, l'ouverture chirurgicale de la poche saillante à la région cervicale fut pratiquée peu après, et donna issue à de nouvelles hydatides de grosseur variable. Le malade est aujourd'hui guéri; il ne reste plus qu'une petite fistule au niveau de l'incision du kyste et un certain degré de paralysie faciale avec rétraction du masséter, mais on peut le considérer comme hors de danger. Il a encore expulsé mardi dernier, en se mouchant, une hydatide du volume d'un grain de raisin. M. Bucquoy pense que la marche des accidents permet d'établir le diagnostic avec assez de précision. Il n'existe pas de tumeur cérébrale, mais bien un kyste hydatique développé, sans doute, dans l'épaisseur du sphénoïde, puis ayant proéminé vers le pharynx et la région parotidienne.

Une discussion s'engage au sujet de la *guérison* de ce malade. M. *Dujardin-Beaumetz* pense, en effet, que les accidents cérébraux sont encore à craindre, puisque l'hydatide rendue tout récemment vient démontrer que le kyste n'est pas détruit entièrement. A ce danger s'ajoute, suivant M. *Gérin-Roze*, celui d'une inflammation grave du kyste communiquant encore avec l'air extérieur par une fistule, et, suivant M. *Ollivier*, la possibilité de la pénétration d'hydatides dans les veines si riches de la base du crâne, et de développement secondaire de kystes analogues dans le cœur.

M. *E. Labbé* formule, à cette occasion, comme un principe absolu, que pas un kyste hydatique ne peut guérir après l'évacuation simple du liquide qu'il contient, et qu'il est absolument nécessaire, pour que la guérison soit assurée, que la poche ait été éliminée et détruite par la suppuration. Les malades que l'on a crus guéris après la ponction simple voient leur kyste récidiver au bout d'un temps plus ou moins long. Il en a observé plusieurs exemples remarquables.

MM. *Dujardin-Beaumetz*, *Millard*, *Bucquoy* et la plupart des membres de la Société protestent contre une semblable assertion. Les faits de guérison spontanée des kystes hydatiques et ceux dans lesquels le même résultat a été obtenu par ponction simple ou par tout autre procédé, mais sans suppuration de la poche, sont aujourd'hui trop bien établis pour qu'il soit possible d'en contester la valeur.

— M. *Strauss* fait hommage à la Société du *Traité des maladies des reins*, de Bartels, au nom de M. *Lépine*, qui a ajouté à cet ouvrage des notes importantes, constituant de véritables commentaires.

A cinq heures la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule. — Sur l'hystérectomie. — Élections.

M. *Verneuil* présente une rotule appartenant à la collection de M. Lancereaux. Un malade tuberculeux tombe dans les salles de l'hôpital et se fait une fracture comminutive de la rotule. Vésicatoires; appareil silicaté. Mort par tuberculisation pulmonaire trente-six jours après l'accident. L'écartement des fragments n'avait pas dépassé 1 centimètre.

A l'autopsie, on trouva la rotule fracturée comminutivement. En avant, on comptait sept fragments soudés par un cal osseux interfragmentaire, le périoste n'y étant pour rien. L'appareil silicaté a donc pu donner un cal osseux aussi beau qu'on peut le désirer.

M. Verneuil disait récemment que, si l'audace chirurgicale ne se calmait pas, on en arriverait bientôt à ouvrir l'articulation de la hanche pour suturer le col du fémur fracturé. Déjà un chirurgien a tenté, sans succès d'ailleurs, la suture du col huméral fracturé (in *Archiv. für Chir.*, t. XXVIII). Ce chirurgien ponctionna d'abord l'articulation pour évacuer le sang; rien; alors il ouvrit largement et sutura les fragments avec un fil de soie. Arthrite. Résection des extrémités osseuses nécrosées; le malade finit par guérir. Cette observation peut se passer de commentaires; à quand la suture du col du fémur?

M. *Berger*. Il s'agit dans la présentation de M. Verneuil d'une fracture comminutive par cause directe. Or, dans ces fractures, les fragments ont peu de tendance à l'écartement; le périoste est conservé en partie. C'est ainsi que M. Berger a vu, dans le service de M. Gosselin, une fracture par coup de feu de la rotule, fracture qui guérit avec un cal osseux. Il n'y a au musée Dupuytren qu'un seul exemple de consolidation osseuse d'une fracture transversale de la rotule. M. Berger est d'autant moins disposé à intervenir activement, qu'il a vu des individus marcher assez bien avec un écartement considérable des fragments non soudés.

M. *Nicaise*. La pièce de M. Verneuil est un exemple de fracture par écrasement, le périoste n'étant pas détruit; pour savoir s'il y a cal osseux ou simple pénétration, il serait nécessaire de faire une coupe de cette rotule.

M. *Verneuil*. La pièce présentée est rare; avec une gouttière et l'immobilisation, on peut obtenir un bon résultat. Un partisan de l'intervention chirurgicale eût ouvert l'articulation. Les fractures directes de la rotule sont les plus communes.

M. *Pozzi* n'est pas partisan de la suture osseuse dans les

fractures récentes de la rotule; il a fait cette suture pour un cas exceptionnel; il s'agissait d'un aliéné qui ne supportait pas les appareils.

— M. *Lucas-Championnière* lit un rapport sur cinq observations d'hystérectomie, par M. Queirel (de Marseille), et sur trois observations d'hystérectomie, par M. Fort (de Rio-Janeiro).

Quand on a commencé à faire des ovariotomies, les chirurgiens (Péan, Kœberlé) laissaient le pédicule au dehors; plus tard, on rentra le pédicule, ce qui engagea les chirurgiens à essayer aussi la méthode intra-péritonéale pour l'hystérectomie. Mais les résultats ne furent pas heureux, et aujourd'hui Kœberlé, Péan, Spencer Wells, Bantock, etc., sont revenus à la méthode extra-péritonéale dans l'hystérectomie. M. Lucas-Championnière dit qu'il faut employer la méthode intra-péritonéale quand on ne peut pas faire autrement. Sur cinq hystérectomies, M. Queirel a eu trois guérisons et deux morts; il a toujours laissé le pédi eule au dehors. Selon M. Lucas-Championnière, jusqu'à ce jour l'hystérectomie est une opération grave et redoutable; l'ovariotomie est devenue une opération facile, presque bénigne. Il ne faut recourir à la première qu'en présence d'indications formelles et pressantes.

Sur trois hystérectomies, M. Fort a obtenu une guérison et deux morts. Il eut recours à la méthode extra-péritonéale dans un de ces cas.

M. *Pozzi*. Il paraît démontré maintenant que c'est à la ligature élastique qu'il faut se rallier pour éviter l'hémorrhagie; M. Pozzi est partisan de la méthode extra-péritonéale.

M. *Gillette*. L'hystérectomie n'est indiquée que dans les cas suivants : augmentation rapide du volume de la tumeur, hémorrhagies, douleurs vives. Employer autant que possible la méthode intra-péritonéale.

M. *Terrier* a pratiqué quatre hystérectomies; trois fois il a laissé le pédicule au dehors, et il a eu trois succès; mais on ne peut établir de règle absolue à cet égard.

M. *Lucas-Championnière*. En effet, dans certains cas, il peut être indiqué de rentrer le pédicule. Quant à la ligature élastique, elle n'est pas entrée encore dans la pratique générale.

— *Elections*. La Société procède à l'élection des commissions des prix. Sont élus :

Pour le prix Duval : MM. Marjolin, Périer, Richelot, Pozzi, Monod.

Pour le prix Demarquay : MM. Verneuil, Delens, Tillaux, Marchand, Le Fort.

Pour le prix Laborie : MM. Chauvel, Polaillon, Nepveu, Terrier, Gillette.

Pour le prix Gerdy : MM. Reclus, Terrillon, Desprès, M. Sée, Lannelongue.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Invagination intestinale produite par des ascarides : M. Mégnin. — Méthylchloroforme : M. Rabuteau. — Acidité du sang : M. Rabuteau. — Manuscrit japonais : M. Pouchet. — Anesthésie par mélanges titrés d'air et d'éther : M. P. Bert. — Critique des théories des mouvements du cœur : M. Judée. — Action prophylactique du cuivre : M. Burq. — Action du café sur la nutrition : M. Guimaraës. — Action de la température sur la durée de l'asphyxie chez les poissons : M. Ch. Richet. — Cristaux dans la lymphe des poissons; caractères distinctifs des bactéries : MM. L. Olivier et Ch. Richet.

M. *Mégnin* rapporte plusieurs cas mortels d'accidents d'invagination intestinale observés chez des animaux et provoqués par la présence d'une quantité considérable d'ascarides dans l'intestin grêle (cheval, pigeon).

— M. *Rabuteau* expose sommairement les propriétés chimiques et physiologiques du *méthlychloroforme*, qui constitue un anesthésique inférieur au chloroforme, et sur lequel il se propose de revenir dans une prochaine communication.

— M. *Rabuteau* rapproche les faits d'acidité du sang qu'il a observés dans certains empoisonnements (*nitrites*) des observations faites par M. Straus et ses collègues sur l'acidité du sang des cholériques.

— M. *Pouchet* présente la reproduction d'un manuscrit japonais qui contient les dessins anatomiques de la première autopsie faite au Japon vers la fin du siècle dernier.

— M. *P. Bert* a repris avec l'éther les expériences qu'il avait exécutées avec le chloroforme; il a cherché à déterminer le degré de survie des animaux (chiens) soumis à l'inhalation de mélanges titrés d'air et de la substance anesthésique.

Avec le mélange de 100 litres d'air et de 20 grammes d'éther, la mort arrive en deux heures et demie; avec 25 grammes d'éther, en deux heures un quart; avec 30 grammes, en une heure trois quarts; avec 40 grammes, en une heure; avec 50 grammes, en une demi-heure.

La loi est donc la même que pour les mélanges d'air et de chloroforme.

La précision des résultats et la constance du temps nécessaire à amener la mort permettent de reprendre, sur des animaux soumis à l'anesthésie, l'étude des effets propres à certaines substances toxiques, ajoutés à l'anesthésique employé. C'est ainsi que l'atropine, donnée à un chien à la dose énorme de 10 centigrammes, en même temps que se fait l'inhalation du mélange titré, a reculé le moment de la mort de deux heures et demie à trois heures et demie; l'écart a été plus grand encore avec des doses plus élevées de chloroforme.

L'addition de la morphine à l'anesthésique produit des retards plus notables dans le moment de la mort.

Les substances toxiques n'ajoutent donc pas leurs effets propres à ceux de l'anesthésique, et semblent plutôt diminuer l'action du chloroforme et de l'éther; le mécanisme de la mort reste toutefois le même : c'est par la respiration que succombent toujours les animaux.

— M. *Judée* lit un travail critique sur la théorie des mouvements et des bruits du cœur; il propose de renverser l'ordre accepté pour la succession des deux temps de la révolution cardiaque (premier temps, systole ventriculaire et diastole de l'oreillette; deuxième temps, diastole ventriculaire terminée par la systole de l'oreillette); pour lui, le premier temps est formé par la diastole des ventricules et par la systole *graduellement croissante* (?) de l'oreillette, etc. Il croit que les courbes cardiographiques démontrent le défaut de repos du cœur pendant la diastole, ces courbes présentant à ce moment une ascension graduelle, c'est-à-dire qu'il interprète comme phénomène actif le fait tout passif de la réplétion ventriculaire graduelle; il insiste enfin sur cette hypothèse, surabondamment démontrée fausse, que l'oreillette présente une contraction progressive se terminant par une sorte de « coup de piston ». Il est inutile de faire remarquer que de pareilles conceptions ramènent à la période d'hésitation clinique antérieure aux travaux de Chauveau et Marey, et qui a définitivement pris fin à partir des discussions académiques de 1862.

— M. *Burq* continue l'exposé des faits sur lesquels il se fonde pour admettre que le cuivre joue un rôle actif dans la prophylaxie du choléra, etc.

— M. *Guimaraës* (de Rio-Janeiro) conclut des expériences comparatives qu'il a exécutées sur l'action du café, ajouté à l'alimentation azotée et à l'alimentation hydrocarbonée, que le café, qui augmente la consommation des aliments azotés, diminue celle des aliments hydrocarbonés; cette boisson est surtout utile aux travailleurs dont l'alimentation est riche en azote.

— M. *Ch. Richet* étudie dans une nouvelle Note l'influence de la pression et de la température sur l'asphyxie des poissons, et sur la rapidité de l'intoxication avec divers poisons; il complète ainsi les recherches précédemment exposées sur l'influence que la température exerce sur la durée des réflexes *post mortem*.

L'asphyxie se produit d'autant plus rapidement que la température est plus élevée; on ne saurait donner une conclusion aussi précise en ce qui concerne l'influence de la pression : chez certains poissons, comme les *Serrans*, on constate nettement que la durée totale de l'asphyxie est d'autant plus courte que la pression est plus forte. Quant à l'influence de la température sur la rapidité des phénomènes d'intoxication, elle est très évidente; l'intoxication se produit d'autant plus vite que la température est plus élevée.

— M. *Olivier* (Louis) fait, en son nom et au nom de M. *Ch. Richet*, une communication sur les cristaux de la lymphe des poissons, en insistant surtout sur l'importance qu'il y a à distinguer ces cristaux des bactéries, et sur les moyens d'établir cette distinction.

Les cristaux de la lymphe consistent en petits-bâtonnets très grêles, hyalins et d'apparence fusiforme. On les distingue facilement des bactéries par l'action qu'ils exercent sur la lumière polarisée, l'examen étant fait au microscope armé de deux nicols, l'un au-dessous, l'autre au-dessus de la platine tournante.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1883.— PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Action de la lutidine : MM. Œchsner de Coninck et Pinet. — Nerfs olfactifs atrophiés sans perte de l'olfaction : M. Le Bec. — Action des petites doses de strychnine : M. Couty. — Critique des opinions de M. Judée sur les mouvements du cœur : M François-Frank. — Écriture, mécanismes : M. Javal. — Lait de mule : M. P. Bert. — Avulsion des dents avec ligature de caoutchouc : M. P. Bert. — Maladies et fonctions du plexus solaire : M. Leven.

MM. *Œchsner de Coninck* et *Pinet* communiquent l'exposé de leurs expériences sur l'action que la lutidine du goudron de houille exerce sur la grenouille; ils réservent leurs conclusions relatives à l'action sur les mammifères pour une communication ultérieure.

Chez la grenouille la lutidine agit sur le système nerveux central d'abord, puis à la périphérie et abolit les fonctions nerveuses; elle arrête le cœur en systole.

— M. *Le Bec* montre le cerveau d'une jeune femme qui, sans avoir offert pendant sa vie des troubles de l'olfaction, présenta à l'autopsie une atrophie à peu près complète des tractus et des bulbes olfactifs, une imperforation de la lame criblée.

— M. *Couty* adresse une Note sur l'action spéciale des petites doses de strychnine qui provoquent une disposition à la contracture, telles qu'un animal placé sur le dos présente une extension rigide des membres qu'il devient difficile de fléchir.

— M. *François-Frank*, à la requête du Comité de Rédaction, formule les réserves qui lui paraissent devoir être faites au sujet des opinions soutenues par M. Judée dans sa Note sur les mouvements du cœur. Il insiste surtout sur l'erreur qui consiste à admettre de la part des oreillettes une systole progressive, commençant dès le début de la diastole ventriculaire et ne se terminant qu'à la fin par un renforcement brusque de contraction. L'état passif de l'oreillette pendant la diastole générale et la brièveté de la systole à la fin de la phase du repos, sont au contraire des faits surabondamment démontrés. D'autres critiques sont faites sur la question du repos du cœur que n'admet pas M. Judée, en se fondant sur une fausse interprétation des tracés, sur le moment des bruits du cœur.

— M. *Javal* compare l'écriture dans laquelle les doigts interviennent surtout et celle qui s'exécute particulièremen à l'aide des mouvements du poignet (cursive anglaise rapide). Il se demande s'il y a une différence dans la rapidité de contraction des fléchisseurs des doigts et de ceux du poignet.

— M. *P. Bert* présente deux Notes, l'une sur l'identité du lait de mule et du lait de jument, l'autre sur un procédé simple pour l'avulsion de dents surnuméraires: un lien de caoutchouc enserrant le collet fait remonter la dent qui sort spontanément de l'alvéole.

— M. *Leven*d éduit d'observations cliniques les fonctions du plexus solaire et pense pouvoir préciser par l'existence de points douloureux localisés à telle ou telle partie de l'abdomen la provenance des troubles nerveux gastriques ou intestinaux dans l'un ou l'autre ganglion semi-lunaires.

M. *Duval* réclame contre des déductions physiologiques aussi indirectes.

REVUE DES JOURNAUX

De la septicémie sans plaie extérieure, par le docteur H. MOLLIÈRE, médecin des hôpitaux de Lyon.

La communication faite par Senator à l'une des dernières séances de la Société médicale de Berlin (voy. *Gaz. hebd.*, 1883, p. 737) rappelait l'attention sur des faits déjà observés, mais d'une interprétation toujours difficile. Comme le dit fort bien M. H. Mollière, dans le travail qu'il a communiqué à la Société de médecine de Lyon, avant de connaître les recherches de Senator, les observations de ce genre ont chacune leur valeur propre et méritent d'être signalées. Il en est surtout ainsi lorsqu'ils présentent, au point de vue du diagnostic, des difficultés toutes spéciales. Après M. Lancereaux, qui dès 1863 publiait un mémoire sur l'*Infection par produits septiques engendrés au sein de l'organisme vivant*, et M. Wagner (de Leipzig), qui, dans les *Archives de médecine clinique*, a analysé dix-neuf observations de *septicémie pyémique à développement latent*, M. Humbert Mollière fait connaître dans tous leurs détails trois observations : l'une de septicémie foudroyante, survenant plusieurs semaines après une fausse couche; une autre de péritonite subaiguë, consécutive à une pleurésie enkystée, et très probablement due à la pénétration dans le péritoine, par la voie des lymphatiques, du pus contenu dans la plèvre; enfin une troisième observation de septicémie généralisée due à l'existence antérieure d'un foyer purulent rétro-utérin. Comme Senator, et sans qu'il ait pu s'inspirer des observations antérieures du clinicien berlinois, M. H. Mollière a toujours trouvé des foyers infectieux permettant d'interpréter les accidents constatés. Il importait donc de signaler spécialement cette consciencieuse étude. (*Lyon médical*, janvier 1883.)

Recherche de la glycose et de l'iodure de potassium dans le liquide de l'ascite, par M. ARNOZAN.

La note que nous trouvons dans le *Journal de médecine de Bordeaux* n'est pas nouvelle; elle avait été communiquée à la Société d'anatomie et de physiologie de cette ville au mois de janvier dernier. On sait que, avant cette date, M. Arnozan avait constaté l'existence de la glycose dans le liquide ascitique; la présente note est destinée à faire savoir à la Société que le fait vient d'être confirmé par une seconde expérience; la dose de la glycose était de 45 centigrammes par litre de liquide.

M. Arnozan ajoute que M. le docteur Dallidet, chef de clinique de M. le professeur Pitres (dans le service de qui se

trouvait le malade), ayant émis l'idée que certains médicaments pouvaient, comme la glycose, se trouver mélangés au liquide ascitique, on a prescrit une potion contenant 3 grammes d'iodure de potassium, qui a été administrée trois jours consécutifs. Le malade est mort à ce moment, par suite de l'évolution de la cirrhose. La nécropsie a confirmé le diagnostic porté pendant la vie. L'urine recueillie dans la vessie contenait manifestement de l'iodure de potassium; cette substance faisait défaut dans le liquide de l'ascite. La recherche de cette substance a été faite par M. Denigès à l'aide du papier amidonné et de l'eau chlorée. On aurait pu penser que l'iodure de potassium était présent dans l'ascite, mais que certaines conditions particulières tenant à la composition du liquide épanché empêchaient les réactifs de déceler cette présence. Pour éviter cette cause d'erreur, si peu probable qu'elle fût, on a ajouté à ce liquide une très petite quantité d'iodure de potassium : les réactifs l'ont immédiatement décelée. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1883.)

Emploi de la sphaigne ou mousse des marais comme moyen de pansement, par Nagedorn.

La tourbe a été quelquefois employée en topique sur les plaies suppurées. La propriété d'absorption dont elle jouit est due en grande partie aux mousses qu'elle contient. M. Hagedorn emploie de la même manière les sphaignes fraîches, desséchées dans une étuve à la température de 105 à 110 degrés centigrades, et disposées en coussinets. Pour adapter ce pansement aux exigences de la méthode antiseptique, on applique un premier coussinet sur une gaze imprégnée d'une solution de sublimé, puis un coussin plus grand, couvrant le champ opératoire, puis un troisième coussin plus grand encore, le tout maintenu par des bandes. L'appareil est arrosé, suivant l'indication, par un liquide antiseptique.

Nous devons faire remarquer qu'il y a fort longtemps que les mousses sont employées dans les pansements, soit comme simples pièces d'appareils, soit comme moyen de pratiquer l'irrigation continue. (*Gazette médicale de Strasbourg*.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par M. le docteur Henri Roger, t. II, 1883. Paris, Asselin et Cie.

M. H. Roger jouit d'un avantage dont il n'est peut-être pas très flatté : celui de n'être plus jeune. Il est vrai que, l'esprit n'ayant pas chez lui suivi le corps dans son mouvement de déclin, on ne voit pas trop de quoi il se plaindrait. *Sat vixit qui bene vixit*. Nous ne voulons pas dire, grand Dieu! que M. Roger a assez vécu, mais seulement que l'axiome ci-contre s'applique aux œuvres intellectuelles comme aux œuvres morales, et qu'il ne faut pas trop regarder à ce qu'on a déjà consommé d'années quand on les a consacrées au service de la science et qu'on est de force à bien employer encore celles qui peuvent vous rester.

Cette manière d'extrait de naissance de M. Roger n'est pas ici pour rien. Certes, notre confrère et ami n'a pas attendu jusqu'à présent pour doter la médecine de travaux sérieux. Ses recherches sur l'*auscultation de la tête*, sur les *éruptions cutanées dans les fièvres*, sa *séméiotique des maladies de l'enfance*, son *Traité de l'auscultation* (en collaboration avec Barth), etc., sont connus de tous, et quelques-uns reparaissent plus ou moins modifiés dans les présents volumes. Mais on peut dire qu'il livre vers la fin de sa carrière le meilleur de son acquis, la plus utile de toutes ses œuvres. Ce sont les fruits choisis de sa vigne, la fleur de ses récoltes mûrie et améliorée par le temps. Or nous ne connaissons rien de plus précieux en ce temps-ci qu'un livre ainsi composé. La littérature médicale de nos jours a précisément pour un de ses caractères spéciaux la précipitation. C'est un ouragan continu, qui souffle de partout à la fois, remuant, déplaçant toute chose, pour n'y laisser souvent que la confusion. Certes, cette agitation prodigieuse des esprits est en soi légitime et bonne; mais il en est d'elle comme de l'agitation politique; elle n'est profitable que si elle est bien ordonnée, et c'est ce que ne permet guère la fièvre de production qui travaille la génération actuelle, à laquelle l'érudition, la connaissance des langues étrangères, fournissent un aliment inépuisable à défaut d'expérience personnelle. Des théories hâtives, des mémoires sur des minuties, de grosses monographies sans originalité, des traités complets d'une branche de pathologie écrits

A peine au sortir de l'enfance,

tels sont les fréquents symptômes de cette pyrexie épidémique, tel est le spectacle qui donne un attrait particulier à un ouvrage longuement préparé, tout entier construit avec des matériaux cliniques et où la physiologie elle-même, sans être nulle part désavouée, compte toujours avec l'observation du malade.

A vrai dire, M. Roger a peut-être abusé de la temporisation. Le premier volume de ses *Recherches cliniques* date de plus de dix ans; on en trouvera l'analyse dans la *Gazette hebdomadaire* de 1872 (p. 302). Depuis cette date, certaines questions traitées par lui dans ce volume ont été l'objet de travaux importants, qui non seulement doivent être pris en grande considération dans les solutions à intervenir, mais encore ouvrent à la clinique des points de vue nouveaux. Pour en citer un exemple qui le touchera, il n'a pu, dans le chapitre relatif à la température dans les maladies, profiter des recherches d'un de ses plus brillants élèves, le professeur M. Peter, sur les températures *locales*. Ce n'est pas sa faute assurément, pas plus qu'il n'est coupable de n'avoir pas tiré un parti ostensible de l'ouvrage de Wunderlich, dont la traduction française a paru à peu près en même temps que le commencement des *Recherches cliniques*, et où le professeur de Leipzig parlait déjà, mais beaucoup plus superficiellement que le professeur de Paris, des températures locales. Ce que nous voulons faire entendre, c'est que, pour qui ne fait pas attention aux dates, ces deux volumes, formant un seul et même ouvrage, ont l'air de présenter des lacunes. Cela revient à dire qu'on aurait aimé à voir le premier volume mis en ligne, pour ainsi dire, avec le second, au moyen d'un petit chapitre complémentaire. Mais ce sera peut-être pour un volume subséquent.

Le second traite : 1° de la syphilis infantile, héréditaire ou acquise; 2° de l'auscultation de la tête et de l'ossification des fontanelles; 3° du tænia chez les enfants; 4° de la coqueluche. Sur 830 pages, plus de 250 sont consacrées au premier de ces quatre sujets et près de 500 au dernier. Nous ne nous arrêterons qu'à ces deux-là.

Au chapitre de la syphilis, après de rapides considérations sur la syphilis *intra-utérine* (avortements provoqués) et sur la syphilis *congénitale* proprement dite (manifestations cutanées, cachexie, altération des os, etc.), vient une étude très détaillée de la *syphilis après la naissance*. On lira avec beaucoup de fruit l'exposé clinique des diverses manifestations (énanthèmes ou exanthèmes) de la maladie; mais ce qu'on est porté tout d'abord à chercher, c'est l'opinion de l'auteur sur certains points délicats et controversés des conditions de la transmission héréditaire. Une question surtout a divisé les observateurs. L'infection du fœtus se fait-elle par le père exclusivement, ou par la mère exclusivement, ou par l'un et l'autre? Contre la négation de l'hérédité paternelle, M. Roger produit un certain nombre de faits, dont un, et non le moins probant, lui appartient. Le père portait des traces manifestes

de syphilis constitutionnelle; l'enfant fut atteint un mois après la naissance de roséole syphilitique, et la mère, observée attentivement avant, pendant et après la grossesse, « ne présenta jamais aucun symptôme spécifique ». A ceux qui contestent l'hérédité maternelle, il n'y a qu'à opposer des faits semblables avec renversement des sexes; et ces faits ne manquent pas. Ce qui est seulement à examiner, c'est dans quelles limites de la vie intra-utérine le fœtus reste susceptible d'être infecté par la mère. Au dire de Bœrespruug, ces limites seraient bien étroites; elles seraient contenues dans les premières semaines de la conception. Mais des exemples, même assez nombreux, de syphilis maternelle non communiquée à l'enfant pendant les sept ou huit derniers mois de la grossesse ne signifient clairement que la non-existence de la transmission dans des cas exceptionnels; et il est difficile de comprendre comment le fœtus cesserait de recevoir le poison de sa mère à mesure qu'il avance en âge, c'est-à-dire à mesure que les échanges placentaires deviennent plus abondants. M. Roger, sans produire d'observations qui lui soient propres, s'en rapporte aux données les mieux établies de la pathologie pour étendre, avec la plupart des auteurs, jusqu'à la fin du septième mois, au minimum, la durée du pouvoir infectant. « On conçoit, dit-il, que cette transmission n'ait pas lieu quand la maladie est inoculée dans les deux derniers mois de la grossesse, et surtout deux ou trois semaines avant la parturition; car le temps manque alors pour le plein développement du virus et pour sa pénétration complète dans l'organisme de la mère d'abord et ensuite de l'enfant. » Et c'est ce qu'il établit, en supputant le temps nécessaire pour l'incubation du chancre de la mère et pour celle des accidents consécutifs, auquel il faut ajouter le temps que le germe morbide met à se transmettre et à éclore chez l'enfant. Donc l'enfant est tributaire des deux sexes dans l'impôt qu'il paye à la syphilis héréditaire. A cette question s'en rattache une autre : le fœtus infecté par le père seul peut-il à son tour infecter la mère? Question grave, presque effrayante sous le rapport moral, quand on pense à la situation d'une femme pure, qui va offrir à tous les yeux, en même temps que son enfant, des signes manifestes de syphilis, à côté d'un mari qui aura été la source de la double contamination et qui lui, arrivé à la période de syphilis latente, pourra paraître absolument sain; question grave encore sous le rapport médico-légal, dont l'auteur n'a pas manqué de s'occuper en passant. Pas plus que MM. Diday, Fournier, Rollet, etc., il n'hésite à répondre par l'affirmative. C'est un point qui a été examiné dans la *Gazette hebdomadaire* de 1880 à 1882 à propos des récents ouvrages des deux premiers auteurs; il est inutile d'y revenir ici.

Mieux armé encore sur le chapitre de la syphilis transmise des nourrissons aux nourrices ou réciproquement, et sur celui de la syphilis vaccinale, l'auteur le traite avec une décision et une autorité où l'on s'aperçoit bien qu'il n'a besoin de l'appui de personne pour asseoir son opinion. En lisant ces pages, il ne faut pas oublier que la plupart des obscurités dont le sujet était d'abord enveloppé se sont peu à peu dissipées depuis une vingtaine d'années, et que M. Roger y a contribué pour une part notable; sans cela on l'accuserait peut-être de prêcher des convertis. C'est même par lui, en grande partie au moins, qu'est entrée dans la science une croyance à peu près généralement partagée, à savoir que l'humeur du coryza des enfants peut inoculer la syphilis aux nourrices. Cette humeur est donc virulente; mais à quel titre? « C'est parfois, dit l'auteur, le suintement de plaques muqueuses. » Cela doit être, en effet; mais, quand il n'y a pas apparence de plaques muqueuses, quelle est la lésion de la pituitaire? Est-ce un simple catarrhe blennorrhagique, est-ce une ulcération? Remarquez qu'il s'agit d'une altération secondaire; tout porte dès lors à renfermer l'alternative dans ces deux termes : ulcération ou plaque muqueuse; mais l'autopsie, pratiquée trop longtemps après la mort chez le petit enfant dont M. Roger donne l'observation, n'a pas fourni, à cet égard, de résultats suffisamment précis; il est certain seulement que les os nasaux étaient dénudés. Du reste, en thèse générale, rien n'est mieux établi que l'ulcération de la pituitaire dans le coryza syphilitique, qu'elle se produise d'emblée ou qu'elle succède à l'engorgement catarrhal, comme le voulait Trousseau.

Quant à la syphilis vaccinale, qui pouvait mieux la connaître et la décrire qu'un des deux médecins (l'autre était le regretté Depaul) envoyés en mission à Auray pour l'étudier? On peut dire que c'est cette épidémie d'Auray (1866) qui nous a donné définitivement la clef d'épidémies antérieures du même genre; non que la nature de celles-ci eût paru douteuse à ceux mêmes qui l'observaient sur place; mais cette conviction se heurtait chez nous au principe de l'*inviolabilité* du virus vaccin. L'enquête d'Auray, fortifiée d'ailleurs de faits observés à Paris par les commissaires eux-mêmes, leva les doutes pour tous ceux qui ne mettaient pas la théorie audessus des faits; et l'opposition qu'elle rencontra alors au sein de l'Académie de médecine dut céder plus tard, à peu près complètement, devant la répétition d'accidents que l'expérience avait appris à mieux reconnaître et à mieux interpréter.

Venons à la *coqueluche*. Nous avons une raison particulière de ne pas nous y arrêter longtemps; nous savons qu'un de nos collaborateurs a le dessein d'en faire le sujet de considérations cliniques dont le livre analysé ici doit lui fournir le thème principal. Nous toucherons seulement quelques points de la remarquable étude que nous avons sous les yeux.

La maladie y est envisagée successivement à trois degrés d'intensité : *coqueluche moyenne*, *coqueluche excessive*, *coqueluche légère* ou *coqueluchette;* puis, dans un chapitre intitulé : *commentaires cliniques*, elle est reprise à un autre point de vue et étudiée à son *début*, à la *période médiane* et à son *déclin*. Rien qu'à ces divisions on reconnaît les allures cliniques du livre. La nosologie n'a rien à voir ici; c'est le malade qu'on place en présence du médecin; c'est le malade qu'on déshabille, pour ainsi dire, pour en mieux montrer toutes les faces. Dans toutes les questions qui peuvent intéresser, en cette matière, l'art et la science, le lecteur trouvera des enseignements positifs, clairs, judicieux; mais il en est une, traitée en peu de pages et qui ne pouvait l'être autrement, sur laquelle le praticien fera bien d'arrêter particulièrement son attention : c'est celle de la coqueluchette et de son diagnostic. Quelle incertitude n'éprouvet-on pas, dans les commencements de sa carrière, à caractériser une certaine toux convulsive, se prolongeant outre mesure, sans altération notable de la santé, sans vomissements surtout, qu'on est bien tenté de rapprocher de la coqueluche, mais que de sérieuses lacunes symptomatiques portent aussi à en distinguer. Préoccupées de contagion, les mères vous interrogent : vous hésitez à prescrire un isolement toujours difficile, parfois pénible, qui ne vous paraît pas encore indiqué, et, pendant que vous délibérez, la contagion s'opère, compromettant en même temps votre autorité et la santé de la famille. Eh bien, la plupart de ces toux nerveuses sont des coqueluches; coqueluches atténuées, frustes, ébauchées, comme on voudra les nommer. En ce qui concerne cette période nerveuse et les accès de toux, M. Roger trace le tableau suivant : « Les *quintes* ne s'accentuent point et la toux, se régularisant, procède davantage par accès. Si elle augmente par les mouvements brusques et violents, par les pleurs et les cris de colère; si, dans certains cas, elle est remarquable par la soudaineté, par le caprice des accès, ce n'est jamais qu'une quinte ébauchée, sans saccades multipliées, sans reprise sifflante, ni expuition finale de glaires abondantes et tenaces, ni vomissement. Si parfois quelques-uns de ces caractères pathognomoniques se retrouvent, ils sont très

diminués et il n'y a par jour que deux ou trois de ces fausses quintes au lieu de quinze ou vingt vraies. » Et pourtant, nous le répétons, c'est la coqueluche; à telle enseigne qu'on la voit naître, par contagion, de coqueluches franches, moyennes ou excessives. Un des signes qui peuvent la déceler ou la faire soupçonner, au moins à un œil exercé, c'est le *facies* des enfants, auquel nous aurions souhaité que l'auteur s'arrêtât un peu.

A propos des coqueluches graves et de leurs complications, nous nous permettrons une remarque sur le rapport des convulsions avec les congestions pulmonaires. Il est très vrai, comme le dit l'auteur, que l'éclampsie devient imminente dans les coqueluches pyrétiques accompagnées de congestion des poumons et surtout de pneumonie lobulaire. Mais il est un fait, à mon sens plus que probable, c'est que certains états congestifs du parenchyme pulmonaire sont l'*effet* et non une condition préparatoire de l'éclampsie. Quand celle-ci est violente avec arrêt prolongé de l'inspiration et turgescence opiniâtre de la face; quand surtout elle se répète fréquemment et à de courts intervalles, il peut se former dans le poumon une stase sanguine d'origine purement asphyxique. Plusieurs cas de ma pratique m'ont paru à cet égard décisifs. Dans l'un d'eux, j'avais ausculté le petit malade vers neuf heures du matin et n'avais rien constaté d'anormal dans la respiration. A midi, se produit une série de convulsions; en mon absence un confrère est appelé et me donne avis par écrit qu'il existe une *pneumonie commençante*. A une heure, j'accours près du malade et constate en effet une légère matité et des rhonchus dans la fosse sous-épineuse droite; mais je rassure la famille, ne prescris contre cette complication aucun remède, et le soir même les signes plessimétriques et stéthoscopiques avaient considérablement diminué; le lendemain il n'y en avait plus trace. Quelques accès convulsifs se déclarèrent encore et les organes pulmonaires restèrent indemnes jusqu'à complète guérison. Ce qui achève d'ailleurs de démontrer la nature asphyxique de certaines congestions pulmonaires dans les cas de coqueluche convulsive, c'est qu'on les voit se produire à la suite de l'éclampsie d'origine intestinale.

Dans l'*étiologie* de la coqueluche, l'auteur rencontre la théorie de l'*adénopathie bronchique*, d'après laquelle le symptôme dominant de la maladie résulterait de la compression des fibres nerveuses par les ganglions bronchiques hypertrophiés. Cette théorie, que M. Noel Gueneau de Mussy défend avec talent et à laquelle nous n'avons pu nous rendre, comme peuvent le savoir les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, M. Roger la rejette complètement, soit à cause de certaines insuffisances de la démonstration, soit surtout parce qu'elle a été démentie plusieurs fois à ses yeux par l'anatomie pathologique. C'est à cette épreuve que nous-mêmes avions déclaré attendre la théorie.

Un mot enfin d'un autre point anatomo-pathologique qui a été tout particulièrement étudié dans ces dernières années. Les *ulcérations du frein* dans la coqueluche, connues depuis longtemps, ont été présentées par M. le docteur Delthil comme un élément essentiel et un caractère spécifique de la coqueluche, tandis que généralement on la regarde comme un simple effet mécanique de la toux. M. H. Roger, reproduisant les arguments d'un rapport lu par lui en 1877 à l'Académie de médecine, fait remarquer que l'absence de l'ulcération sublinguale dans un grand nombre de cas, et son apparition tardive dans d'autres, déposent contre la doctrine de M. Delthil. Cette lésion est, dit-il, le résultat de la violence exercée par les dents sur le frein, porté en avant dans la toux de coqueluche. Et l'examen minutieux qu'il fait des circonstances dans lesquelles manque ou se produit l'ulcération, suivant la période de l'évolution dentaire ou la disposition des dents, donne beaucoup de crédit à cette interprétation. Pourtant le texte même de M. Roger doit être remarqué: « La lésion fait *presque toujours* défaut dans la coqueluche qui atteint les enfants pendant les premières semaines, les premiers mois de la vie, avant la pousse des incisives d'en bas. » D'où il résulterait, ce nous semble, pour l'auteur lui-même, que l'ulcération sublinguale peut se former *quelquefois* en l'absence de dents, s'il n'ajoutait quelques lignes plus loin : « Pas d'ulcération sublinguale avant la première dentition; c'est cliniquement une règle *à laquelle je n'ai pas trouvé d'exception.* » C'est évidemment cette dernière phrase qui exprime la véritable opinion de l'auteur. Trois cas observés par M. Delthil la contredisent, il est vrai, et M. Bouffier en a observé d'autres; mais notre confrère de Cette donne de ces faits exceptionnels une explication à laquelle M. Roger s'empresse de se rattacher; les ulcérations seraient dues aux manœuvres faites avec les doigts par les mères pour détacher les glaires de la bouche. En est-ce assez pour décider la question, et faudrait-il prouver l'existence de telles manœuvres dans tous les cas d'altération sublinguale avant la poussée dentaire? Ce serait, nous semble-t-il, une tâche dans laquelle on échouerait et, tout en reconnaissant la grande part que doivent prendre les incisives à la déchirure du frein, nous doutons encore que cette lésion ne puisse être produite par la seule distension d'un frein un peu court dans la brusque projection de la langue en avant.

On ne saurait analyser complètement un ouvrage où chaque sujet est étudié sous toutes ses faces; chaque face du sujet dans ses moindres détails, avec un nombre infini de remarques cliniques ou d'observations résumées. L'auteur portera la peine de la conscience apportée à l'exécution de son travail, et nous ne dirons plus des *Recherches cliniques* qu'une chose : c'est qu'elles seront d'une utilité exceptionnelle à tous ceux qui s'occupent de pathologie infantile et compleront parmi les meilleures productions médicales de l'époque.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

Développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre, par le docteur Ch. Debierne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Thèse d'agrégation (section d'anatomie et de physiologie). — Paris, 1883. O. Doin.

Le développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre est intimement relié aux transformations successives d'un organe embryonnaire transitoire, l'allantoïde. C'est, en effet, aux dépens de la portion intra-embryonnaire de cet organe que se développeront la vessie urinaire, une partie du canal de l'urèthre chez l'homme, et tout le canal chez la femme. Aussi le premier chapitre de cette thèse est-il consacré à l'étude de l'origine, du développement et des modifications ultérieures de l'allantoïde, en particulier de sa portion intra-embryonnaire. Vient ensuite la description du cloaque et du sinus uro-génital, résultat du cloisonnement de celui-là; de l'ouraque et de la vessie, formés par le pédoncule et la portion terminale de l'allantoïde; enfin, du canal de l'urèthre divisé, chez l'homme, en deux parties, la portion prostatique et membraneuse, et la portion pénienne, qui fait partie des organes génitaux externes, dont elle partage le mode d'évolution embryonnaire. L'auteur termine par un chapitre de tératologie, complément indispensable de toute étude d'embryologie normale, par suite des précieux renseignements que la connaissance des anomalies de développement peut fournir au sujet du développement régulier.

VARIÉTÉS

Banquet Charcot. — Les anciens élèves de M. Charcot lui offrent, à l'occasion de sa nomination à l'Institut, un banquet, qui aura lieu le 5 décembre.

Nécrologie : M. le docteur Homolle fils. — Lundi dernier, nous rendions les derniers honneurs à un de nos plus jeunes collègues des hôpitaux, M. le docteur Homolle, dont la santé inquiétait depuis longtemps ses amis. Fils d'un médecin des plus distingués, aimant avec passion la carrière qu'il avait choisie, encouragé par le succès, qui de bonne heure récompensa ses efforts, Homolle semblait destiné à une vie heureuse et facile. Elle lui fut cependant particulièrement rude, et les plus cruelles épreuves ne lui furent pas ménagées. C'est au milieu des inquiétudes et des chagrins de toutes sortes qu'Homolle composait et publiait des travaux qui lui assurent une place distinguée dans la science.

Sa santé, bien ébranlée, ne résista pas à de pareils efforts, et il était depuis longtemps résigné à une fin qu'il attendait sans faiblesse.

B.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morein (de Camarsac) et Ragaine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Mortagne; — de M. Alfred Richaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine et médecin des hôpitaux de Marseille, décédé le 13 novembre à l'âge de trente-quatre ans; — de M. Aug. Tessereau, décédé à Angers; il s'était occupé plus spécialement d'hygiène publique, et avait été maire d'un arrondissement de Paris à la suite de la révolution de 1848.

Les congés de réforme de l'armée. — M. le docteur Ferran (de Lyon), médecin-major de 1re classe en retraite, vient de prendre l'initiative d'une pétition adressée à M. le ministre de la guerre dans le but d'obtenir une modification à la législation qui régit les congés de réforme. Frappé de l'extrême mortalité que cause dans l'armée la phthisie pulmonaire, et des conditions désastreuses que crée l'encombrement dans les casernes, les infirmeries ou les hôpitaux, M. Ferran demande que les commissions spéciales chargées de délivrer les congés de convalescence et les congés de réforme soient autorisées à accorder aux jeunes soldats suspects de tuberculisation pulmonaire des congés de réforme temporaires ou provisoires, « sortes de sursis à longue portée n'entraînant pas une libération définitive ». Il nous semble que, sans réclamer une modification à la législation actuelle, on pourrait arriver au même résultat en enjoignant aux commissions spéciales d'accorder des congés de convalescence d'une durée suffisante, congés essentiellement renouvelables, à tous les jeunes soldats qui présenteraient les premiers symptômes de la tuberculose. Il suffirait dès lors aux médecins des hôpitaux de se bien pénétrer des intentions qui auraient dicté une circulaire écrite dans ce sens, et de ne pas autoriser de trop longs séjours dans les hôpitaux militaires pour les valétudinaires de tout ordre. Il est très vrai que l'on attend trop souvent, pour pouvoir le réformer, qu'un homme soit manifestement phthisique. On arriverait, nous l'espérons du moins, à répondre au vœu de la pétition dont M. Ferran a pris l'initiative en hâtant et en prolongeant certains congés de convalescence.

Association française pour l'avancement des sciences. — M. Girard (de Lyon) vient de léguer à cette Société un capital d'environ 100 000 francs pour que le revenu cumulé pendant cinq ans soit employé par elle en encouragements et récompenses aux personnes qui auront le plus contribué à faire avancer la science sur la question de l'ancienneté de l'homme par rapport aux temps géologiques. Ces encouragements devront être donnés sous la forme qui paraîtra le plus convenable à l'Association : prix en argent, contributions à des voyages de recherches ou à des fouilles.

Hôpitaux de Vienne. — Les journaux de Vienne annoncent que l'Etat autrichien va construire dans cette capitale un hôpital de deux cents lits uniquement consacré aux *maladies infectieuses*. On déchargerait ainsi les hôpitaux ordinaires, qui n'ont pas de pavillons d'isolement. Le système est déjà avantageusement employé, non seulement en Angleterre, mais à Buda-Pesth. Les frais sont évalués à 1 million de francs.

Ophthalmie égyptienne en Hongrie. — Une épidémie fort grave d'*ophthalmie égyptienne* vient d'éclater en Hongrie (comitat de Torontal). Certains villages ont jusqu'à six cents malades à la fois, et malgré l'envoi de nombreux médecins par le gouvernement austro-hongrois, l'épidémie ne semble guère en voie de décroissance. Le docteur N. Fener, du ministère des honveds, dirige les mesures de prophylaxie.

Demande relative au bothriocéphale. — M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, sera très reconnaissant à MM. les médecins qui auraient l'occasion d'observer des malades atteints de bothriocéphale, de lui adresser des anneaux de bothriocéphale ou des matières contenant les œufs.

École de médecine de Tours. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 1er août 1884. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Récompenses. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux internes en médecine des hôpitaux de Bordeaux : Prix Delord, M. Biard; prix Livieux, M. Sengenne; prix de l'Administration, M. Princeteau; médailles d'argent, MM. Chevalier, Philippeau et Suzanne; médaille de bronze, M. Boisvert.

Hôpital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur L. Martineau a commencé son cours le mercredi 21 novembre, à neuf heures, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Mortalité a Paris (47e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 novembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 985, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 6. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 51.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 21; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; de l'appareil circulatoire, 85; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 47e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu, pendant la semaine actuelle, notification de 985 décès (au lieu de 964 pendant la semaine précédente). La comparaison des chiffres de cette semaine et de ceux des semaines précédentes montre que, sauf la diphthérie, les maladies épidémiques sont restées à l'état stationnaire.

Fièvre typhoïde (31 décès); variole (6); rougeole (7); scarlatine (1); coqueluche (6); diphthérie (44) (nous devons craindre que l'épidémie ne grandisse, car les hôpitaux ont reçu pendant la semaine dernière 30 diphthériques, au lieu de 19 pendant la semaine précédente); érysipèle (9); bronchite des jeunes enfants (38); pneumonie (65).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Du Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté dans le traitement de la tuberculose.

Si la forme pharmaceutique de certains médicaments a son importance, on peut dire qu'elle est essentielle dans l'administration de la créosote du hêtre, dont l'action sur la muqueuse du tube digestif est bien différente, suivant l'état où la créosote est ingérée.

Cette différence explique l'insistance toute particulière que MM. les docteurs Bouchard et Gimbert, ces éminents expérimentateurs de la créosote, mettent à nous indiquer ce qu'ils considèrent comme son mode d'administration spécial, le seul acceptable par l'estomac et compatible avec un traitement qui doit être longtemps continué.

« Les solutions seules, disent-ils, pouvaient nous per- » mettre d'atteindre ce double but : les doses élevées et la » longue durée de l'administration. En raison de ses pro- » priétés irritantes, le médicament devait être à l'état de » dilution étendue, ce qui nous mettait dans l'impossibilité » de l'administrer en capsules. »

Et leur *Note sur l'emploi de la créosote vraie dans le traitement de la phthisie pulmonaire* se termine ainsi :

« Nous avons l'espérance que plusieurs phthisiques ob- » tiendront une guérison sur laquelle on ne comptait pas et » que la créosote vraie du goudron de bois, administrée sui- » vant la méthode que nous avons formulée, à l'intérieur, à » doses relativement élevées pendant un long temps, pourra » contribuer à ces guérisons sans provoquer les accidents » auxquels expose un médicament aussi énergique, pourvu » toutefois — et c'est là le complément de la méthode — » que la créosote soit *complètement dissoute et fortement* » *étendue.* »

Ces principes doivent être ponctuellement observés par le praticien dans l'administration de la créosote et certainement beaucoup de médecins n'ont pas obtenu, dans le traitement de la tuberculose, les résultats qu'ils attendaient de la créosote pour avoir fait usage de préparations où ce médicament se trouvait incomplètement dissous ou à l'état de solution insuffisamment diluée.

En ces dernières années, l'application de la créosote du hêtre s'est répandue dans les hôpitaux et a mis hors de contestation sa valeur thérapeutique. Mais la créosote ne doit pas faire abandonner les autres moyens, et notamment le phosphate de chaux qui, par son effet réparateur sur les centres nerveux et par sa tendance à favoriser la transformation crétacée des tubercules, devient son adjuvant le plus énergique.

La créosote et le phosphate de chaux constituent, et ce cas nous est commun avec beaucoup de nos confrères, la base permanente de notre traitement de la tuberculose. Dans notre pratique journalière, nous avons adopté le Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté de L. Pautanberge, dont la composition paraît établie sur des données absolument scientifiques.

Le phosphate de chaux s'y rencontre sous sa forme la plus assimilable, à l'état de Chlorhydro-phosphate.

La créosote, complètement dissoute, se trouve largement étendue à la condition de donner le médicament de la manière suivante : une cuillerée à potage dans trois quarts de verre d'eau. La cuillerée contient 50 centigrammes de sel calcaire et 10 centigrammes de créosote, de sorte qu'en opérant suivant cette indication, on obtient une solution de créosote au 1/1500 environ ; une telle dilution est bien suffisante pour rendre la créosote complètement inoffensive et simplement astringente.

La dose de Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté administrée à un adulte varie de trois à cinq cuillerées à potage par jour ; aux enfants, de trois à cinq cuillerées à dessert ou à café, suivant l'âge. Nous conseillons de sucrer la solution et d'employer l'eau à la température de la chambre.

Les malades s'habituent rapidement au goût du Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté, et, à la suite d'un usage prolongé, cette solution de Chlorhydro-phosphate de chaux et de créosote de hêtre donne, dans la tuberculose, des résultats vraiment satisfaisants.

Chez la plupart des sujets soumis à son traitement, la disparition des symptômes locaux et l'état général autorisent à considérer ces cas comme équivalant à des guérisons.

(*Union médicale.*)

Les indications de la médecine alcaline.

La médication par les alcalins n'a plus à faire ses preuves; elle a conquis sa place dans la thérapeutique. Elle trouve, en effet, son indication dans toutes les circonstances où il s'agit de modifier le sang sans détruire tout à fait les éléments réparateurs, que la maladie soit aiguë ou bien qu'elle soit chronique. Ce sont, avec l'iode, le mercure et l'arsenic, les agents principaux de la médecine dite altérante; mais on peut dire qu'ils ont sur leurs pareils l'avantage de liquéfier, d'atténuer immédiatement le sang sans excitation préalable, et ne jettent pas non plus l'organisme dans un affaissement aussi complet, parce qu'ils sont plus facilement assimilés et éliminés. Trousseau, qui a étudié en dernier ressort leur action physiologique, déclare que « *les alcalins contribuent à maintenir » le sang dans le degré de viscosité qui lui est nécessaire » pour rester propre à l'endosmose, à l'exosmose et aux » différentes opérations qui constituent la vie organique* ». En un mot, ils coopèrent d'une façon active à tous les actes de nutrition et d'assimilation.

Mais ici, comme ailleurs, il faut prendre garde de tomber dans l'excès : *l'écueil n'est pas facile à voir ni commode à éviter*. Attendu que les alcalins n'amènent aucune spoliation apparente de l'économie, il semblerait que leur usage pût être prolongé sans inconvénient et sans aucun danger pour le malade. C'est là précisément qu'est l'erreur. Déjà les anciens avaient admirablement indiqué l'influence des alcalins sur la composition du sang et les accidents qui découlent de leur emploi intempestif ou excessif. Le grand clinicien que je citais tout à l'heure et qu'il faut citer constamment dans toutes ces questions de médecine usuelle, a tout particulièrement insisté sur les modifications profondes apportées à l'économie par les alcalins et sur la prudence qui doit présider à leur administration. *Il a fait voir qu'un remède puissant pour guérir devait être nécessairement puissant pour faire le mal.*

On prescrit souvent les alcalins, sels de potasse et de soude, avec une légèreté singulière et on les laisse continuer comme une tisane d'orge ou de bourrache. C'est pourquoi une cachexie véritable, caractérisée par de la pâleur, de la bouffissure générale, des hémorrhagies passives, un amaigrissement souvent irréparable, se montre souvent à la suite de l'abus de ces médicaments. Et si les sels alcalins de soude ou de potasse, si le nitrate de potasse en nature, absorbés en excès, peuvent être nuisibles aux malades, combien les eaux minérales alcalines, dont l'usage est aujourd'hui si répandu, ne les exposent-elles pas davantage à la cachexie que nous venons d'esquisser! L'habitude n'a-t-elle pas fait considérer ces eaux comme absolument inoffensives? Les malades ne se les prescrivent-ils pas eux-mêmes et sans aucune mesure? Ne s'absorbent-elles pas enfin souvent par plaisir et comme de simples eaux de table?

L'occasion nous paraît bonne de jeter un coup d'œil sur ce point particulier de pratique. L'étude des eaux minérales est en général beaucoup trop négligée. Elle est pourtant, elle aussi, d'importance majeure.

Les hydrologistes s'accordent avec Durand-Fardel à diviser les eaux alcalines en deux grandes classes : les bicarbonatées sodiques et les bicarbonatées calcaires. Dans la première classe Vichy, Vals, etc. Dans la deuxième Alet, Condillac, Pougues, etc.

On serait tenté de supposer à priori qu'une eau, n'ayant pas les mêmes inconvénients que Vichy, ne doit pas avoir, au même degré, les mêmes vertus; or l'expérience clinique démontre que non seulement on guérit à Pougues comme à Vichy les mêmes affections diathésiques, mais que Pougues triomphe plus aisément d'un groupe spécial d'affections, telles que les dyspepsies et les gastralgies (Durand-Fardel) et rend surtout de grands services dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, ainsi que l'a très bien démontré l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Gallard.

Ce sont là des applications assez précises pour qu'il ne soit pas nécessaire d'exagérer les propriétés de cette eau comme l'avait fait Mialhe, qui allait jusqu'à préconiser son emploi contre la scrofule parce qu'elle contient des traces d'iode.

La sphère des indications thérapeutiques de Pougues est, du reste, assez étendue pour qu'il soit inutile d'aller au delà. Ainsi la gravelle, que nombre de praticiens considèrent comme spécialement tributaire de Contrexéville, *résiste beaucoup moins à l'action des eaux de Pougues, qui produisent en effet dans ce cas une modification de longue durée.*

Sans être aussi affirmatif que Rotureau, qui prétend que cette modification est permanente, Gubler, Durand-Fardel reconnaissent avec lui que l'action est énergique. On boit à Pougues cinq ou six verres au plus en deux fois, tandis qu'à Contrexéville on n'arrive à expulser les graviers qu'en ingérant une grande quantité d'eau, qui est éliminée sans modifier autrement la muqueuse de l'appareil urinaire que par un simple *lavage*. C'est surtout dans l'immortel ouvrage de Trousseau que les indications de Pougues ont été nettement formulées (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*). Partout les eaux de Vichy et de Pougues y sont placées au même rang dans le traitement soit du diabète (t. II, p. 697), soit des vertiges stomacaux (t. III, p. 17), soit de la cachexie palustre (t. III, p. 57), soit des coliques hépatiques (t. III, p. 237). La même opinion a été récemment exprimée par le professeur Hardy. Dans le traitement de la gravelle, de la dyspepsie, Pougues y est recommandé tout spécialement (t. III, p. 48 et 58). Enfin, comme eau ferrugineuse, il y est dit, à la page 504, que l'eau de Pougues, avec ses quelques centigrammes de sels ferrugineux, guérit quelquefois plus vite une chlorose que la limaille de fer, l'éthiops martial, etc.

Trousseau, de son temps, se plaignait de voir dans les pharmacies un luxe de préparations ferrugineuses qui n'était pas étranger aux spéculations commerciales; que dirait-il aujourd'hui, que les spécialités pharmaceutiques de tout genre se sont multipliées à l'infini?

Et pour revenir à notre sujet, il nous semble que, pour atténuer les effets qu'amène fréquemment l'abus des eaux minérales alcalines, il y a lieu de préférer Pougues à Vichy dans toutes les maladies où ces deux eaux sont simultanément indiquées? Pougues paraît, en effet, combattre plus de symptômes, s'adresser à plus d'indications morbides, et offrir beaucoup moins de contre-indications.

Ainsi, dans les maladies des femmes, Desnos, médecin de l'hôpital de la Pitié, a signalé dans ces termes leurs effets thérapeutiques : « Les troubles de la digestion sont un accompagnement fréquent des maladies de matrice dans » lesquelles leur prédominance symptomatique commande » l'usage des eaux qui sont en possession du traitement de la » dyspepsie, d'autant mieux que ces eaux, lorsqu'elles sont » convenablement choisies, sont par elles-même propres à » effectuer la résolution de l'inflammation utérine. — C'est » ainsi que, dans la classe des bicarbonatées alcalines, *on » conseillera les eaux de Pougues.* »

Les indications générales de la médication alcaline peuvent, du reste, être nettement formulées dans les conclusions suivantes : 1° chez les femmes toutes prédisposées à l'anémie ou frappées par elle, comme chez tous les individus cachectiques, si la médication est rendue nécessaire, l'eau de Pougues sera préférée; 2° chez tous les malades, quels qu'ils soient, quand la médication par les alcalins doit être poursuivie longtemps, c'est à l'eau de Pougues qu'on s'adressera avec le plus de sécurité.

(*Revue de thérapeutique.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue, qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas, qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique, dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Des effets thérapeutiques de la Créosote de hêtre associée au Baume de Tolu et au Goudron de Norwège.

La Créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène ; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action certaine qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi.

Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le Baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers. Le Baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de Baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulorum lenta phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantum in principio morbi, verum etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du Baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le Goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens de Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de Créosote pure de hêtre.
7 1/2 — de Goudron purifié de Norwège.
7 1/2 — de Baume de Tolu.

Ces capsules, appelées *Gouttes Livoniennes*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les Gouttes Livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons, accompagnés de temps humides. Dr E. Lasniée.

De la Papaïne ou pepsine végétale tirée du Carica papaya.

MM. Trouette et Pierret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut, et par conséquent est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée, des propagateurs de la Papaïne?

(*Union médicale*,)

G. Masson. *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies. A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 6 décembre 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DU LAVAGE DE L'ESTOMAC, DE L'ALIMENTATION ET DE LA SURALIMENTATION. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : DE LA SUTURE OSSEUSE DANS LES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

L'élection qui a eu lieu mardi à l'Académie de médecine pour une place vacante dans la section de thérapeutique a eu pour résultat la nomination de M. Vidal, par une forte majorité, au premier tour de scrutin. M. le professeur Hayem a marqué sa place par 24 suffrages pour une prochaine élection.

Du lavage de l'estomac, de l'alimentation et de la suralimentation.

Nous n'avons pas ici la prétention de présenter des vues nouvelles et particulières sur le lavage de l'estomac. Notre intention est seulement de mettre, par un article d'ensemble, les lecteurs au courant d'une question sur laquelle la *Gazette hebdomadaire* ne leur a encore fourni que des indications partielles.

L'idée d'injecter dans un but curatif certains liquides dans l'estomac n'est pas neuve. Dans ses leçons de clinique thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz nous apprend que Boerhaave avait conseillé cette pratique. En 1802, Casimir Renault proposa l'usage de la pompe aspiratrice dans les empoisonnements et, quelques années plus tard, un médecin anglais, Ed. Juke, s'empoisonna bravement avec de l'opium, puis vida son estomac avec une pompe de son invention et sortit victorieux de l'épreuve.

Mais c'est véritablement en 1832 que le docteur Blatin, à propos de la gastrite, parla des avantages que pouvait présenter le *lavage* de l'estomac, du *viscère phlogosé*. On ne s'occupait pas de cette idée qui parut nouvelle quand Küssmaul, en 1867, la rajeunit en la proposant au Congrès médical de Francfort-sur-le-Mein. Cette méthode, qui fut d'abord l'objet d'un certain engouement, fut bientôt critiquée, en raison de l'insuffisance des appareils. Elle aurait probablement été

FEUILLETON

Comment on fait sa thèse. — Comment on devrait la faire.

(Suite. — Voyez le n° 47.)

Nous devons à l'obligeance de notre excellent confrère M. le docteur Louis Thomas (de Tours), la connaissance d'un exemple de plagiat qui fait le pendant de celui de M. José Prô.

M. le professeur Costes (de Bordeaux) a écrit le premier, en 1859, une étude d'ensemble sur les tumeurs emphysémateuses du crâne. « Il se passa au sujet de celui-ci, dit M. Thomas, un fait heureusement fort rare dans les annales de la science, et qui mérite d'être raconté.

» En 1860, fut soutenue devant la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le pneumatocèle du crâne qui est, moins le nom de l'auteur, une reproduction fidèle du mémoire de M. Costes.

» Cette thèse eut plus de retentissement que ne l'espérait sans doute, je ne dirai pas son auteur, mais son signataire. Elle parvint à M. Costes, qui publia en réponse, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (2e série, 6e année, n° d'août 1861, p. 364) un article intitulé : *Manière simple et facile de faire une thèse sur un sujet qui offre quelque nouveauté.* Cet article est imprimé sur deux colonnes : dans l'une se trouve l'original, dans l'autre la copie, et on peut s'assurer que celle-ci ne diffère du premier que par la transposition des différents paragraphes. » (A. L. Thomas, *Du pneumatocèle du crâne*, Th. de doct., Paris, 1865, p. 44.)

Ceci n'est pas tout à fait exact, en ce sens que l'auteur de la thèse a ajouté au texte de M. Costes quelques passages copiés dans Malgaigne et dans Jarjavay, une observation originale et quelques courts développements inspirés par celle-ci, mais l'appréciation de M. Thomas reste vraie dans

abandonnée quand l'invention de Faucher vint lui enlever tous ses dangers et lui donner une nouvelle faveur. Cette invention est double; elle consiste dans l'emploi de tubes élastiques particuliers munis d'un entonnoir et fonctionnant par le mécanisme du siphon.

On connaît le tube de Faucher; rien de plus simple. Il est en caoutchouc rouge, souple et suffisamment résistant, parfaitement lisse. Sa longueur totale est de $1^m,50$; son diamètre varie de $0^m,008$ à $0^m,012$. Un index marque la longueur de la partie qui doit être introduite ($0^m,45$ environ). L'entonnoir qui le termine doit être en verre. On apprécie mieux la marche du liquide, sa descente dans l'estomac, son reflux quand il a lieu et sa composition (fig. 1).

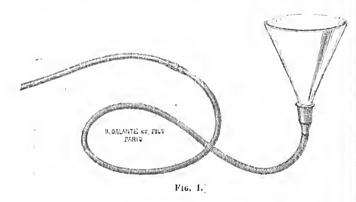


FIG. 1.

L'introduction de ce tube peut présenter et présente habituellement quelques difficultés, surtout dans les premières séances. Pour la pratique, on fait élever la tête du malade, assis devant l'opérateur, le cou tendu et un peu rejeté en arrière. La langue étant légèrement tirée en avant, comme pour la laryngoscopie, le tube est introduit rapidement jusqu'au pharynx et poussé doucement jusqu'au-dessous de l'épiglotte. On s'arrête un instant, surtout si le malade a de violentes nausées. On l'engage à respirer largement et à exercer des mouvements de déglutition, comme pour avaler le tube que l'on pousse par petits coups. Si le tube s'arrête brusquement, on le retire un peu, on fait respirer le malade, puis on pousse de nouveau la sonde. Quand celle-ci a pénétré dans l'estomac, on l'y laisse pendant 15 à 20 secondes; puis on procède au lavage. Pour cela on verse doucement dans l'entonnoir un litre environ du liquide choisi : eau de Vichy, par exemple. Le liquide coule peu à peu. Au moment où l'entonnoir va se vider complètement, on le renverse rapidement dans une cuvette placée au-dessous du niveau de l'estomac; le siphon fonctionne aussitôt et l'estomac se vide. On répète la manœuvre jusqu'à ce que le liquide ingéré revienne limpide.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Le spasme pharyngo-œsophagien qui arrête le tube peut se prolonger de telle façon que la sonde ne peut être poussée plus avant. Aussi a-t-on imaginé (Debove) un mandrin élastique qui permet de vaincre cette résistance. Il est prudent toutefois, lorsqu'elle est très vive, qu'elle s'accompagne de nausées violentes, de dyspnée, de ne pas insister. On administre au patient pendant trois ou quatre jours du bromure de potassium qu'on fait également entrer dans un gargarisme. Cette médication modère ou supprime le réflexe exagéré qui a fait échouer les premières tentatives, et on réussit quelques jours après.

M. le docteur Audhoui reproche au lavage ainsi pratiqué de ne pas entraîner toujours les matières glutineuses, adhérentes, qui peuvent se trouver dans l'estomac. Il propose d'employer une sonde formée de deux tubes d'inégal calibre. Ces deux tubes sont joints dans la partie qui doit pénétrer dans l'œsophage, isolés au dehors. Le gros tube, percé de trois trous, pénètre jusque dans l'estomac; le petit tube s'ouvre dans le gros à environ $0^m,12$ de l'extrémité gastrique. En dehors, les deux tubes, avons-nous dit, sont indépendants.

Par le petit tube arrive le liquide sous une pression voulue. L'estomac se remplit; un léger effort de toux pousse le trop plein au dehors. Le siphon est ainsi amorcé et l'écoulement peut se prolonger d'une façon continue aussi longtemps qu'on le juge utile. Le but de cet appareil est de déterminer un courant plus abondant et plus énergique, et de déterger plus sûrement la muqueuse stomacale. A l'établissement thermal de Châtel-Guyon, où cet appareil est installé, le petit tube communique avec un réservoir qui amène l'eau à la pression voulue. Dans les cas ordinaires, l'appareil de Faucher peut suffire. — Quoi qu'il en soit, on voit que l'outillage est complet. Ajoutons que le malade arrive rapidement à s'introduire le tube et qu'il le fait bientôt avec la plus grande facilité. Il fait lui-même son lavage et introduit les aliments prescrits (fig. 2).

La nature du liquide qui servira au lavage n'est pas indifférente. L'eau de Vichy, l'eau de Vals, de Châtel-Guyon, qui sont excellentes mais coûteuses, peuvent être remplacées

---

son ensemble. Tout le mémoire de M. Costes, découpé en lambeaux que M. Voisin (tant pis, je le nomme) a changés de place, est entré dans la thèse de celui-ci sans que le nom du savant professeur de Bordeaux ait été une seule fois cité.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que M. Costes, dans sa réclamation, a fort malmené son plagiaire.

Passons aux bonnes thèses. Celles-là se font généralement sous l'inspiration d'un professeur, d'un médecin ou d'un chirurgien des hôpitaux, qui donnent à l'élève le sujet de la thèse, leurs opinions personnelles et souvent un certain nombre de documents qu'ils ont pu réunir eux-mêmes. Ces thèses, toujours sérieusement faites, se composent de deux parties : l'une de compilation, tendant à présenter l'état de la science sur la question; l'autre originale, renfermant le résultat de recherches faites à l'hôpital ou au laboratoire.

De la partie originale, je n'ai que peu de chose à dire. Faite à loisir, sous la direction ou d'après les conseils du maître, il est bien rare qu'elle n'élucide pas quelque point douteux de la science médicale ou de l'art chirurgical. Les thèses sorties des laboratoires du Collège de France, de la Sorbonne ou de la Faculté de médecine, renferment des documents sérieux, et restent dans l'histoire d'une question comme autant de jalons indiquant les progrès accomplis dans telle ou telle voie. Nous pouvons en dire autant de celles, beaucoup plus nombreuses, qui sont consacrées à des sujets d'anatomie pathologique, de médecine, de chirurgie, d'accouchements, etc. Celles-là sont parfois le fruit de l'observation et des méditations de plusieurs années d'internat; elles sont souvent présentées comme mémoires pour le concours de la médaille d'or, et on les trouve, non moins souvent, à la fin de l'année scolaire, sur les listes des thèses récompensées par la Faculté.

Il ne faudrait pas croire cependant que toutes les thèses soutenues par des internes soient bonnes, ni que toutes les thèses qui ne sont pas d'un interne soient mauvaises; il en

par de l'eau alcalinisée à 2 grammes par litre. En Allemagne on ajoute à l'eau destinée au lavage 6 grammes de sulfate de soude.



Fig. 2.

Des indications spéciales peuvent se présenter s'il y a des douleurs vives d'estomac, on peut employer des liquides rendus calmants par l'addition de quelques gouttes de teinture de belladone ou de laudanum. — M. Dujardin-Beaumetz conseille le lait de bismuth préparé en ajoutant à 500 grammes d'eau 20 grammes de sous-nitrate de bismuth. S'il y a des hémorrhagies, l'eau de Léchelle ou de Pagliari, coupée à moitié d'eau, l'eau additionnée de perchlorure de fer, une cuillerée par litre, peuvent être conseillées.

5 grammes d'acide borique dans un litre d'eau donnent un liquide qui convient aux cas où les sécrétions gastriques sont très odorantes. C'est dans ces mêmes cas que M. Dujardin-Beaumetz prescrit les solutions de résorcine dans la même proportion.

A quels cas convient le lavage de l'estomac? C'est surtout contre les gastrites chroniques, les dyspepsies invétérées avec dilatation considérable du ventricule que cette médication a été prescrite. Toutes les fois qu'on se trouve en présence de troubles digestifs rebelles et spécialement dans tous les cas où l'estomac forme *cloaque*, son emploi est indiqué. Elle a rendu de grands services à des malades atteints de cancer du pylore, dont l'estomac dilaté, rempli d'aliments non digérés et devenant promptement fétides, ne peut se débarrasser que par les efforts pénibles du vomissement. Il y a quelques mois, chez une malade atteinte de tumeur intestinale avec étranglement interne et que je soignais avec le docteur Constantin Paul, ce dernier eut l'idée d'appliquer régulièrement le siphon pour prévenir les vomissements fécaloïdes qui avaient eu lieu à plusieurs reprises. Chaque jour l'estomac était vidé matin et soir et nettoyé avec l'eau de Vichy. Grâce à ce traitement, les vomissements ne reparurent plus et l'on fit disparaître un des symptômes les plus douloureux d'une maladie d'ailleurs incurable. Le même traitement pourrait rendre moins pénibles les vomissements fécaloïdes dans les hernies étranglées.

Dans certains cas d'empoisonnement, on comprend les services que peuvent rendre l'évacuation et le lavage de l'estomac, surtout si l'on a été prévenu peu de temps après l'ingestion du poison. On peut non seulement espérer qu'on évacuera de cette façon une certaine quantité de la substance toxique; mais on pourra encore faire arriver sur la muqueuse des contrepoisons ou des liquides médicamenteux, capables de combattre l'inflammation, de favoriser l'élimination des eschares, et enfin verser dans l'estomac des boissons alimentaires, du lait ou des potages clairs, dont la déglutition serait rendue impossible par l'état des premières voies. On comprend avec quelles précautions doit être faite en pareil cas l'introduction de la sonde pénétrant à travers des tissus altérés et qu'il serait si facile de lacérer.

La facilité avec laquelle on peut ainsi pénétrer dans l'estomac et y introduire des matières nutritives a donné à M. Debove l'idée féconde de pratiquer l'*alimentation artificielle*, *gavage* ou *suralimentation* dans certains cas caractérisés spécialement par le dépérissement et l'inanition que déterminent les maladies chroniques. Il s'agissait, en pareils cas, non pas de trouver un spécifique à ces maladies, mais d'entretenir la vie du malade, de relever ses forces, en rétablissant les fonctions digestives, de manière à favoriser l'effort curatif de la nature en lui donnant le temps nécessaire à son œuvre réparatrice. C'est surtout dans la tuberculose pulmo-

---

est de bonnes et de mauvaises partout, non pas toutefois dans la même proportion. A priori, toutes les thèses signées par les internes devraient être bonnes; mais on sait qu'il n'y a pas de règle sans exception.

J'aurai plus à critiquer la partie dite de compilation.

Celle-ci a pour but, avons-nous dit, de donner l'état de la science sur la question traitée dans la thèse, ou bien encore de fournir à l'auteur un nombre plus considérable de documents, en ajoutant ceux qui ont été publiés avant lui à ses observations personnelles. Ceux qui ont un peu l'habitude des recherches bibliographiques savent combien elles sont longues et difficiles, et il est bien rare qu'on les fasse sérieusement quand il s'agit d'une thèse; le plus souvent elles aboutissent à des erreurs, ou bien elles sont fort incomplètes. Je m'explique.

A notre époque, il n'existe pas encore de catalogue complet de toutes les publications médicales; peu de recueils même ont une table générale des travaux originaux qu'ils renferment. Quiconque veut faire des recherches complètes sur un point donné, est donc obligé de parcourir une à une les tables annuelles des thèses, des journaux, en un mot des publications périodiques. Souvent aussi, quand on fait ces recherches à la Faculté, le volume dont on a besoin est absent de la bibliothèque: ce qui aura encore lieu longtemps, malheureusement, tant que le bibliothécaire n'aura qu'un budget insuffisant, ne sera pas armé d'un bon règlement qui interdise le prêt des ouvrages d'usage journalier dont il n'a qu'un exemplaire, et qu'il sera obligé de faire relier les livres au dehors. Que résulte-t-il de toutes ces difficultés? La plupart de ceux qui sont partis avec l'intention d'aller jusqu'au bout, voyant bientôt le temps énorme qu'il leur faudrait consacrer à ce labeur, ne tardent pas à s'arrêter et à chercher un moyen plus simple d'en finir. Le moyen est bien vite trouvé.

Il existe, en effet, çà et là, à la fin des articles des dictionnaires, à la fin de quelques thèses ou au commencement de

naire que cette indication trouve son emploi. Combattre la dénutrition, c'est s'attaquer à la fois à la cause et à l'effet de la lésion pulmonaire. Les sécrétions bronchiques, les sueurs exagérées, la diarrhée, la fièvre, sont ici des causes d'une déperdition incessante, qui s'accentue encore davantage par le fait même de l'anorexie inévitable. Le phthisique est ainsi placé à tous égards dans une sorte de cercle vicieux dont on rompra la continuité en lui faisant supporter une alimentation exagérée à dessein, de façon à mettre ses recettes au niveau de ses dépenses. — La question était en outre de savoir si le phthisique pourrait supporter cette suralimentation. C'était à l'expérience de répondre, et la réponse a été affirmative.

Les aliments devaient pouvoir arriver facilement dans l'estomac et y arriver à des doses considérables. La viande crue finement hachée a rendu des services. Mais elle ne permettait pas de suralimenter le malade et elle exposait au tænia. La poudre de viande possède, sous un petit volume, une puissance nutritive plus considérable. Elle correspond à quatre fois son volume de viande crue, de telle sorte que 100 grammes de poudre représentent 400 grammes de viande hachée. La poudre de lait obtenue par dessiccation est également un aliment très réparateur. On peut associer à ces préparations des poudres féculentes, celle de lentilles en particulier. On délaye ces poudres dans une quantité suffisante de lait additionnée de jaunes d'œufs et on a ainsi tous les éléments d'une alimentation complète.

On peut et on doit commencer par des doses minimes : 25 grammes de poudre de viande, un œuf et un demi-litre de lait ou de bouillon, dans le cas où le lait est mal toléré par le malade, ce dont on doit tout d'abord s'assurer.

Une dose moyenne qu'on doit chercher à atteindre est représentée par 3 litres de lait, 300 grammes de poudre de viande et 6 à 12 œufs. On peut remplacer 100 grammes de poudre de viande par une quantité égale de poudre de lentilles ou de sirop de glycose.

Ces doses ont été quelquefois dépassées et avec grand avantage pour le malade qui les tolère.

On doit les répartir en trois repas. Quand l'alimentation est mal supportée, on peut faire précéder d'un lavage l'introduction des substances alimentaires. On s'accorde généralement à reconnaître que l'association de certains médicaments: sous-nitrate de bismuth, laudanum, etc., a plus d'inconvénients que de véritables avantages. L'instrument dont on s'est d'abord servi exclusivement et qui suffit encore dans la plupart des cas est le tube Faucher. Quand l'introduction en est particulièrement difficile, on peut se servir de la sonde à mandrin de Debove: Il est souvent inutile, chez des malades habitués à la sonde, de l'introduire jusqu'à l'estomac. M. le docteur Ortille (de Lille) a montré qu'il suffisait d'engager le tube dans les premières parties de l'œsophage. Sur ce principe, M. Dujardin-Beaumetz a fait construire un appareil à *gavage* qui paraît essentiellement pratique. Il se divise en deux parties : 1° un tube œsophagien recourbé, de petit calibre, aplati à son extrémité et mesurant seulement 20 centimètres. Il est muni d'un petit mandrin en baleine qui en rend l'introduction facile; 2° d'un flacon contenant le liquide alimentaire. Ce flacon a deux ouvertures : l'une pour un long tube qui s'adapte au tube œsophagien; l'autre supérieure, pour un autre tube muni d'une poire à compression qui refoulera le liquide. Une fois le tube œsophagien introduit, on le réunit avec le grand tube

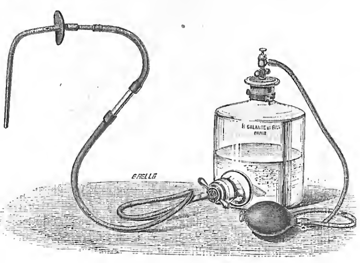


Fig. 3.

du flacon et on fait pénétrer l'aliment en refoulant l'air dans le flacon (fig. 3).

Nous avons vu que c'était surtout dans la tuberculose que la suralimentation était indiquée. Dans un mémoire actuellement en voie de publication dans le *Bulletin thérapeutique*, MM. Broca et Wins ont traité d'une façon complète cette question de la suralimentation et montré, par de nombreuses observations, qu'on peut obtenir par cette méthode

---

Revues générales faites sur le sujet, des bibliographies toutes prêtes à aider le chercheur en détresse. A quoi bon, se dit-on, refaire ce qu'un autre a fait déjà? Et alors on recopie tout ou partie de ces bibliographies; on cite Hippocrate et Galien, Ambroise Paré et Fernel, Baglivi et Hoffmann, Sydenham et J.-P. Franck, etc., absolument comme si l'on s'était nourri, pendant six mois, des écrits textuels de ces grands hommes; on ajoute l'indication bibliographique donnée par les devanciers sans vérifier si elle est fausse ou exacte, et souvent la bibliographie s'enrichit ainsi d'une erreur de plus.

Voilà ce qui arrive pour ceux qui sont remplis de bonnes résolutions; à plus forte raison en est-il de même pour ceux qui préparent leur thèse dans le seul but de se débarrasser d'une épreuve qu'ils jugent sans valeur, parce qu'elle n'entraîne que très rarement l'ajournement de l'élève; ceux-là, veux-je dire, n'abordent même pas la difficulté; qu'ils en connaissent ou non l'existence, ils trouvent préférable d'emblée de citer d'après n'importe qui, et c'est ainsi que se perpétuent des erreurs et des lacunes dont on ne pourrait sans cela s'expliquer la transmission d'une génération à une autre. Qu'on me permette de citer deux exemples.

Mon ami le docteur Ch. Leroux a écrit dernièrement un bon mémoire sur le paludisme congénital (*Revue de médecine*, juillet 1882, p. 561). En faisant des recherches sur le sujet, il trouva dans les travaux antérieurs deux faits rapportés en quelques lignes, et attribués à un auteur que les uns appelaient Pitre Aubanais et les autres Aubinais tout court. Voici ce qu'en disaient les thèses faites sur les fièvres intermittentes chez les enfants :

M. Carles, 1881, p. 18, cite Pitre Aubanais, sans indication bibliographique.

M. Canteteau, 1880, p. 16, dit : « M. Aubinais (*Union médicale*, 1851). »

M. Galland, 1879, cite Pitre Aubanais aux pages 13 et 17, sans indication bibliographique.

des résultats fort remarquables chez des tuberculeux très avancés. Quand le malade ne peut plus tolérer les aliments, que ceux-ci sont rejetés par les efforts de toux et que l'inanition fait de rapides progrès, la médication s'impose en quelque sorte. — Dans les cas heureux, et ils sont nombreux, le poids augmente rapidement, les crachats diminuent d'abondance, ainsi que les sueurs, la fièvre vespérale tombe, l'urée se rapproche de son chiffre normal et on voit les signes locaux s'amender sensiblement.

L'anémie grave, qu'elle soit primitive ou consécutive à quelque longue maladie ou à une perte de sang considérable, peut également entraîner dans certains cas un état de dyspepsie, tel que l'alimentation soit complètement impossible. Dans ce cas encore l'emploi du tube est indiqué et pourra donner d'excellents résultats.

En un mot la suralimentation offre au médecin une ressource précieuse dans tous les cas où l'organisme épuisé ne peut suffire aux fonctions d'assimilation et où les organes digestifs refusent absolument leurs services.

Cette méthode rencontre-t-elle dans ces différents cas des difficultés spéciales ou des contre-indications formelles?

Peut-être a-t-on glissé un peu légèrement sur des difficultés toutes pratiques qui surgissent dès le début. Il y a des malades chez lesquels on se heurte contre une intolérance absolue. Malgré toutes les précautions, malgré l'emploi préventif du bromure de potassium à haute dose, l'introduction de la sonde provoque des spasmes invincibles et, même quand elle a été vivement introduite dans l'estomac, une réaction tellement forte et des efforts de vomissements si intenses et si continus, que le tube est rejeté violemment au bout d'un temps trop court pour permettre le lavage ou simplement l'introduction des liquides alimentaires. Ces cas ne sont pas rares. Le plus souvent on arrive à la longue à triompher de ces résistances; mais il n'est pas indifférent d'exposer à de pareilles secousses un malade déjà affaibli. On a cité des faits malheureux. M. le docteur Desnos parle d'un malade chez lequel les vomissements, d'une violence extrême, déterminèrent une pénétration des aliments dans les voies aériennes et une asphyxie mortelle. Il sera donc toujours prudent de tenir grand compte, chez les phthisiques, de l'état du larynx. Les larges ulcérations de l'épiglotte les exposent à des dangers sérieux, et il ne faudrait pas provoquer chez eux des vomissements violents et répétés qui pourraient amener l'introduction des aliments dans les voies aériennes. C'est ce qu'on observa chez le malade de M. Desnos, à propos duquel M. Krishaber émit l'idée que la sonde avait pu être introduite directement dans la trachée, affirmant que chez certains malades atteints de lésions profondes et anciennes du larynx, cet organe pouvait tolérer le passage et la présence d'une sonde. Disons en passant qu'il nous paraît bien difficile d'admettre qu'un cylindre du volume de la sonde Faucher puisse ainsi traverser le larynx. Quoiqu'il en soit, on ne saurait user de trop de ménagements chez un malade atteint de lésions laryngées et il serait plus prudent chez lui de procéder à l'aide de l'appareil de M. Beaumetz dont le tube plus petit, muni d'un mandrin qui permet de lui faire suivre sûrement la paroi postérieure du pharynx et de la première partie de l'œsophage, aurait moins de risque de s'égarer.

D'une manière générale, toutes les maladies qui déterminent une anorexie complète et des vomissements incoercibles constituent une indication à l'alimentation artificielle, sinon à la suralimentation. On sait que cette anorexie se rencontre chez certains ataxiques, dans la convalescence des fièvres typhoïdes, dans l'hystérie. Nous avons eu l'occasion d'observer un fait de ce genre chez une jeune fille qui succomba à l'inanition, sans qu'on ait pu, par des examens multipliés, constater chez elle aucune maladie organique et qui, sous l'influence d'un état hystérique ancien, rejetait toute espèce d'aliments. Peut-être conviendrait-il d'essayer ce genre d'alimentation chez les femmes grosses atteintes de vomissements incoercibles, tout au moins dans les cas graves pour lesquels on a proposé l'accouchement prématuré.

A la suite de suppurations prolongées, on sait que l'anorexie se manifeste souvent avec cette gravité extrême. Nous en avons observé un cas chez un jeune homme opéré d'une pleurésie purulente et chez lequel s'était établie une fistule pleurale intarissable. M. le docteur Bouilly pratiqua chez lui l'opération d'Estlander. Les suites en furent heureuses jusqu'au moment où le malade fut pris de vomissements incoercibles. La mort était prochaine quand on eut l'idée de le soumettre à l'alimentation artificielle. Au bout de quelques jours les vomissements s'arrêtèrent; la fièvre diminua, les forces revinrent progressivement et le malade guérit en quelques semaines.

Il serait facile de citer bon nombre d'observations analogues. Ce que nous avons dit nous semble suffisant pour montrer les services signalés que peuvent rendre le lavage de l'estomac dans certains cas bien déterminés et d'un autre côté l'alimentation artificielle et la suralimentation, dont les

---

M. Folliet, 1878, p. 6, l'appelle Aubinais, et renvoie à l'*Union médicale*, 1851.

M. Boyer, en 1867, ne le cite pas.

M. Bossu, 1863, p. 9, dit : « M. Pitre Aubanais, » sans indication.

M. Laranza, 1859, p. 7, dit : « En 1854, un mémoire de M. Pitre Aubanais (*Gazette médicale*). »

M. Leroux, ayant vainement cherché le travail de M. Aubinais ou Pitre Aubanais dans l'*Union médicale* de 1851 et dans la *Gazette médicale* de 1854, me pria de lui venir en aide.

Je cherchai en vain, comme M. Leroux, à la table des volumes indiqués : il n'y a rien à *fièvre*, à *intermittente*, à *enfant*, à *paludisme*, à *congénital*, à *marais;* ni Pitre, ni Aubanais ou Aubinais ne figurent parmi les noms d'auteurs. De plus, deux travaux sur le même sujet, insérés dans le même volume, ne mentionnent nullement celui que nous cherchions. Voulant en avoir le cœur net, je parcourus un jour l'année 1851 de l'*Union médicale* feuillet à feuillet, et à la page 180 je trouvai sous ce titre : *Gonflement de la rate chez les enfants naissants*, un petit article d'une vingtaine de lignes et commençant ainsi : « M. Pitre Aubinais rapporte, dans le *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, l'observation de deux enfants... » Sans indication de date ni de volume.

Je n'étais pas beaucoup plus avancé, car il n'existe pas de journal portant le titre donné par l'*Union*; mais je connaissais un journal de médecine de Nantes, et en allant à sa recherche je trouvai le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*. Ce devait être le mien, et, en effet, après avoir consulté inutilement l'année 1851, je trouvai dans l'année 1850 ce que je cherchais, et que je communiquai à M. Leroux. Mais il était dit que l'indication exacte de ce travail ne serait pas encore donnée cette fois-là.

Le mémoire de M. Leroux était déjà mis en pages quand

indications sont bien plus étendues et se rencontrent d'une manière générale dans tous les cas où le danger de l'inanition se présente en dehors des lésions organiques des voies digestives.

Blachez.

Société de chirurgie : De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

Depuis l'adoption, aujourd'hui presque générale, de la méthode antiseptique, la chirurgie est devenue plus audacieuse. Certaines opérations, regardées jadis comme téméraires et presque criminelles, sont entrées dans la pratique courante; les tentatives les plus hardies semblent acceptées en raison de leur innocuité. Dans cette lutte de témérités chirurgicales, l'Angleterre et surtout l'Allemagne tiennent le premier rang. Plus circonspects et plus sages peut-être, les chirurgiens français hésitent à entrer dans cette voie, et, comparés à leurs voisins, ils se montrent d'une réserve que certains qualifient de timidité. Malgré les succès de Bœckel (de Strasbourg), la *tarsotomie*, dans le traitement du pied bot invétéré, n'a reçu de la Société de chirurgie qu'un accueil fort réservé et, dans l'Académie de médecine, M. Tillaux seul a pris sa défense. La proscription dont cette opération est menacée en France doit-elle s'étendre à la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule? Telle est la question que nous avons le dessein d'examiner ici.

« Si je me fracturais la rotule ce soir, en regagnant mon logis, disait le professeur Verneuil à la Société de chirurgie, dans la séance du 7 novembre dernier, et si le maître en antisepsie, Lister, venait m'offrir de m'appliquer sa suture osseuse, je lui refuserais nettement. » Cette même opinion fut soutenue par MM. Richelot, Le Fort, Gillette, Després, Labbé, Trélat, Forget, et seuls, MM. Lucas-Championnière et Pozzi, ce dernier avec beaucoup de réserve, prirent la défense de cette opération, que tous deux, mais dans des cas bien différents, avaient mise en usage quelques semaines auparavant. De mon côté, je maintins fermement le bien fondé des conclusions qui terminaient le rapport dont je venais de donner lecture, conclusions que je transcris textuellement :

1° Dans les fractures transversales de la rotule, anciennes, avec cal fibreux étendu et impuissance fonctionnelle du membre, quand l'échec des excitants musculaires (frictions, douches, massage, électrisation) a démontré que l'atrophie des muscles n'est pas la cause des troubles observés, quand les appareils de prothèse ne remédient qu'incomplètement à ces désordres, la suture osseuse est utile et doit être conseillée.

2° La suture osseuse, dans les fractures transversales récentes et sous-cutanées de la rotule avec écartement des fragments, ne doit pas être admise comme méthode générale de traitement. Elle doit être réservée aux cas où, malgré la ponction aspiratrice, la coaptation est rendue absolument impossible, soit par la disposition spéciale de la fracture, soit par l'interposition entre les fragments d'un corps étranger (caillot sanguin, tissu fibreux) qu'il est impossible de déplacer sans ouvrir la jointure.

Nous ajoutions : « Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses doivent être prises, car, autrement, le danger est si grand que mieux vaut s'abstenir. »

Pour décider de la valeur d'une opération, il ne s'agit pas seulement de démontrer son innocuité et ses suites favorables, encore faut-il prouver sa nécessité ou du moins son utilité.

Pour MM. Le Fort, Després, Verneuil, etc., les fractures transversales de la rotule guérissent très bien par les appareils divers qu'ils emploient d'habitude; les blessés marchent parfaitement, les fonctions du membre se rétablissent en quelques mois; il est donc bien inutile de pratiquer une opération qui ne peut donner un résultat meilleur. Si le membre reste parfois impuissant, la cause n'en est pas dans l'absence de cal osseux, dans l'existence d'un cal fibreux plus ou moins large ou d'adhérences intra-articulaires, l'impotence fonctionnelle résulte uniquement de l'atrophie du triceps crural, du défaut des extenseurs de la jambe. Ainsi s'expliquent les cas assez fréquents où le patient marche, court, monte et descend les escaliers, porte même de lourds fardeaux avec un écartement persistant de 4, 5 et jusqu'à 6 centimètres. C'est donc l'atrophie musculaire qu'il faut combattre, et la suture osseuse ne saurait l'empêcher de se produire.

Le tableau que nos collègues tracent des suites d'une fracture de la rotule traitée par les appareils, n'est-il pas un peu flatté? Ces excellents résultats sont-ils le fait ordinaire? Malgré la grande expérience de ces maîtres éminents, nous croyons que tous les chirurgiens n'ont pas été aussi heureux, et nous n'en voulons pour preuve que le nombre infini des appareils imaginés pour la contention des fragments de la

---

je fis cette trouvaille; l'auteur ne put donc que l'ajouter sur l'épreuve en bon à tirer, qu'il ne corrigea plus. Il en résulta que le compositeur trouva moyen d'y glisser trois fautes. L'indication exacte étant : *Des fièvres pernicieuses intermittentes ou rémittentes, considérées dans leurs rapports avec la grossesse*, par le docteur Pitre Aubinais (*Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*, 1850, t. XXVI, p. 15), le compositeur oublia *intermittentes*, mit *Seine* à la place de *Loire*, et 1856 à la place de 1850. Heureusement le chiffre du volume et de la page où se trouvent les observations (38-41) suffiront pour guider le lecteur qui voudra les lire.

Espérons que cette fois l'indication du travail de Pitre Aubinais restera telle que je l'ai écrite, et passera intacte à la postérité.

Je dois ajouter, pour être complet, que le résumé de ces observations se trouve indiqué dans la table de l'*Union* au mot Rate, mais sans nom d'auteur. Je n'ai pas jugé à propos de pousser la minutie jusqu'à feuilleter de même l'année 1854 de la *Gazette médicale*, ce qui d'ailleurs ne m'aurait probablement servi à rien.

Voici un autre exemple qui me fournit l'occasion de signaler trois mauvaises indications à la fois et, ce qui vaut mieux, d'en rectifier deux en passant. Il m'a été impossible de vérifier la troisième.

Il y a, en effet, depuis Rayer (*Maladies des reins*, t. III, p. 370, 1841), trois observations d'hématurie intermittente ou périodique qui courent la littérature médicale, et, bien entendu, les thèses, sous divers travestissements. Rayer les attribue à Elliotson, à Gergères et à Stewart. Or, ni Rayer, ni aucun des auteurs qui les ont cités depuis lui, n'ont lu le texte original.

« M. Elliotson, dit-il, a vu chez une personne qui avait eu antérieurement une fièvre d'accès, une hématurie intermittente guérie par le sulfate de quinine. Le sang était toujours rendu dans la période de froid. » Et il renvoie pour la cita-

rotule brisée. Les faits assez nombreux que nous avons pu observer nous ont conduit à une opinion bien différente de celle du professeur de la Pitié.

Trop souvent, quelques mois après l'enlèvement de l'appareil, le cal, étroit d'abord et solide en apparence, s'est peu à peu distendu, aminci, et les fonctions du membre, bien loin de se rétablir, vont s'amoindrissant chaque jour. Un appareil de prothèse est devenu nécessaire. Electrisez, massez, frictionnez; les extenseurs reprennent leur volume et leur action, mais la marche reste difficile, l'usage du membre impossible, si le genou n'est soutenu ou même immobilisé.

J'ai consulté, sous ce rapport, les fabricants d'appareils orthopédiques, et j'ai appris d'eux que le nombre était assez grand des fractures de la rotule qui, pour la marche, nécessitaient après quelques mois le port d'un appareil de prothèse avec fixation du membre dans l'extension.

Si l'on admet, en effet, que l'atrophie du triceps crural est l'unique ou la principale cause de l'impuissance fonctionnelle, le rétablissement des fonctions doit suivre le retour de la contractilité des extenseurs.

Il n'en est pas toujours ainsi, nous l'avons pu constater il y a un mois à peine chez l'un de nos malades. Comment comprendre, au reste, que l'allongement de la rotule n'entrave en rien l'action du triceps crural? Evidemment, cette action s'exerce dans des conditions meilleures lorsque les fragments osseux se sont directement soudés.

Quelle que soit l'explication adoptée, la réunion osseuse doit être recherchée; elle n'a que des avantages. Tous, je pense, seront d'accord sur ce point.

Si la suture directe des fragments n'offrait des dangers pour la vie, elle serait évidemment la méthode la plus rationnelle. Préconisée par Lister, Rose, Adams en Angleterre; par Schede, Kœnig, Rosenbach, Treudelenberg, etc., en Allemagne; pratiquée près de cent fois depuis 1877, cette opération a été bien étudiée par Pfiel-Schneider (*Archiv für klin. Chir.*, 1881, XXVI, 287), par Poinsot (*Revue de chirurgie*, 1882, II, 51), par Wahl (*Deutsche med. Wochensch.*, 1883, n°s 18-20), et tout récemment par le professeur Lister (*Brit. med. Journ.*, 1883, 3 novembre) qui l'a pratiquée sept fois avec un succès constant. Dans le courant des deux derniers mois, elle a fait l'objet de discussions intéressantes aux Sociétés de clinique et de médecine de Londres. Dans un rapport fait dernièrement (7 novembre 1883) à la Société de chirurgie, nous avons résumé 49 observations de suture osseuse dans les fractures récentes ou anciennes de la rotule. De ces 49 faits, 45 sont postérieurs à 1876, et dans tous l'antisepsie a été appliquée. Les 2/3 des opérés appartiennent à l'âge adulte, les 4/5 au sexe masculin. 44 fois il s'agissait de fractures sous-cutanées, 10 fois de lésions datant de plus de trois mois, 35 fois de refractures ou d'accidents récents. Dans les cas anciens, la gêne ou l'impossibilité des fonctions; dans les cas récents, l'écartement considérable des fragments et plus souvent la crainte d'une consolidation fibreuse, ont poussé le chirurgien à intervenir.

A ces faits nous pouvons ajouter aujourd'hui près de quarante observations nouvelles recueillies par M. Turner et résumées fort brièvement dans *The Lancet* du 18 novembre dernier. L'opération a donné deux morts, soit 5 pour 100 environ, et treize fois elle a été suivie de suppuration articulaire et d'ankylose. Ces résultats se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons relevés; ce qui démontre, malgré le dire de notre excellent collègue M. J. Lucas-Championnière, que de telles statistiques ne sont pas à rejeter. Contrairement à l'opinion qu'il a soutenue, nous persistons à penser que la valeur d'une opération ne peut être déterminée par la pratique de tel ou tel chirurgien éminent, mais par la réunion du plus grand nombre de faits authentiques que l'on peut recueillir et la moyenne des résultats obtenus.

L'opération n'est pas toujours aisée, bien qu'en dise Lister. Une incision transversale mieux placée pour la découverte des fragments, une incision longitudinale, moins grave peut-être, conduit dans le foyer de la fracture. La première est presque indispensable si l'on veut poser deux points de suture; si l'on se borne à un fil médian, comme Lister, une incision longitudinale suffit, et exempte de la dissection des parties molles anté-rotuliennes. De plus la cicatrice n'adhère pas au cal osseux, au moins dans toute son étendue. L'article ouvert, les fragments mis à jour sont rafraîchis s'il est nécessaire, la synoviale nettoyée avec soin; les os perforés avec un drill, de façon que l'orifice profond du canal soit situé en avant du cartilage, sur la coupe même des fragments. On évite ainsi le frottement de ce fil sur les surfaces articulaires du fémur.

Un fil d'argent fort doit être employé. Lister le choisit de 1/16 de pouce, un peu plus de 1 millimètre de diamètre. Si dans dix cas les chirurgiens ont eu recours à des liens de nature différente (catgut, soie), les fils de métal et surtout les fils d'argent offrent plus de sécurité. Ils ne sont pas absorbés comme le catgut, et, tant qu'ils restent en place, ils assurent

---

tion à Naumann, *Handbuch der med. Klinik*, B. VI, S. 52.

Il y a une erreur dans la traduction de Rayer, car Naumann dit : « L'émission du sang était toujours accompagnée d'un accès de frisson, » et non « survenait dans la période de froid », ce qui semblerait indiquer bien à tort que l'hématurie et le frisson étaient suivis des deux autres stades d'un accès de fièvre intermittente. Au reste, nous ne saurons que difficilement la vérité à cet égard, car Naumann ne donne pas l'indication bibliographique de sa citation, et les œuvres d'Elliotson, réunies sous le titre de *Principles and Practice of medecine*, 1839, ne mentionnent pas le fait auquel l'auteur allemand a fait allusion, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les chapitres consacrés à l'*hématurie* et à la *fièvre intermittente*. Par contre, Elliotson dit que Grégory a mentionné un cas où la fièvre intermittente alterna avec l'épistaxis, et un autre où cette fièvre alterna avec l'hématurie (p. 215). Peut-être est-ce là l'origine de la citation de Naumann, mal traduite par Rayer.

Le fait de Gergères a été trouvé par Rayer dans la *Gazette médicale de Paris* (1838, p. 151), qui l'a cité d'après le *Journal de la Société royale de médecine de Bordeaux*, 2e livraison, 1837, dit Rayer. — Or l'auteur de la relation s'appelle Gergerès et non Gergères; — le recueil s'appelle *Journal de médecine pratique*, ou *Recueil des travaux de la Soc. R. de méd. de Bordeaux*, et l'observation a été insérée dans le tome VII de l'année 1838, p. 66. C'est Rayer qui a changé de place l'accent du mot Gergerès, mais c'est la *Gazette médicale* qui a mal donné l'indication bibliographique. J'ai eu beaucoup de peine à trouver le recueil à cause de la dénomination que lui avait donnée le journal de Paris, et que les catalogues n'ont pas adoptée.

Le fait attribué à Stewart nous a autant intrigué que les précédents. Rayer le cite d'après le *Recueil périodique* de Sédillot, t. III, p. 145. Celui-ci, dont le vrai titre est *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, appelle l'au-

le contact des fragments pendant les essais de marche et les premières tentatives de mobilisation. Leur présence est si inoffensive, qu'aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord pour les abandonner dans les tissus. Après les avoir tordus, il faut couper court les extrémités et rabattre le tourillon sur la face antérieure de l'os comme le fait Lister. On évite ainsi l'irritation que la pointe des fils pourrait exercer sur la peau après la cicatrisation. Quand le fragment inférieur est trop petit pour y creuser un canal, le fil est passé au travers du tendon rotulien. Lister et M. Beauregard (du Havre) ont suivi cette conduite déjà indiquée par M. Kocher sans avoir à le regretter. La suture osseuse terminée, on draine l'article soit en arrière, soit latéralement, et l'on réunit les tissus superficiels. Puis on place le membre dans un appareil, attelle de Gooch ou bandage plâtré, qu'on laisse en place pendant deux mois environ.

Est-il utile de mobiliser le genou dès les premières semaines, dans le but d'éviter une raideur trop prononcée? Nous pensons qu'il est plus prudent de s'abstenir. Au moins faut-il agir avec la plus grande douceur si l'on ne veut s'exposer, comme il est arrivé à Lister et à notre collègue M. Pozzi, à voir les fragments se séparer pendant les efforts de mobilisation. Ainsi que l'enseigne avec tant d'insistance et de conviction M. le professeur Verneuil, la mobilisation forcée dans les affections articulaires expose à de graves accidents, pendant que sous l'influence du temps et des efforts naturels, les mouvements de la jointure se rétablissent progressivement. Bien probante, sous ce rapport, est l'une des observations de Lister. Le cal s'étant rompu sous l'influence des efforts de mobilisation, l'éminent chirurgien anglais, après avoir de nouveau suturé les deux fragments, vit son opéré quitter l'hôpital avec un genou ankylosé en apparence. Un peu plus tard, sans aucune intervention chirurgicale, la flexion de la jambe atteignait l'angle droit. Si nous nous demandons quelles sont les suites de l'opération, nous relevons 12 cas de réaction violente avec suppuration articulaire ou péri-articulaire; 3 de réaction vive, 5 d'inflammation modérée et 22 cas sans aucun accident. Dans 32 cas sur 37, le cal était solide et probablement osseux; dans 34 observations sur 39, le résultat fonctionnel est noté comme très satisfaisant. La mobilité du genou était conservée dans 17 cas. Chez 5 opérés, la flexion ne dépassait pas 90 degrés; chez les 10 derniers, il y avait raideur prononcée 6 fois et 4 fois ankylose complète dans l'extension. En résumé, sur 49 observations de suture osseuse pour fracture de la rotule, je relève 3 morts dont un par intoxication phéniquée et une amputation de cuisse. La mortalité est donc de 4 pour 100 environ. Au point de vue fonctionnel je compte 71 pour 100 de succès et seulement 29 pour 100 d'insuccès.

Une telle statistique, il faut l'avouer, n'est pas faite pour entraîner les chirurgiens à intervenir dans tous les cas de fracture de la rotule. Nous avons essayé de préciser les conditions où l'opération est utile et par conséquent autorisée.

Entre l'abstention absolue vers laquelle inclinent MM. Le Fort, Trélat, Labbé, Verneuil, et l'opération que Lister semble disposé à accepter comme méthode générale, nous pensons qu'il existe un moyen terme plus rapproché de la vérité. Si tous les chirurgiens ne sont pas assurés d'une antisepsie parfaite comme l'éminent promoteur de la méthode antiseptique, beaucoup aujourd'hui ont acquis une expérience assez grande, une habileté assez consommée, pour entreprendre une arthrotomie avec toutes chances de succès. Aussi nous nous refusons à proscrire la suture osseuse dans les fractures, même récentes, de la rotule et nous ne trouvons rien à changer aux conclusions que nous avons posées devant la Société de chirurgie et que nous avons reproduites au commencement de ce travail.

J. Chauvel.

Contributions pharmaceutiques.

SUITE AUX HUILES MÉDICINALES.

Huile de morphine.

Nos lecteurs ont pu juger avec quelle facilité on pouvait préparer l'huile d'atropine au moyen de l'oléate de cette base, et quels avantages elle offrait sur l'huile de belladone. On peut en dire autant des huiles de cicutine, nicotine, hyosciamine et morphine. Je préfère l'huile de cicutine à l'huile de ciguë; mais je ne propose pas le remplacement de l'huile de jusquiame par l'huile d'hyosciamine, cet alcaloïde étant d'un prix trop élevé.

Malgré la rapidité et la sûreté de la préparation du baume tranquille au moyen des oléates d'alcaloïdes et des huiles essentielles, nous devons encore nous en tenir à l'ancienne formule, parce que le public est habitué à la couleur verte de ce médicament. Les huiles d'alcaloïdes ne sont pas vertes; elles ont la couleur naturelle de l'huile qui est entrée dans leur composition; mais cela n'a aucune importance, puis-

---

teur Hewart, et renvoie aux *Comment. medica* de Brugnatelli et Brera, 1re décade, t. I, part. I, 1797.

Je ne sais comment Rayer, qui cependant avait raison, a pu appeler l'auteur *Stewart*, car les deux ouvrages auxquels il renvoie l'appellent *Hewart*.

Le recueil italien donne le fait comme extrait d'une lettre envoyée par Hewart à Duncan, sans indication bibliographique. J'ai été longtemps embarrassé pour trouver l'original, et j'y avais même renoncé (1), ayant appris à mes dépens qu'on perd presque toujours son temps à chercher dans la littérature étrangère d'une certaine époque, lorsque, en faisant la liste des recueils qui ont une *table générale*, je tombai sur celle des journaux d'Edimbourg. Je me rappelai alors le fait de Duncan et de Hewart ou Stewart, sachant, comme tout le monde, que plusieurs générations de Duncan avaient fleuri à Edimbourg, et je cherchai à la table, où je trouvai l'indication du fait en question, puis, grâce à elle, l'observation originale (1). Il s'agit bien d'un cas d'hémorrhagie périodique par l'urèthre, communiqué à Duncan par Ch. Stewart, *chirurgien à Arkangel;* mais l'auteur ne dit pas quel intervalle séparait les retours des accès, dont chacun durait trois jours. L'observation ne me paraît donc pas, non plus qu'à M. Verneuil, mériter toute l'importance qu'on lui a attribuée, ni toute la peine qu'on s'est donnée pour en retrouver la relation originale.

(1) Voy. Verneuil, *Revue de chirurgie*, 1881, p. 584

(1) *Edinburgh med. Commentaries*, vol. XIX, p. 322, 1795.

L. H. Petit.

(A suivre.)

qu'elles ne portent pas le même nom que les anciennes huiles médicinales.

Quant à l'huile de morphine, elle mérite une mention spéciale. Sa préparation défectueuse a été cause de son abandon, surtout à Paris; la nouvelle formule rationnelle que nous donnons plus loin doit lui assurer une nouvelle vogue.

J'ai sous les yeux *l'Officine* de Dorvault, édition 1875. Voici ce que j'y lis :

Huile de morphine.

Hydrochlorate de morphine...	1 gramme.
Huile d'amandes douces......	1000 —

Dissolvez. Usage interne et surtout externe.

Deux erreurs en une ligne : 1° le sel de morphine ne se dissout pas dans l'huile (Pettenkofer, *Rép. Chimie*, 1860; Atfield, *Pharmaceutical journal*, t. IV); 2° on ne prescrit jamais, que je sache, l'huile de morphine à l'intérieur.

Cette formule erronée, qui provenait sans doute de formulaires anciens, a causé une grande perturbation dans l'administration de l'huile de morphine.

En 1852, quand j'étais élève en pharmacie à Lyon, on faisait un si grand usage d'huile de morphine, qu'on en avait toujours 1 kilogramme préparé à l'avance. On laissait le sel de morphine au fond du flacon, et l'on avait bien soin de décanter pour donner un liquide clair. Le même chlorhydrate servait donc indéfiniment; mais l'huile délivrée au public n'avait aucune valeur. Qui sait s'il n'en était pas de même dans d'autres maisons? A Paris on était plus avancé, et tous les flacons d'huile de morphine que j'ai vus chez les clients portaient toujours la mention : « Agitez avant l'usage. »

Le liquide était trouble, mais actif. Le *Codex* de 1866 n'inséra pas l'huile de morphine; de là le discrédit dans lequel elle est tombée. Le nouveau *Codex* contiendra la formule suivante, qui réunit toutes les conditions d'un bon médicament :

Huile de morphine.

Morphine................	10 centigrammes.
Acide oléique............	90 —

Faites dissoudre à chaud, et ajoutez 99 grammes d'huile d'amandes douces; mêlez et conservez dans un flacon soigneusement bouché.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note clinique sur la môle vésiculaire, a propos d'une môle en voie de formation expulsée au cinquième mois de la grossesse, par le docteur E. Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, médecin consultant aux eaux de Châteauneuf.

Le samedi 26 mai dernier, je montrai aux élèves présents dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à l'issue du cours de M. Budin, une môle vésiculaire en voie de formation qui avait été expulsée le matin même au cinquième mois de la grossesse.

Le poids de cette môle était juste de 200 grammes, après avoir été bien égouttée. Une petite portion du placenta (1/8 environ) était encore saine; le reste du délivre avait subi cette dégénérescence connue sous le nom de môle vésiculaire ou môle hydatiforme, qui consiste dans l'hydropisie des villosités choriales et la résorption de l'embryon.

Obs. I. — J'avais présenté au Congrès médico-chirurgical de Rouen, en 1863, et publié en 1864 (Anvers), l'observation d'une femme de vingt et un ans qui était entrée dans le service de Monneret, à Necker, pour des *pertes sanguines continues.* Cette femme était d'une bonne santé habituelle, mariée depuis six mois avec un militaire en congé temporaire; son mari fut rappelé pour rejoindre son régiment, qui partait en Italie (1859). Il partit, en effet, le 5 mai. La malade en eut une vive émotion, et les métrorrhagies commencèrent dans la nuit du 5 au 6 mai. Elle se disait alors enceinte de quatre mois; il y avait, en effet, suppression des règles correspondantes, augmentation de volume du ventre, ramollissement du col, qui était entr'ouvert, bruits de souffle intenses dans toute la région abdominale, sans bruits de cœur, ni mouvements fœtaux, mais avec les autres signes rationnels de la grossesse.

On put constater par les réactifs ordinaires la présence de l'albumine en assez grande quantité dans l'urine.

La perte continua jusqu'au 19 juin avec des alternatives d'augmentation et de diminution, et dans la nuit du 19 au 20 le col s'étant totalement dilaté sous l'influence des contractions utérines, la malade expulsa une môle volumineuse avec villosités blanches, claires, en grappes de différentes grosseurs, sans qu'il restât aucune partie saine du placenta, quarante-cinq jours pleins après le début de la perte.

La môle ne fut pas pesée, elle fut d'ailleurs extraite par lambeaux incomplets; le 21, il en restait des débris qui furent arrachés. Le 27, la malade fut prise d'un frisson, et malgré des injections d'eau chaude (on n'employait pas encore l'eau phéniquée) des accidents puerpéraux survinrent (phlébite), et la malade succomba le 7 août, à huit heures du soir, à une infection purulente.

L'examen de la môle, pratiqué au microscope par Monneret lui-même, fit voir des cellules épithéliales sur l'enveloppe de la vésicule, dans le liquide intra-vésiculaire, des granulations ombrées, transparentes, disposées par séries, sans traces d'échinocoques, ni de bactéries quelconques.

De plus, le liquide de la vésicule était limpide, il ne rougissait pas le papier de tournesol; il verdissait légèrement le sirop de violettes et ne se coagulait pas sur le feu avec l'alcool ou les acides. Il donnait seulement avec le tannin un léger précipité.

Obs. II. — Dans notre cas actuel, je fus appelé par M[lle] Kuppenheim pour voir une dame W..., rue du Pont-Louis-Philippe, enceinte de cinq mois. Cette dame perdait aussi du sang depuis le 5 avril, nous étions au 21 mai 1883. Cette perte était survenue, comme la précédente, à la suite d'une vive émotion.

Quelques contractions s'étaient montrées, mais elles avaient cédé aux lavements laudanisés donnés par la sage-femme. Après plusieurs jours de repos, la malade se leva pour vaquer à ses occupations. La perte reprit et continua jusqu'à ce jour avec des alternatives d'augment et de calme.

Le toucher et le palper surtout me confirmèrent dans le diagnostic d'une grossesse de cinq mois. L'utérus était à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, incliné à gauche, les seins pleins, nullement flétris. Bruits de souffle; pas de bruits de cœur fœtal, ni de mouvements actifs. Pas d'albumine dans les urines. Traitement de l'hémorrhagie : repos.

Dans la nuit du 25 au 26 mai survinrent de nouvelles contractions, d'où dilatation du col et expulsion en masse de la môle, que j'ai soumise aux élèves de M. Budin. Injections d'eau phéniquée par M[lle] Kuppenheim; suites de couches heureuses; guérison.

Obs. III. — En janvier 1882, j'avais été appelé par M. le docteur Chéreau pour voir, à Asnières, une malade de quarante-huit ans, secondipare, enceinte de cinq mois, que j'avais accouchée au forceps douze ans auparavant.

Cette malade avait des vomissements incoercibles, que le traitement de mon honorable et savant confrère n'avait pu enrayer.

Il y avait suppression des règles, peu de modifications du col, mais le palper donnait la sensation d'une tumeur dure, ovoïde, assez élevée.

L'âge de la malade pouvait faire croire à une aménorrhée physiologique, et les vomissements pouvaient à la rigueur s'expliquer par l'existence de la tumeur susdite.

Aucun signe certain de grossesse n'existait d'ailleurs.

Cependant, pensant à la possibilité d'une dégénérescence pla-

centaire sans autre influence que l'âge du sujet, je proposai tout d'abord de placer douze sangsues sur le col utérin, traitement préconisé par P. Dubois, et qui lui a réussi dans plusieurs cas de vomissements incoercibles.

Ce traitement présentait en outre l'avantage, dans le cas de grossesse normale, de ne pas compromettre la marche de celle-ci, tout en laissant à la malade des chances de guérison. Je me réservais, du reste, en cas d'insuccès, de passer la sonde dans la cavité utérine, pour me rendre compte de l'état de cette cavité ou pour provoquer l'expulsion du produit dégénéré de la conception.

Ce traitement fut accepté par M. Chéreau.

Les sangsues procurèrent un soulagement de quelques jours dans les vomissements; mais ceux-ci reprirent ensuite comme précédemment, et un nouveau rendez-vous fut pris avec le docteur Chéreau.

Nous ne nous rencontrâmes pas à Asnières. La malade, affaiblie par les vomissements, l'inanition, et un peu aussi par les sangsues, réclamait à hauts cris sa délivrance. M. Chéreau crut devoir appeler un autre confrère, qui provoqua l'avortement, et le produit expulsé fut trouvé être, m'a-t-on dit, une môle vésiculaire que je n'eus pas l'occasion d'examiner.

Pour nous résumer, en laissant de côté cette dernière observation, qui ne touche à notre sujet que par quelques points sur lesquels j'appellerai plus loin l'attention, nous allons rapprocher les signes cliniques des deux observations précédentes, afin de bien fixer le praticien dans des cas analogues.

1° Dans les deux cas, nous voyons la grossesse arrêtée dans son cours à la suite d'une émotion vive.

2° Dans les deux cas, nous voyons des pertes sanguines continues survenir après cette émotion, et résister au traitement ordinaire des hémorrhagies.

3° Dans les deux cas, la dégénérescence notoire hydatiforme a eu lieu. Pour le premier, l'expulsion de la môle se fit quarante-cinq jours après l'apparition première de l'hémorrhagie; pour le deuxième, à peu près autant; donc, pour les deux, la durée de la grossesse a été de cinq mois et demi, et aucun des signes certains de cette grossesse ne s'était manifesté.

La première môle expulsée comprenait le placenta, entièrement dégénéré, tandis que la deuxième n'était qu'en voie de dégénérescence, et un huitième du placenta présentait encore une certaine résistance aux contractions utérines. De là lenteur et difficultés dans l'expulsion de la première môle, facilité dans celle de la deuxième. Débris restant dans l'utérus dans le premier cas, expulsion en bloc dans le deuxième. Accidents puerpéraux consécutifs et mort dans le premier, guérison rapide dans le deuxième.

Nota. — La durée du séjour des môles dans la cavité utérine est très variable. Lisfranc admettait qu'elle ne dépassait pas soixante à quatre-vingt-dix jours. Mauriceau la porte jusqu'à sept ou huit mois. Nos observations et nos recherches nous autorisent à admettre une durée moyenne de six semaines à huit mois.

Les môles que certains auteurs disent être restées dans l'utérus quatorze mois (Baudelocque), plusieurs années (Gardien), ne se rapportent certainement qu'à des erreurs de diagnostic, en raison de l'anatomie pathologique de ces produits, qui était alors imparfaitement connue.

Au point de vue de la facilité du travail et de l'innocuité de ses suites, je ne puis mieux comparer le deuxième cas qu'à ce qui se passe dans l'expulsion de la môle charnue, qu'il m'a été donné d'observer deux fois sans qu'il survînt aucune complication.

Je laisse au lecteur le soin facile de tirer les conclusions de ce dernier rapprochement.

Enfin, dans le troisième cas, que nous avionst out d'abord laissé de côté, la dégénérescence du placenta paraît ne pas être due à une impression morale, bien que la femme qui fait le sujet de cette observation soit colère et emportée, et qu'il y ait dans cette famille certaines causes qui pouvaient bien donner lieu à des impressions morales. D'autres causes, du reste, ont été assignées par les auteurs à ces dégénérescences, mais aucun, que je sache, n'a encore signalé l'âge avancé du sujet sur lequel j'appelle l'attention des observateurs.

Parmi les causes ordinairement invoquées on trouve :

Émotions morales vives, comme dans nos deux premières observations.

Traumatisme fréquent (*Académie des sciences*, 1715).

Chute au deuxième mois, etc., etc.

État morbide de la matrice. Squirre (*Haller's Disp. med.*, t. IV, p. 751 et 759).

Vomissements avec diarrhée (E. Home, *Transac. of Society*, t. II, p. 300).

Hoffman dit que les môles peuvent succéder à un accouchement normal (*Opera*, t. III, p. 182), mais Hoffman omet d'ajouter que, dans ces cas, il doit rester un débris de placenta ou de membranes dans l'utérus, comme cela se passe pour la production de certains polypes.

On sait aussi que, dans les grossesses généralisées, à la suite de l'avortement du premier fœtus, le second peut continuer à vivre et la grossesse arriver jusqu'à terme; mais il peut arriver que le placenta ou la portion du placenta ayant appartenu au premier fœtus subisse la dégénérescence vésiculaire (Exemple du professeur B., souvent cité).

Ce qui n'a été signalé que par sir E. Home, c'est l'existence de vomissements incoercibles avec un produit de conception altéré. Toutefois, dans l'espèce, il serait bon de savoir si ce sont les vomissements qui devraient expliquer la production de la môle, ou si, au contraire, ce ne serait pas la dégénérescence qui aurait été cause des vomissements?

Quant à moi, j'incline à penser que les vomissements, déterminant des secousses, peuvent amener de petites hémorrhagies disséminées dans le placenta, et être cause d'un décollement partiel au niveau duquel se produit l'altération des villosités du chorion, qui donne lieu à la môle vésiculaire, sans que, pour cela, le sang soit forcé de sortir au dehors. Dans l'espèce, nous n'avons pu vérifier le fait, puisque les pièces ne nous ont pas été soumises, mais nous avons de fortes raisons pour penser que cela se passe ordinairement ainsi.

Il peut aussi arriver que, la plasticité du sang étant diminuée par le fait de la maladie, il se produit dans l'intérieur du placenta de petites infiltrations qui donnent lieu au même résultat.

Enfin si, dans le troisième cas, on n'a pas trouvé les pertes sanguines continues notées par beaucoup d'auteurs comme précédant l'expulsion de la môle, et que nous avons vues dans les deux premières observations, c'est que l'expulsion a été artificiellement provoquée. On ne saurait dire, au juste, ce qui se serait passé si l'on avait abandonné le travail à la nature. La malade serait probablement morte avant la naissance des contractions spontanées. Quant à l'examen physique du produit dégénéré, il a été le même dans les deux observations où il a pu être fait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

La vaccination du rouget des porcs a l'aide du virus mortel atténué dans cette maladie, par MM. *Pasteur* et *Thuillier*. (Voy. le dernier numéro, *Académie de médecine*.)

Sur la vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles. Note de M. *A. Bloch*. — Ce travail

se compose de trois parties distinctes, comprenant chacune la comparaison de deux sensations : 1° audition et toucher ; 2° audition et vision ; 3° vision et toucher.

1° Le son, ou plutôt le bruit étudié, était produit (à 40 centimètres de distance de l'oreille) par une lame d'acier, portée sur un pied indépendant, et qui, à chaque tour du cylindre enregistreur de Foucault, venait heurter une épingle collée, à ses deux extrémités, sur la surface de l'instrument, parallèlement à son axe. L'excitation tactile consistait dans l'effleurement d'un doigt de la main par un onglet de baleine amincie, fixé également sur le cylindre, normalement à sa surface. Le moment du bruit demeurait toujours le même. Quant au choc de l'onglet de baleine, on pouvait l'avancer ou le retarder en faisant glisser la main le long d'un tuteur placé devant le cylindre. Les repères étaient pris, à chaque expérience, sur une bande de papier noirci, et cela au moyen du style d'un tambour à levier de M. Marey, qu'on faisait jouer, pendant les repos du régulateur, aux instants précis où l'épingle était heurtée et où le doigt était effleuré. On mesurait la distance entre les repères par les vibrations inscrites d'un diapason de 500 vibrations simples. Cela posé, l'expérience consistait à rechercher par tâtonnements dans quelles circonstances d'écartement entre les deux excitations on pouvait constater la simultanéité des deux sensations, auditive et tactile.

Cette simultanéité ne se manifeste que lorsque le choc sur le doigt précède le son, dans toutes les positions comprises entre 14/250 et 5/250 de seconde. On interprète ce résultat par les effets combinés des durées de transmission et des durées de persistance du toucher et de l'audition.

2° Dans la comparaison des sensations visuelles et auditives, le procédé est le même. L'excitation visuelle est produite par le passage, devant un tube de 30 centimètres, d'une lamelle de papier métallique, fortement éclairée et donnant 12/250 de seconde pour durée de la persistance.

On trouve la simultanéité depuis 9/250 de seconde, quand le passage lumineux précède le son, jusqu'à 7/250 de seconde, lorsque le son est premier.

3° On trouve, en effet, la simultanéité lorsque l'excitation tactile est première, depuis 16,5/250 jusqu'à 1/250 de seconde, ce qui, comme résultats, permet d'écrire : $T = V + 1/19$ et $T = V + 1/25$.

Les expériences, interprétées par le calcul, donnent le résultat suivant : *Des trois sensations étudiées, la vision est la plus rapide; puis vient l'audition, dont la transmission dure 1/72 de seconde de plus que la transmission visuelle; enfin le toucher sur la main, dont la transmission dure 1/21 de seconde de plus que la transmission visuelle.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre du commerce adresse la *Statistique quinquennale du personnel médical de la France.*

M. *Dezanneau* (d'Angers) se porte candidat au titre de correspondant national dans la 2e division.

M. *Mathieu*, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, envoie un *Pli cacheté*, relatif à une *sonde utérine*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Saudras* adresse une *Note complémentaire* de sa communication, faite dans la séance du 13 novembre, *sur les inspirations ou les inhalations médicamenteuses et antimicrobiques dans le traitement des maladies des voies respiratoires.*

M. le docteur *Brassac*, médecin en chef de la marine à Nouméa, envoie un numéro du *Moniteur de la Nouvelle-Calédonie*, renfermant ses *Rapports sur les accidents qui ont suivi plusieurs blessures par flèches empoisonnées.*

M. *le Président* présente : 1° de la part de M. le docteur *Zambaco* (de Constantinople) deux brochures ayant pour titres : *Des hémorrhoïdes de la vessie et de l'hématurie hémorrhoïdale et sur la morphéomanie*; 2° un *Tableau graphique indiquant la composition physiologique de l'alimentation normale et de l'alimentation des malades proposées par les hôpitaux de Varsovie, ainsi qu'un exposé de la valeur nutritive de certaines denrées alimentaires.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Curci* (de Messine), trois brochures intitulées : *Ricerche sperimentali sull' azione biologica del oxiacantina, Azione della morfina sulla circolazione del sangue et Azione de piombo sul vaga.*

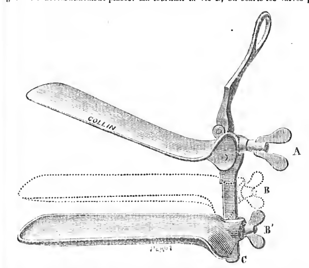
M. *Fauvel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Mahé*, des articles Déboisement, Défrichement, Diarrhée endémique des pays chauds, Scorbut, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Mathias Duval* présente, au nom de M. le docteur *Bordier*, un ouvrage intitulé : *Géographie médicale.*

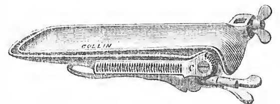
M. *Peter* dépose, de la part de M. le docteur *Picot* (de Bordeaux), un volume ayant pour titre : *Leçons de clinique médicale.*

M. *Bouley* présente, au nom de M. *A. Chauveau* (de Lyon), un mémoire manuscrit sur l'*inoculation préventive avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides.* (Voy. le *Compte rendu* de la séance de l'Académie des sciences du 3 décembre.)

M. *U. Trélat* présente, de la part de M. Collin, un nouveau spéculum vaginal, dit *spéculum à deux mouvements indépendants.* — En faisant agir la vis A, on soulève la valve supérieure, tandis que l'autre valve qui correspond au plancher du vagin reste horizontalement placée. En tournant la vis B, on écarte les valves pa-



rallèlement tout en conservant la première dilatation; on obtient ainsi un large champ d'exploration représenté par les figures BB. La deuxième figure représente



le spéculum avec ses valves démontées, l'instrument devient ainsi très facilement transportable.

Élection. — Par 57 voix sur 85 votants, M. *Vidal* est élu membre titulaire dans la quatrième section (*Thérapeutique et histoire naturelle médicale*), en remplacement de M. Davaine, décédé. M. Hayem obtient 24 voix ; M. Desnos, 1 ; M. Blachez, 1 ; il y a de plus 2 bulletins blancs.

Vaccine. — M. *Blot* lit la première partie de son *Rapport sur le service de la vaccine en France pendant l'année* 1882.

Les organites et les maladies contagieuses. — M. *Béchamp*, revenant sur la communication faite par M. Bouchardat à la séance du 6 novembre concernant la théorie parasitaire des maladies contagieuses, examine les critiques que celui-ci lui a faites et expose de nouveau ses doctrines sur les propriétés physiologiques des microzymas et leur rôle vis-à-vis des maladies contagieuses.

Diagnostic des phthisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats. — La communication que M. *Germain Sée* fait devant l'Académie a pour but de montrer tout le parti que la clinique et la pratique civile peuvent tirer de la recherche du bacille de Koch dans les crachats des phthisiques. Il s'efforce d'abord de montrer combien l'unicité de la phthisie se trouve confirmée

par la découverte de cet élément virulent, transmissible, qui est le témoin irrécusable de la maladie, car de sa présence ou de son absence dans un produit excrété, les crachats, par exemple, on pourra conclure à l'existence ou à la non-existence de la phthisie. En résumé, le bacille existe dans les crachats de tous les tubercules, tandis qu'il manque chez les malades atteints de toute autre affection pulmonaire; leur nombre varie suivant des circonstances diverses, mais sans qu'il soit possible de déduire une valeur pronostique quelconque de cette variabilité.

M. Germain Sée admet trois catégories de phthisies difficiles à reconnaître, auxquelles il donne les noms de phthisies latentes, phthisies larvées et pseudo-phthisies cavitaires; les premières sont uniquement caractérisées par une toux quinteuse avec expectoration rare, sans modification du murmure respiratoire, ni de la sonorité thoracique, ou bien par l'hémoptysie ouvrant la série des accidents tuberculeux sans que l'on puisse découvrir pendant longtemps la nature de l'hémorrhagie; les secondes sont celles qui débutent sous forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires masquant les caractères propres à la tuberculose; la troisième catégorie enfin comprend celles qui sont dues à une autre cause que la tuberculose, telles qu'une tumeur, une gomme syphilitique ulcérée, une dilatation bronchique, etc. M. Germain Sée cite, pour tous ces cas, un certain nombre d'observations d'après lesquelles la découverte de bacilles dans les crachats a fait cesser tous les doutes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Sur l'hystérectomie.— Kyste hydatique de l'orbite. — Genu valgum; ostéoclasie. — Fracture de la rotule. — Suture du nerf médian. — Ligature élastique. — Tumeur de la joue. — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. *Terrier* fait une communication sur l'hystérectomie. Il divise les opérations en deux catégories : 1° L'hystérectomie est le complément forcé de l'ovariotomie double ou simple; on a dû réséquer l'utérus soudé à l'ovaire. M. Terrier a opéré trois malades dans ces conditions. La première mourut de péritonite aiguë; la deuxième mourut par choc traumatique; la troisième, opérée il y a quinze jours, est guérie. Dans ces observations, l'hystérectomie était accessoire.

2° Dans la deuxième catégorie, l'hystérectomie a été faite pour des tumeurs de l'utérus; M. Terrier a fait quatre opérations, et il a eu deux guérisons. La première femme, opérée en 1879, mourut le cinquième jour avec des accidents nerveux; la deuxième, opérée en 1881 à la Salpêtrière, guérit. La troisième, opérée en 1881 à la Salpêtrière, mourut d'hémorrhagie au bout de vingt-quatre heures; le pédicule avait été rentré dans l'abdomen. La quatrième opérée guérit.

M. Terrier a pédiculisé la tumeur avec des broches et des ligatures; ou bien il a réduit le pédicule dans le ventre en utilisant la ligature en chaîne et il eut une hémorrhagie; ou bien encore, dans la quatrième observation, il a énucléé les fibromes et a suturé la capsule à la paroi abdominale.

L'hystérectomie n'est pas une opération détestable, comme le dit M. Gillette; c'est une opération dangereuse, mais qui sera perfectionnée et deviendra moins grave.

M. *Lucas-Championnière* a fait quatre hystérectomies et il a perdu trois opérées; mais ces opérées étaient atteintes de tumeurs d'une gravité extrême, et elles seraient mortes à brève échéance de l'affection à laquelle on voulait remédier.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de kyste hydatique de l'orbite, envoyée par M. Dieu.

M. Chauvel a vu au Val-de-Grâce un exemple de kyste hydatique de l'orbite. Une ponction aspiratrice donna un liquide séro-purulent sans crochets. La poche fut ensuite ponctionnée avec le bistouri; il resta une fistule par où la poche hydatique fut extraite plus tard.

Le malade de M. Dieu était un soldat habitant l'Algérie; il souffrait de douleurs névralgiques dans l'orbite; diplopie, exophthalmie; vision presque abolie du côté malade. En raison de la fréquence des kystes hydatiques en Algérie, on fit une ponction exploratrice; pas de crochets dans le liquide; plus tard, incision, drainage, extraction de la poche hydatique.

M. Dieu dit que les kystes hydatiques de l'orbite sont semblables à ceux observés dans les autres régions; mais on rencontre rarement des crochets. Ces tumeurs sont plus fréquentes chez les hommes. Les symptômes sont ceux des tumeurs de l'orbite; seulement l'inflammation de voisinage est plus prompte et les douleurs névralgiques plus fortes. La marche de ces tumeurs est ordinairement lente. Le diagnostic de kyste séreux est assez facile, mais on ne peut que soupçonner l'hydatide. Le pronostic est sérieux pour l'organe de la vision. Comme traitement, faire une ponction exploratrice; puis inciser largement et extraire la membrane d'enveloppe quand elle se présente à l'ouverture de la poche.

— M. *Polaillon* présente une malade, âgée de quinze ans, qui avait un genu valgum double; on constatait un écartement de 18 centimètres entre les malléoles, les genoux étant rapprochés. Ostéoclasie avec l'appareil Cellier, d'abord à gauche, trois semaines après à droite. L'opérée marche aujourd'hui très bien.

— M. *Richelot* fait un rapport sur une Note de M. *Henriet*, relative au rôle des muscles dans le rétablissement des fonctions des membres après la fracture de la rotule. Un homme qui marchait mal avant de se fracturer la rotule, marcha beaucoup mieux après, grâce à l'amélioration de son triceps par les massages, frictions, etc.

— M. *Richelot* fait un rapport sur une observation de M. *Chrétien* : « Suture nerveuse suivie de restauration fonctionnelle des muscles. » L'observation paraît démontrer qu'après la suture du nerf, les fonctions des muscles ont reparu; c'est la grande exception. Le nerf médian était coupé au-dessus du poignet; suture des deux bouts du nerf. Dix-huit mois après, l'atrophie musculaire avait disparu et l'énergie musculaire était complète.

— M. *Pozzi* fait une communication sur la ligature élastique et son mode d'emploi. Il présente deux instruments, dont un ligateur fait par Mariaud sur les indications de M. Pozzi.

— M. *Berger* présente un homme qui a depuis longtemps une tumeur de la joue. M. Berger a retiré plusieurs calculs du canal de Sténon; mais il reste une tumeur sous l'os malaire : c'est un angiome développé au niveau de la boule graisseuse de Bichat. Y a-t-il connivence entre la lithiase salivaire et cette tumeur vasculaire? cela paraît douteux. Quel traitement essayer?

M. *Reclus* a vu, il y a deux ans, une tumeur analogue communiquant avec de grosses veines. M. Le Fort a employé l'électrolyse, et avec succès.

M. *Polaillon*, dans un cas semblable, a pris la tumeur entre les mors d'une large pince et a fait des injections coagulantes; la tumeur s'est atrophiée.

M. *Després*. Avant de faire une opération, il faut rétablir l'orifice du canal de Sténon et voir s'il ne s'agit pas d'une dilatation de ce canal.

M. *Berger*. Dans les mouvements de mastication, la tumeur n'augmente pas de volume; elle est mollasse, réductible, non fluctuante; pendant la réduction, il ne s'écoule pas de salive; il s'agit d'un angiome.

— M. *Gouguenheim* présente une pièce provenant d'un malade qui avait subi la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Acarien (Ophionyssus), parasite des serpents : M. Mégnin. — Anesthésie chez l'homme avec le chloroforme associé à la morphine et à l'atropine : M. Aubert. — Phénomènes neuro-musculaires de la catalepsie : M. P. Richer. — Accidents d'une hémisection transversale du bulbe chez l'homme : M. Courtin. — Oxydes d'ammonium quaternaires : M. Rabuteau. — Influence de l'éther sur la respiration de la levure de bière : M. Paumès. — Action du café sur la nutrition : MM. Couty, Guimaraës et Niobey.

M. *Mégnin* présente un acarien parasite des serpents qui sont tués en deux ou trois mois par perte de sang et épuisement nerveux. Cet acarien, voisin des vrais gamases par la structure de son rostre, n'est pas cuirassé comme eux; il constitue le type d'un nouveau genre que l'auteur propose de nommer *Ophionyssus*.

— M. *Aubert* (de Lyon) adresse une Note sur les résultats pratiques de l'anesthésie mixte avec le chloroforme, précédé de l'absorption préalable de morphine et d'atropine. Les avantages de ce procédé d'anesthésie sont les suivants : 1° une excitation initiale presque toujours insignifiante; 2° une anesthésie rapidement obtenue (en moyenne trois minutes pour le sommeil profond); 3° un calme très grand du malade; 4° l'extrême rareté des vomissements, soit pendant l'anesthésie, soit dans les heures suivantes; 5° le calme et la facilité du réveil. Ces résultats sur l'homme concordent avec ceux que MM. Dastre et Morat ont obtenus chez les animaux.

— M. *P. Richer* indique un nouveau phénomène neuro-musculaire provoqué pendant l'état cataleptique : la suppression d'activité de certains groupes musculaires laissant à leurs antagonistes toute la prépondérance, une excitation périphérique provoque, par exemple, l'extension du poignet ou des doigts au lieu de déterminer une réaction des muscles fléchisseurs, dont l'activité est suspendue.

— M. *Laborde* présente, au nom de M. *Courtin* (de Bordeaux), le bulbe d'un homme qui reçut un coup de couteau dans la région de la nuque. Le bulbe fut tranché obliquement de gauche à droite, et la section ne respecta que la pyramide postérieure droite. Le sujet présenta les troubles du mouvement et de la sensibilité habituels dans les hémisections de la moelle. Une Note détaillée avec examen de la pièce doit être présentée dans la prochaine séance.

— M. *Rabuteau* communique ses recherches sur divers sels d'ammonium quaternaires agissant comme poisons paralyso-moteurs ou curarisants. Les propriétés des oxydes d'ammonium sont semblables à celles des iodures, déjà indiquées à la Société par M. Rabuteau, avec cette différence que les oxydes sont plus actifs à doses égales, ce qui s'explique d'après leur poids moléculaire et ce qui les rapproche de la curarine.

— M. *Paumès* a poursuivi l'étude de l'influence de l'éther sur la respiration de la levure de bière. Après avoir déterminé la quantité d'oxygène absorbé par la leurre supérieure fraîche, normale, il l'a soumise à l'action de doses déterminées d'éther pendant vingt-quatre heures, et a repris ensuite l'expérience, afin de doser la quantité d'oxygène absorbée par la leurre éthérée. Il arrive aux conclusions suivantes : « 1° A la dose de 1 à 2 pour 100, l'éther est à peu près sans action déterminée sur l'activité respiratoire de la leurre supérieure; 2° à la dose de 3, 4, 5, 6 pour 100, l'éther diminue et même suspend totalement l'activité respiratoire de la leurre; 3° ces mêmes doses n'ont pas pour effet de tuer le végétal. »

— MM. *Couty*, *Guimaraës* et *Niobey* concluent de leurs nouvelles recherches sur l'action du café, que cette substance « modifie les actes les plus intimes de la nutrition des tissus et des échanges sanguins dans un sens essentiellement favorable au plus grand travail, puisqu'elle permet de consommer et de réparer davantage les éléments les plus importants, c'est-à-dire les éléments azotés... »

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

De l'administration des lavements avec la sonde de Debove M. Campardon. — Des poudres de viande : M. Yvon.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Campardon* rapporte qu'il a été appelé à donner ses soins à un individu, âgé de quatre-vingt-deux ans, atteint d'une affection grave du cœur, et présentant un arrêt complet des matières fécales depuis une quinzaine de jours. Tous les procédés ordinaires avaient été employés sans succès, et la faradisation abdominale ne donna pas davantage de résultats. M. Campardon eut alors recours au tube de Faucher pour administrer un lavement, d'après le procédé signalé par M. Dujardin-Beaumetz; mais le tube, trop flexible, se replia sur lui-même et ne put rendre aucun service utile. Il n'en fut pas de même de la sonde plus rigide de Debove, et on obtint, par ce moyen, l'expulsion de deux morceaux de fèces assez volumineux. Le traitement sera continué de la même manière, et le résultat définitif en sera communiqué ultérieurement à la Société.

M. *C. Paul* a observé tout récemment un malade présentant des envies très fréquentes d'uriner, ainsi qu'une constipation absolue depuis deux jours. Le toucher rectal, pratiqué en vue d'une affection prostatique, fit reconnaître une accumulation considérable de matières fécales dans le rectum. M. C. Paul réussit à faire pénétrer, en agissant avec lenteur, ainsi que l'a recommandé M. Moutard-Martin, un litre de liquide dans l'intestin au moyen d'un irrigateur : le malade eut alors une débâcle abondante, et les envies d'uriner, évidemment dues à la compression de la prostate par le bol fécal, disparurent entièrement. A ce propos, M. C. Paul insiste sur ce fait qu'un certain nombre de vieillards, bien qu'allant à la selle tous les jours d'une façon suffisante en apparence, ont une accumulation énorme de matières dans l'ampoule rectale : chez eux, la défécation semble se produire *par regorgement*. Dans des cas semblables, l'administration du lavement avec la sonde de Debove ou avec l'irrigateur, dont on ralentit considérablement la vitesse de projection, donnera d'excellents résultats.

M. *Blondeau* a eu l'occasion d'essayer, depuis la dernière séance, le lavement à l'aide de la sonde de Debove, mais il n'en a obtenu aucun effet satisfaisant; il croit le procédé de l'irrigateur, indiqué par M. Moutard-Martin, bien préférable. Il rappelle que, d'ailleurs, l'absence de selles n'est pas un signe constant d'arrêt des matières dans l'intestin; on voit assez fréquemment une constipation véritable et opiniâtre s'accompagner de quelques selles diarrhéiques glaireuses et même sanguinolentes : les purgatifs ou les lavements sont alors nettement indiqués.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la sonde de Debove est surtout utile comme canule longue, flexible et cependant suffisamment rigide; elle peut du reste être adaptée à un irrigateur.

— M. *Yvon* donne lecture d'un important travail sur les poudres de viande. Il a procédé à un grand nombre d'analyses des divers échantillons de ces poudres répandus dans le commerce, et a reconnu qu'elles renferment une proportion d'eau qui s'élève en moyenne à 6 pour 100; cette eau, d'ailleurs, est empruntée à l'air atmosphérique par la poudre de viande après sa préparation, puisque la dessiccation est tout d'abord complète. Les sels minéraux des poudres de viande sont représentés par une proportion moyenne de 4 pour 100; il est du reste évident que ce chiffre sera beaucoup plus faible pour les poudres préparées avec la viande bouillie, puisque la plus grande partie des principes salins a été dissoute dans l'eau employée pour la cuisson. Parmi les divers sels minéraux, le chlorure de sodium existe dans la proportion de 0,574 pour 100, et l'acide phosphorique dans la proportion de 1,164 pour 100. M. Yvon a également préparé, avec les mêmes poudres, un extrait sec; il en a obtenu 12 grammes pour 100 avec les poudres de viande de bœuf, et 17 grammes pour 100 avec celles de viande de cheval. Quant à l'azote, sa proportion est assez constante dans les différents échantillons : elle est en moyenne de 14 pour 100. Il a enfin comparé la digestibilité, *in vitro*, des poudres de viande avec celle de la viande crue; pour obtenir des résultats comparables, il a opéré sur des quantités de viande crue et de poudre correspondantes, c'est-à-dire sur un poids de viande crue quatre fois plus grand que celui de la poudre. Il a reconnu que la rapidité avec laquelle s'effectue la digestion artificielle dépend uniquement de l'état de division plus ou moins complet de la substance à digérer; en effet, la viande crue hachée en petits morceaux exige un temps beaucoup plus long que la poudre de viande pour subir la peptonisation complète; mais la différence devient bien minime si la viande crue est réduite en une sorte de pulpe semi-liquide, dont l'état moléculaire se rapproche sensiblement de la division extrême de la poudre de viande. A l'examen microscopique, on peut également reconnaître la plus ou moins grande ténuité des parcelles de fibres striées, la quantité de tissu conjonctif mélangé, et les diverses impuretés que renferme la préparation. Les matières grasses constituent un des principaux obstacles à la pulvérisation et au tamisage parfait de la viande desséchée; on peut d'ailleurs en diminuer considérablement la proportion par un choix minutieux des morceaux de viande destinés à être transformés en poudre sèche. C'est également à la graisse que l'on doit attribuer l'altération plus ou moins rapide des divers produits de cette nature. En résumé, M. Yvon a reconnu que la composition des poudres de viande est assez constante, et qu'elles peuvent être indifféremment préparées avec la viande crue ou la viande cuite; cette dernière donne une poudre dont la valeur nutritive est égale à celle qu'on obtient avec la viande crue; en outre, elle est moins fermentescible et ne présente aucune saveur désagréable.

M. *Tanret* demande si M. Yvon a déterminé la raison de la coloration gris-noirâtre de certaines poudres de viande, tandis que d'autres sont presque blanches.

M. *Yvon* pense que cette différence d'aspect dépend de la rapidité de la dessiccation.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la poudre préparée avec la viande de cheval est ordinairement la plus blanche, et possède un goût qui rappelle celui du foie de canard, tandis que celle que l'on obtient avec la viande de bœuf offre une saveur assez analogue à celle du caramel et une coloration plus rougeâtre. Il demande à M. Yvon quelle est la quantité d'albumine soluble renfermée dans ces diverses poudres, et aussi quelles sont les conditions dont dépend l'altération plus ou moins rapide de ces produits.

M. *Yvon* n'a trouvé d'albumine soluble dans aucun des échantillons qu'il a analysés; la température à laquelle s'opère la dessiccation est d'ailleurs trop élevée pour que toute l'albumine de la poudre de viande n'ait pas subi la coagulation. Si l'on voulait obtenir des poudres renfermant de l'albumine soluble, il faudrait dessécher la viande à une température plus basse dans le vide; mais alors le prix de revient du produit serait beaucoup plus élevé, et, en outre, la poudre serait spongieuse et offrirait un volume plus considérable. Les poudres de viande préparées par la méthode ordinaire se conservent d'autant mieux, que la dessiccation a été plus rapide; d'autre part, les poudres de viande cuite sont beaucoup moins altérables que celles de viande crue et présentent de plus cet avantage d'être à peu près insipides, et de pouvoir être plus facilement aromatisées au goût du malade. En les mélangeant avec du cacao pulvérisé, on peut composer une préparation fort agréable.

M. *Blachez* pense que l'on pourrait administrer les poudres de viande enveloppées dans des cachets, ce qui éviterait tout dégoût de la part des malades. Chacun de ces cachets peut contenir environ 1 gramme de poudre de viande.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'innervation du cardia, par M. Openschowski (de Kiew).

Le cardia du lapin est innervé par le nerf pneumogastrique, qui envoie des rameaux au plexus d'Auerbach situé sur l'estomac : ce plexus reçoit d'autre part des filets sympathiques du mésentère.

Du plexus d'Auerbach, qui contient des ganglions multipolaires, partent des réseaux nerveux, qui se ramifient dans l'estomac et le cardia. Ce plexus constitue par conséquent un véritable centre, dont les filets centripètes viennent du pneumogastrique ou du sympathique, et les filets centrifuges, du réseau stomacal.

Les nerfs pneumogastriques envoient des filets extrêmement ténus à des groupes de petits ganglions (2-5 cellules) qui sont dispersés sur le cardia.

Aux rameaux plus importants du pneumogastrique sont attachés à la région du cardia des ganglions assez volumineux contenant jusqu'à 20 cellules. L'auteur en a compté 8 sur le nerf vague droit (en avant de l'œsophage) et 3 sur le nerf gauche (en arrière).

A cette disposition anatomique correspondent les faits physiologiques suivants :

Le cardia de la grenouille, entièrement séparé, est animé, pendant plusieurs heures, de contractions rythmiques automatiques.

Les irritations électriques produisent sur le cardia du lapin des effets très variables avec l'intensité du courant. Les irritations qui suffisent à dilater le cardia n'indiquent pas cependant (au cardiographe) une irritation du nerf vague.

Il est probable, d'après cela, que le pneumogastrique contient en même temps des nerfs d'excitation et des nerfs d'arrêt.

En effet, si l'on sectionne tous les rameaux du nerf vague qui ne se plongent pas directement dans le cardia, on obtient, par une excitation électrique du nerf vague, pour toutes les intensités de courant actives, une dilatation considérable du cardia, et cette excitation d'arrêt dure fort longtemps. D'où l'on doit conclure qu'il existe un nerf anatomiquement distinct, possédant une fonction spéciale, auquel on peut donner le nom de *nerf dilatateur du cardia*.

Si l'on réussit à détruire les filets du cardia en conservant les filets de l'estomac, on obtient par l'excitation du nerf vague l'occlusion du cardia. Cette fonction est rapidement épuisée, mais revient bientôt à sa force initiale. Cette expérience démontre l'existence de *nerfs constricteurs du cardia*.

Les résultats ci-dessus sont indépendants du grand sympathique, et se produisent même lorsque ce dernier est complètement sectionné. (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1883, n° 31.)

Des propriétés antiputrides de la tourbe, par M. G. Neuber.

L'assistant d'Esmarch publie les résultats très importants obtenus à la clinique de Kiel. Le pansement employé depuis septembre 1881 se compose de *tourbe pulvérisée* contenue dans un sac de gaze appliqué directement sur les plaies.

On se borne à projeter sur le pansement, au moment de l'employer, quelques gouttes de solution de sublimé au 1/100e. En règle générale, le pansement reste en place jusqu'à la guérison. On a pu voir à l'exposition d'hygiène de Berlin un certain nombre de pansements exposés par M. Neuber, qui démontraient qu'en effet, grâce à sa porosité et à son pouvoir absorbant, la poudre de tourbe produisait une siccité constante de la plaie.

A la clinique de Kiel, on prend un certain nombre de précautions non indiquées par Lister, mais qui peuvent être considérées comme un perfectionnement de sa méthode. Tout d'abord il est important de trier les cas avant l'opération, et de ne pas opérer dans le même endroit les tumeurs, les traumatismes, les organes déjà enflammés ou même en état d'intoxication septique. C'est pourquoi l'on a construit à Kiel une *baraque de septicémiques* avec personnel, matériel, bains, salle d'opérations, etc. (comme à l'hôpital de Bethanie de Berlin). C'est l'application des pavillons d'isolement aux services de chirurgie.

En outre, M. Neuber renouvelle le conseil d'éviter les instruments compliqués, difficiles à nettoyer, et surtout ceux dont les manches sont en bois cannelé. Les couteaux employés à Kiel se composent simplement d'un morceau d'acier nickelé; les ciseaux, les scies, les crochets sont construits avec la même simplicité.

La rapidité de l'opération est plus nécessaire que jamais, d'après les doctrines modernes. L'auteur préfère à la ligature la torsion des petits vaisseaux, et au drain de caoutchouc le drain en os décalcifié, en trouant la peau à l'emporte-pièce. Il recommande les attelles de verre faciles à nettoyer et à désinfecter, et d'ailleurs agréables aux blessés.

Le pouvoir antiputride de la poudre de tourbe est attribué à son énorme pouvoir absorbant plutôt qu'à un pouvoir antiseptique réel. (*Arch. für klin. Chirurgie*, t. XVIII, p. 483.)

On consultera avec avantage, sur le même sujet, une revue de M. de Santi intitulée : *Les dernières évolutions du pansement antiseptique* (*Archives générales de médecine*, mars 1883).

Des bruits musicaux du cœur, par M. Schrötter.

D'après Hamernyk et Bamberger, la région cardiaque peut être le siège d'un bruit musical *systolique*, ressemblant à un piaulement ou à un sifflement aigu. Ce bruit, extrêmement rare, devrait sa naissance à des vibrations produites au sein de l'ondée sanguine par des filets tendineux placés en travers du courant. Dans un cas, l'auteur a pu démontrer cliniquement et anatomiquement la réalité de cette hypothèse. Cette disposition anormale des tendons peut être congénitale ou acquise (lorsque, par exemple, un tendon rompu va se fixer à la paroi opposée). — Dans deux cas d'insuffisance aortique, Schrötter constata un bruit musical *diastolique* dans la région de l'aorte. Dans les deux cas, l'autopsie montra que l'une des valvules sigmoïdes était tellement altérée, qu'il n'en restait plus qu'un bord mince, presque filiforme. Le mécanisme de production du piaulement est manifestement le même que précédemment. Ces faits sont intéressants, et les déductions de l'auteur paraissent rationnelles. (*Wien. med. Blätter*, 1883, n° 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, par M. Rivals. Thèse doct. de Bordeaux. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.

L'étude du retard du pouls dans les maladies de l'appareil circulatoire a pris, depuis quelques années, une réelle importance; les médecins qui se sont trouvés en mesure d'appliquer aux recherches cliniques les procédés précis d'inscription du cœur et du pouls, ont soumis à de nombreux contrôles les conclusions formulées tout d'abord par les élèves de M. Marey et les ont confirmées de point en point. Parmi les auteurs de ces études complémentaires, quelques-uns, comme M. Rivals, ont ajouté d'importants détails aux faits déjà connus : en limitant leurs recherches à un point bien déterminé, ils ont pu grouper autour d'un fait clinique tous les documents fournis par la pathologie expérimentale, et ont produit ainsi des monographies d'un véritable intérêt.

Dans la thèse de M. Rivals, on trouve à côté d'observations de malades, suivies pendant longtemps, des expériences sur les animaux, qui fournissent le contrôle de l'interprétation des données cliniques; dans les deux séries d'études, c'est l'évaluation du retard du pouls, modifié par les lésions des sigmoïdes aortiques, qui a été poursuivie avec tout le soin nécessaire. De part et d'autre, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, on trouve confirmée la conclusion émise par M. François-Franck, à savoir que, contrairement à l'opinion de Henderson, reprise récemment par A. Tripier, le retard du pouls n'est pas exagéré dans l'insuffisance aortique; tout au contraire, il présente une diminution souvent des plus notables. C'est là un fait qui semble aujourd'hui bien établi, confirmé, comme il l'a été par les recherches de Renaut, de d'Espine, de Pélix, de Keyt, etc. Quant à son interprétation, M. Rivals accepte, avec une légère variante, celle qui avait déjà été donnée : le ventricule gauche projette avec vigueur, et *dès le début de sa systole*, son contenu dans l'aorte, qui communique librement avec la cavité ventriculaire. Mais ce n'est là que l'un des éléments de la diminution du retard du pouls; il faut ajouter que l'onde pulsatile se transmet plus rapidement dans le système artériel lui-même, grâce à la vitesse dont elle est animée à son départ et aux conditions de rapide propagation qu'elle trouve dans les artères suffisamment tendues.

Des faits précis ont permis à M. Rivals de pousser plus loin qu'on ne l'avait pu faire encore l'étude du retard du pouls dans le rétrécissement aortique; il a observé une exagération notable, laquelle devient beaucoup plus grande encore si une insuffisance mitrale coexiste avec le rétrécissement.

Ce sont là, comme on voit, des points qui peuvent acquérir une grande importance pour le diagnostic différentiel des lésions valvulaires.

Tous les documents critiques et expérimentaux que renferme ce travail sont exposés avec méthode et clarté; de nouveaux tracés, dont l'exécution est très soignée, et qui, par suite, ont la valeur de véritables originaux, apportent leur appoint d'intérêt à cette étude. C'est pour nous une satisfaction très grande que d'avoir à présenter, sans associer la critique au compliment, une thèse clinique et expérimentale faite dans les laboratoires de la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux.

VARIÉTÉS

LE BANQUET CHARCOT.

Le banquet offert à M. Charcot par ses élèves, auxquels s'étaient joints beaucoup de confrères amis et de notabilités médicales, a eu lieu mercredi chez Lemardeley. Une salle richement ornementée, un dîner bien servi, une table de plus de quatre-vingts couverts; de nombreuses lettres d'adhé-

sion envoyées par des confrères empêchés ou trop éloignés de Paris, quatre ou cinq télégrammes remis séance tenante, tout chargés de témoignages sympathiques, un magnifique bouquet envoyé de Nice, et par-dessus tout des fleurs de langage à la fois élégantes et sévères, voilà la physionomie générale de cette fête toute cordiale, toute confraternelle, toute en l'honneur de la science et du savant; un peu différente en cela du *banquet Broca* (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 143), d'origine également médicale, mais qui ne pouvait guère ne pas se ressentir un peu de la raideur inhérente à l'élément politique.

Un toast a été porté à M. Charcot par son collègue de la Faculté, M. Bouchard, qui s'est acquitté de sa tâche comme il l'avait fait au *banquet Willemin* que nos lecteurs n'ont pas oublié, c'est-à-dire avec un grand bonheur de pensée et d'expression. La pénétration d'esprit, le bon sens, la simplicité forte et expressive ne quittent pas plus M. Bouchard dans ses allocutions que dans ses livres. Il a résumé et caractérisé l'œuvre de M. Charcot en traits si nets et si clairs, que l'entrée de notre célèbre confrère à l'Académie des sciences en paraissait être, aux yeux de tous, le corollaire obligé. La réponse de M. Charcot a eu exactement le même caractère. Sans tomber dans cette modestie banale qui ne se fait pas accepter, il a eu le bon goût de faire ressortir la parenté de ses travaux avec ceux de ses devanciers et de ses émules, y compris celui-là même qui venait de le louer.

Le point essentiel dans ces deux allocutions est une commune déclaration de principes sur les fondements de la pathologie, sur l'appui qu'elle doit chercher dans l'anatomie pathologique et la physiologie. « Vous voilà membre de l'Académie des sciences, avait dit M. Bouchard; vous serez conservateur, mais je suis bien sûr que vous ne serez pas réactionnaire. — Non, a répliqué M. Charcot; vos principes sont les miens, je les ai toujours professés et, plus j'ai avancé dans la science, plus j'ai senti le besoin, le devoir d'y rester fidèle.» Que cette double déclaration soit ou non intentionnelle, il nous paraît difficile que la curiosité publique ne la rapproche pas d'une autre, d'un caractère assez différent, qui a servi de thème à une récente leçon d'ouverture.

L'organisateur du banquet, M. le docteur Joffroy, un des meilleurs et des plus chers élèves de M. Charcot, a fait, pour ainsi dire, hommage à son maître, en termes excellents et d'un heureux à-propos, des lettres de tous les confrères français ou étrangers qui n'avaient pu participer à la fête que par des témoignages lointains de sympathie. Puis M. Liouville a lu une lettre chaleureuse de M. Paul Bert que nous croyons être la reproduction des arguments développés par lui devant la commission de l'Académie des sciences en faveur des droits de la médecine à être représentée dans l'illustre Compagnie.

Parvenu aux sommets que l'ambition médicale ne peut plus dépasser, notre ancien collaborateur et constant ami aura atteint aussi dans cette soirée sa suprême satisfaction. Ce sont les honneurs du triomphe après la victoire que, suivant les coutumes de l'ancienne Rome, le corps médical vient de lui décerner.

A. D.

Nécrologie : Carrière. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. le docteur Edouard Carrière, ancien médecin de M. le comte de Chambord, revenu à Paris depuis quelques années. On lui doit un excellent livre sur la climatologie de l'Italie.

Légion d'honneur. — A été promu au *grade d'officier :* M. Doué (Pierre-Adolphe), médecin principal de la division navale des côtes du Tonkin.

École de Tours. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École de Tours sera ouvert le 15 juillet 1884, à l'École supérieure de pharmacie de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de Lyon. — M. Pierret, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales, vacante par suite du décès de M. Arthaud.

Égypte : Service sanitaire. — On lit dans le *Journal des Débats :* « Une commission vient d'être instituée afin de réorganiser le service sanitaire que les médecins anglais trouvent déplorable, on sait trop bien pourquoi; cette commission est composée d'Anglais et d'indigènes; on y a introduit un Allemand et un Autrichien, et pas un Français. Pourtant il y a dix-huit mille Français qui peuvent être victimes du choléra en Egypte, tandis qu'on ne connaît pas cent Allemands et Autrichiens sur les bords du Nil. »

Anthropologie. — Au Muséum d'histoire naturelle, une salle d'anthropologie vient d'être ouverte au public. L'administration organise, en outre, une exhibition méthodique et complète des crânes des diverses races et populations françaises, qui seront tous réunis dans une même galerie.

Maladies des yeux. — Le docteur Galezowski commencera son cours sur *les maladies des yeux*, à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, vendredi prochain, 7 décembre, à huit heures du soir, et il le continuera les lundis et les vendredis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra : l'étude des affections oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance est consacrée à des démonstrations ophthalmoscopiques.

Mortalité a Paris (48e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 novembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 972, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 4. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 54.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 21; inconnu, 0. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 30; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 48e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 972 décès, au lieu de 985 pendant la semaine précédente. La mortalité parisienne se maintient donc à un taux très peu élevé. Fièvre typhoïde (32 décès); variole (4); scarlatine (1); coqueluche (9); diphthérie (43) (la saison contribue sans doute à accroître le nombre des décès par diphthérie, car il est de règle que cette maladie augmente toujours de fréquence en hiver); bronchite aiguë des jeunes enfants (37); pneumonie (73); athrepsie des jeunes enfants (56).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique des fractures et des luxations, par M. Fr. H. Hamilton. 6e édition augmentée de nombreuses additions, par M. le docteur G. Poinsot. 1 vol. grand in-8 de XXI-1292 pages avec 514 figures. J.-B. Baillière et fils. 24 fr.

Clinique de l'Hôpital des Enfants malades, par M. E. Bouchut. 1 vol. in-8 de 664 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Des angines de poitrine, par M. le docteur Henri Huchard. In-8. Paris, Germer Baillière et Cie. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 15 décembre 1883.

DES RELATIONS DE LA LITHIASE BILIAIRE AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement.

I

La femme est beaucoup plus exposée que l'homme à la lithiase biliaire; toutes les statistiques cliniques et anatomo-pathologiques le démontrent. En outre, tandis que les accidents d'origine calculeuse apparaissent d'habitude chez l'homme à une période assez avancée de l'existence, de cinquante à soixante ans, chez la femme, au contraire, c'est de dix-sept à quarante-deux ans, c'est-à-dire pendant la période génitale, qu'ils se produisent de préférence, dans les quatre cinquièmes des cas (Bouchard). Force nous est donc de conclure qu'il existe une étroite relation de cause à effet entre la cholélithiase et les divers incidents de la vie féminine.

Du jour où notre attention ayant été dirigée de ce côté par l'enseignement de M. le professeur Bouchard, nous eûmes soin d'étudier dans ce sens les faits de lithiase biliaire qui s'offrirent à notre observation, nous pûmes constater que, dans la grande majorité des cas, les épisodes de la sexualité, établissement des règles, mariage, grossesse, accouchement, peut-être enfin la ménopause, avaient eu une influence pathogénique indéniable. Grande fut donc notre surprise de ne trouver, à cet égard, dans les ouvrages classiques consacrés à la pathologie hépatique, et dans les traités de gynécologie et d'obstétrique, que des données fort vagues ou des indications des plus sommaires.

On ne rencontre de renseignements précis sur cette question que dans certaines monographies; ainsi divers médecins de Vichy, comme Durand-Fardel, Willemin, Cyr, nous ont apporté le précieux contingent de leur immense pratique. M. Willemin surtout a mis en pleine lumière, dans son *Traité* si justement réputé *des coliques hépatiques*, l'influence qu'exercent la grossesse ou l'accouchement sur l'évolution de la cholélithiase. Tout récemment M. Cyr communiquait à la

FEUILLETON

Lettres médicales.

Exercice de la médecine dans les départements-frontières : conventions entre la Belgique et la Hollande, entre la France et la Belgique. — Les élèves-femmes de la Faculté de Paris. — Mouvement du personnel médical en France. — Les sages-femmes.

Vous avez pu lire tout récemment dans la *Gazette* (n° 45, p. 747), cher confrère, une protestation signée par sept honorables médecins de la petite ville d'Osséja contre un projet de convention entre l'Espagne et la France, en vue d'autoriser, dans les départements-frontières, le libre exercice de la médecine par les praticiens des deux pays. Nos confrères des Pyrénées-Orientales donnent de leur opposition des raisons topiques qui méritent considération. La convention, si elle était passée, aurait pour résultat certain de réduire leurs profits de clientèle dans les cantons de Saillagousse et Mont-Louis, sans leur offrir aucune compensation dans les localités espagnoles limitrophes; et, de plus, assurent-ils, ce serait conférer l'autorisation d'exercer en France à des médecins d'une éducation médicale très inférieure à la nôtre.

Vous ne serez peut-être pas fâché d'être mis un peu au courant d'une question qui n'est pas neuve, et qui a déjà reçu une solution ailleurs que dans le sud de la France.

S'il y a encore des Pyrénées médicales, il n'y a plus d'Escaut. Dans le courant du mois de mai 1868, un médecin belge de la commune d'Esden, située sur la frontière néerlandaise, fut poursuivi et condamné pour exercice illégal de la médecine sur le territoire des Pays-Bas, dont les médecins pourtant rencontraient une tolérance exemplaire dans leurs incursions sur le territoire belge. Ce confrère s'adressa au bureau de la *Fédération médicale belge*, qui est, vous le savez, l'analogue, mais non le *fac-simile* de notre *Association générale*, le priant d'intervenir auprès du gouvernement pour obtenir une réciprocité entière et légale d'exercice

Société de médecine pratique (mars 1883) un travail fondé sur une cinquantaine d'observations des plus concluantes. Avant lui, du reste, M. Huchard avait réuni dans un court et substantiel mémoire (*Union médicale*, avril 1882) un certain nombre de faits également démonstratifs.

Enfin, à l'instigation de M. Landouzy, Mme Berline-Hering vient de prendre cette question comme sujet de sa thèse inaugurale (Paris, 1883). En indiquant les dangers que la lithiase biliaire peut faire courir à la femme enceinte ou récemment accouchée, point de vue qui, jusqu'à ce jour, était resté dans l'ombre, elle a montré l'intérêt pratique qui s'attache à cette étude.

Tous ces auteurs, on le voit, n'ont eu en vue que l'influence pathogénique de la grossesse ou de l'accouchement. Or la question demanderait à être étudiée à un point de vue plus large, plus compréhensif; car, comme l'a indiqué M. Bouchard dans son *Traité des maladies par ralentissement de la nutrition*, les autres incidents de la vie génitale doivent être également incriminés. Depuis l'établissement des règles jusqu'à la ménopause, la femme se trouve dans certaines conditions physiologiques qui prédisposent à la formation des calculs biliaires.

Malheureusement, si l'interprétation pathogénique que nous apporte M. Bouchard est, comme nous le verrons, des plus plausibles, les données cliniques réellement probantes en ce qui concerne le rôle des influences sexuelles, en dehors de la grossesse, nous font entièrement défaut. Comment s'en étonner d'ailleurs, si l'on songe aux difficultés que présente une pareille enquête?

Déterminer le début de la cholélithiase est, en effet, un des problèmes les plus délicats de la pratique. Est-il nécessaire de rappeler que souvent elle demeure latente au point de vue symptomatique, ou ne se traduit que par des manifestations morbides des plus vagues, des moins accusées, dont la véritable origine est méconnue ou au moins reste problématique, comme des crises gastralgiques ou des troubles dyspeptiques?

On n'est donc pas autorisé à rapporter, comme cela se fait souvent, le début de la lithiase au premier accès franc, à la première colique hépatique bien dessinée. Dans le cas, à coup sûr le plus fréquent, où les anamnestiques sont peu connus du médecin, on ne saurait fixer le moment où se sont formés les calculs biliaires, et par suite déterminer le véritable rôle des influences morbides qui ont amené l'accès douloureux. Ont-elles été pour quelque chose dans la production des cholélithes, ou n'ont-elles fait que favoriser la migration de calculs antérieurement développés dans la glande hépatique? telle est la question qui se pose et qu'on n'a pas encore essayé de résoudre.

La solution de ce problème, il faut la demander aux praticiens assez heureux pour suivre leurs malades pendant de longues années, assez perspicaces pour soupçonner la cholélithiase sous ses formes cliniques les plus vagues; eux seuls pourront, quand elle se sera affirmée de la manière la plus éclatante, faire revivre devant nous le drame pathologique dans toutes ses phases, et assigner à tous les incidents de la vie génitale qui l'ont traversé, leur véritable signification pathogénétique.

Ce n'est pas tout encore : qui voudra préciser l'influence de la menstruation, du mariage, des excès sexuels, etc., sur la production et la migration des calculs biliaires, aura à tenir compte d'éléments multiples : enquête d'autant plus difficile qu'elle devra souvent porter sur les questions les plus intimes, de la vie conjugale par exemple. Ne trouvera-t-on pas, bien souvent, dans telles émotions vives, dans telles impressions profondes la véritable cause sinon de la cholélithiase, du moins des accidents aigus qui en sont la conséquence plus ou moins tardive?

Sur tous ces points, il y a non pas pénurie, mais absence complète de renseignements : seules, les relations qui existent entre la lithiase et la grossesse ou l'accouchement sont assez bien connues, assez intéressantes au point de vue pratique pour fixer, plus qu'elles ne l'ont fait jusqu'à cette heure, l'attention des pathologistes.

II

Sans recourir à une énumération fastidieuse des observations réunies de toutes parts, on peut dire avec M. Huchard : « La preuve est faite : la grossesse et l'accouchement sont souvent le point de départ de coliques hépatiques. » Pour ne prendre, à l'exemple de Mme Berline-Hering, qu'une statistique, la plus étendue, « si l'on procède à l'analyse des faits rapportés par M. Cyr, on voit que dans 11 cas sur 51 la première crise a été observée pendant la grossesse, que dans 4 cas elle est survenue à la suite de fausses couches, et dans les 36 cas restants à la suite de l'accouchement, après un délai qui a varié de un jour à un mois dans 22 cas, par conséquent dans les deux tiers environ de ces cas. »

A en croire ces chiffres bruts, l'accouchement aurait une

---

entre les deux pays. La négociation auprès du ministre des affaires étrangères fut confiée à l'un des médecins les mieux placés pour l'entamer et la poursuivre, les mieux doués pour la faire réussir, M. le docteur Feigneaux, à qui toutes les questions d'intérêt professionnel sont depuis longtemps familières. Et, puisque l'occasion s'en présente, pourquoi ne vous confierais-je pas à l'oreille que ce distingué confrère est à demi Français, médecin de l'ambassade française à Bruxelles, membre de la Société française de bienfaisance, enfin chevalier de la Légion d'honneur pour services rendus, en 1870-71, à nos blessés sur le champ de bataille, à la population de la capitale pendant le siège. C'est lui, en effet, qui est venu à Paris apporter des secours en nature et en argent au nom du *Comité du pain*, qu'il avait institué à Bruxelles de concert avec Laussedat.

M. Feigneaux donc se mit en campagne, et le 7 décembre 1868 fut conclue, entre le gouvernement belge et celui des Pays-Bas, une convention qui fut ratifiée, le 17 du même mois, par les Chambres législatives, et dont voici le texte « Les médecins belges établis dans les communes belges limitrophes des Pays-Bas, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer l'art de guérir ou une de ses branches, auront le droit d'exercer ce même art ou la même branche de cet art dans les communes néerlandaises limitrophes de la Belgique. Les médecins néerlandais sont autorisés, sous les mêmes conditions, à exercer l'art de guérir ou une de ses branches dans les communes (belges) limitrophes (de la Hollande), toutefois en se conformant réciproquement à la législation en vigueur ou qui serait en vigueur relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches dans le pays où ils font usage de l'autorisation accordée. »

Des démarches semblables furent faites plus tard auprès du gouvernement français; cette fois, les négociations traînèrent en longueur : si je ne me trompe, il ne s'écoula pas moins de deux ans entre les premières ouvertures et la conclusion d'un accord. Ne tombez pas dans une trop grande

influence beaucoup plus accusée que la grossesse sur la lithiase biliaire; mais l'examen détaillé des observations montre que, si la colique hépatique est beaucoup plus fréquente après la délivrance que pendant la gestation, bien souvent la crise aiguë est annoncée dès les premiers mois de la grossesse par des manifestations morbides qui, pour être moins nettes, n'en sont pas moins imputables aux calculs, comme des troubles dyspeptiques ou des crampes d'estomac. Peut-être aussi faudrait-il faire entrer en ligne de compte la lactation; mais sur ce point les observations recueillies ne sauraient encore nous édifier.

Il est des cas où la lithiase biliaire s'était déjà cliniquement affirmée avant la grossesse; il s'en trouve d'autres, plus nombreux, où c'est à ce moment seulement qu'elle a donné sa note symptomatique. Dans la majorité des observations les crises hépatalgiques ont apparu au cours de la première grossesse ou à la suite de la première couche; il est cependant loin d'être exceptionnel de ne les observer qu'à la deuxième ou la troisième. Dans deux observations de Cyr, elles ne se sont produites qu'après la neuvième, la quinzième grossesse. Enfin il paraît bien établi que les grossesses laborieuses, les accouchements gémellaires prédisposent plus que les délivrances normales aux coliques hépatiques. Enfin on ne s'étonnera pas de rencontrer comme causes adjuvantes des fatigues, des émotions, des infractions aux préceptes hygiéniques.

Non moins variable est la marche de la lithiase biliaire survenue dans ces conditions. Tantôt l'accès gravidique demeure isolé; tantôt la maladie sommeille en quelque sorte dans l'intervalle des grossesses pour se réveiller à chaque fécondation. Ainsi M. Willemin rapporte l'histoire d'une femme qui n'eut de crises douloureuses qu'après ses deux couches, séparées par un intervalle de neuf années, et celle d'une autre calculeuse chez qui quatre grossesses successives furent suivies de quatre séries de crises hépatalgiques. Ordinairement la maladie, une fois constituée, rentre en scène à propos des divers incidents de la vie génitale, des écarts de régime, des émotions vives. Ainsi dans deux cas nous avons vu les coliques hépatiques, d'origine manifestement gravidique, ne se reproduire qu'au moment de la ménopause.

Au point de vue symptomatique, la plupart des observations recueillies sont trop peu détaillées pour autoriser des conclusions définitives : cependant il semblerait que l'accès calculeux se présente souvent, dans la grossesse, avec des caractères moins tranchés que d'habitude. Ainsi l'ictère a fréquemment fait défaut. D'où de nombreuses erreurs de diagnostic, même de la part de praticiens éminents; on a pu croire, par exemple, non seulement à de simples gastralgies, mais encore à des affections bien différentes, comme des inflammations de l'utérus ou de ses annexes; on a pu redouter soit le développement d'une péritonite aiguë, soit l'imminence d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

Il importe de remarquer que, contrairement à ce qu'on pourrait supposer à priori, les crises hépatalgiques les plus violentes ne compromettent pas d'habitude le travail de la gestation; c'est ce qui résulte de toutes les observations et notamment de celles qu'a publiées le docteur Bax (de Corbie) (*Union médicale du Nord-Est*, 1879). Cependant on a vu parfois l'avortement survenir à la suite d'un ictère d'origine peut-être calculeuse; mais les quelques observations auxquelles nous faisons ici allusion sont trop complexes pour infirmer une loi générale.

Si la lithiase biliaire n'exerce, alors même qu'elle se traduit par les manifestations morbides les plus accusées, aucune influence appréciable sur la marche de la grossesse, la réciproque n'est pas exacte, beaucoup s'en faut : et c'est un des points les plus intéressants et les moins connus de la question.

« Il est moins rare qu'on ne le croit de voir chez des femmes qui, enceintes, ont présenté simplement des crampes d'estomac, survenir, avec ou sans ictère, à la veille ou au lendemain de l'accouchement, des accidents sérieux avec fièvre vive et état grave qui compromettent l'existence et tuent souvent en quelques jours, au milieu d'un appareil symptomatique tellement alarmant que de prime abord on n'est pas tenté de rapporter ces accidents aux troubles hépatiques antérieurs; tellement sont paradoxales les conséquences dernières comparées aux troubles hépatiques antécédents. » (Landouzy, communication orale *in* thèse de Berline-Hering.)

L'interprétation de ces faits cliniques ne présente aucune difficulté, si l'on songe à certaines conditions morbides qui résultent de l'état de gestation. A cet égard on peut invoquer en première ligne les altérations du foie, congestion ou surcharge graisseuse, si fréquentes au cours de la grossesse, puis les altérations rénales, plus ou moins accusées, qui, pour leur part, viennent encore entraver les processus excrémentitiels. Aussi telles causes banales qui, dans d'autres circonstances, ne produiraient qu'un ictère des plus bénins, sont-elles alors

---

surprise, très honoré confrère. Dans un pays où l'on passe son temps à *organiser*, et où l'on organise toujours la même chose de vingt manières différentes, les jours sont trop courts et les années trop rapides pour des législateurs et des ministres. Enfin une convention fut signée entre notre ministre des affaires étrangères, M. Barthélemy Saint-Hilaire, et celui de Belgique, M. Beyens. L'échange des ratifications a eu lieu à Paris, le 24 janvier 1881. Comme cette convention n'a été publiée, que l'on sache, par aucun journal de médecine français, je veux vous en donner la primeur, en passant toutefois le préambule. J'ajoute seulement que, comprenant naturellement le Luxembourg belge, elle s'est ensuite étendue au Luxembourg hollandais.

Art. 1er. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes belges.

Réciproquement, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises.

Art. 2. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires exerçant, en vertu de l'article 1er, l'art de guérir ou quelqu'une de ses branches au delà des frontières de leur pays, devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.

Les personnes ci-dessus désignées, qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé, seront privées du bénéfice de l'article 1er.

susceptibles de provoquer cette forme d'ictère grave que, depuis l'excellente thèse de Mossé (*De l'ictère grave*, Paris, 1879) on désigne sous le nom d'ictère aggravé. Comment s'étonner dès lors que la migration d'un calcul à travers les voies biliaires puisse, en rompant un équilibre déjà fort instable, déterminer les accidents caractéristiques de l'insuffisance hépatique, d'autant plus redoutables qu'ils se combinent souvent avec ceux de l'insuffisance rénale?

Ces ictères aggravés de la grossesse n'ont d'ailleurs pas une signification pronostique aussi inexorable que l'ictère grave vrai, symptomatique d'une dégénérescence aiguë du foie. Cependant un dénouement fatal est loin d'être exceptionnel; nous pourrions malheureusement invoquer à l'appui de ce dire, entre autres, des faits observés tout récemment dans deux familles médicales.

Aussi le médecin doit-il surveiller, avec une grande vigilance, les femmes qui au cours de leur grossesse ou antérieurement auront présenté des accidents imputables à la lithiase biliaire, alors surtout que l'albuminurie pourra faire craindre que la dépuration urinaire s'effectue dans des conditions anormales.

D'ailleurs la grossesse ne semble pas créer des indications thérapeutiques spéciales, au point de vue de la cholélithiase. Cependant on peut se demander si elle ne contre-indique pas le traitement hydrominéral. Tandis, en effet, que M. Willemin affirme l'innocuité de la cure alcaline pendant la grossesse, M. Senac, d'après une communication orale que reproduit M. Huchard, conseille les plus grandes précautions et proscrit surtout les pratiques externes. Entre ces deux opinions contradictoires nous ne saurions nous prononcer.

III

Pour comprendre la pathogénie de la lithiase au cours de la grossesse, ou plus généralement au cours de la vie génitale chez la femme, nous n'avons qu'à laisser la parole à M. le professeur Bouchard, en nous référant d'ailleurs à notre précédent article sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

« L'étiologie montre, dit-il, que la lithiase biliaire se développe chez les individus seulement dont la nutrition est ralentie, chez ceux qui sont atteints de ce vice nutritif dont l'une des conséquences est d'empêcher la destruction des acides, de permettre leur accumulation dans l'organisme, de diminuer l'alcalinité des humeurs, de soustraire la chaux aux éléments anatomiques et de la livrer aux liquides d'excrétion. On comprend dès lors que la bile peut être moins alcaline, que les savons et les sels biliaires alcalins vont être décomposés par la chaux et que la cholestérine qui ne sera plus dissoute pourra réunir ces cristaux autour de quelques grumeaux constitués par la combinaison de la chaux avec les acides ou avec les pigments biliaire. »

Or, pendant toute la vie génitale, les oxydations se ralentissent, comme toutes les recherches physiologiques le prouvent, comme en témoigne la diminution de l'excrétion carbonique déjà signalée par Andral et Gavarret. Cet état bradytrophique ne fait que s'accentuer pendant la grossesse, grâce en partie à l'existence sédentaire qui est imposée à la femme enceinte. Ainsi s'explique la fréquence de l'ostéomalacie, de l'obésité, des accidents rhumatoïdes, toutes conséquences du ralentissement des mutations nutritives, au cours ou à la suite de la gestation.

D'autres causes peuvent encore, comme le fait remarquer M. Huchard, jouer un certain rôle; ainsi la compression des canaux excréteurs du foie par le produit de la congestion peut entraver le cours de la bile; ainsi les altérations que subit la glande hépatique pendant la grossesse ne doivent pas être sans amener des modifications dans les proportions de la cholestérine ou des acides biliaires; peut-être enfin pourrait-on invoquer les perturbations qu'éprouve la circulation abdominale. N'est-il pas intéressant de rapprocher à cet égard la lithiase gravidique de la glycosurie des femmes enceintes?

Ainsi, en résumé, pendant toute son existence sexuelle, la femme doit être particulièrement exposée aux manifestations d'origine bradytrophique, que l'usage réunit encore sous le nom d'accidents arthritiques, comme la lithiase biliaire. La grossesse ne fait qu'accentuer cette prédisposition, et cela sans doute par les raisons que nous venons d'indiquer; elle favorise la production de calculs biliaires ou en amène la migration, lorsque ceux-ci s'étaient antérieurement formés dans le parenchyme hépatique.

C'est dans ce sens qu'il faut comprendre, dans la majorité des cas du moins, ce réveil de la diathèse arthritique à la suite de l'état gravidique qu'invoque M. Huchard pour expliquer les relations de la grossesse avec les coliques hépatiques. Cependant nous avons à tenir compte dans une certaine mesure des antécédents personnels ou héréditaires que l'on retrouve chez les calculeux, puerpéraux ou non; mais ici nous sommes en présence d'une question de patho-

---

Art. 3. — Les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs dont les noms figurent sur la liste annuelle dressée conformément à l'article 4 de la présente convention, et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des remèdes aux malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

Art. 4. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement français fera tenir au gouvernement belge un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis, à la même époque, par le gouvernement belge au gouvernement français.

Art. 5. — La présente convention sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation, dans les formes prescrites par les lois des deux pays, et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois, à partir du jour auquel elle aura été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Telle est la situation actuelle. Je suis bien obligé de dire à nos honorés confrères d'Osséja qu'elle est généralement acceptée avec faveur et considérée comme avantageuse à la fois aux médecins et aux malades. Ni sous le rapport de la densité ou de la richesse des populations, ni sous celui de la valeur scientifique des hommes de l'art, la différence n'est assez grande entre les zones limitrophes de la Hollande et de la Belgique ou de la Belgique et de la France pour qu'il n'y ait pas sensiblement parité d'échanges. Et dès lors, sans porter préjudice à personne, on évite mille tracasseries, on lève maintes difficultés, on donne plus de latitude à la liberté des malades. L'argument défavorable qu'on pourrait tirer du cantonnement des officiers de santé dans des départements déterminés, n'aurait pas la valeur qu'on serait peut-être porté, tout d'abord, à lui attribuer. Le médecin du second ordre est officiellement inférieur au médecin du premier ordre; c'est cette infériorité qui est la condition légale de la limitation de sa pratique; il est destiné, en style universitaire, à combler les lacunes du doctorat; en style vulgaire, à boucher

logie générale trop vaste et aussi trop ardue pour qu'on puisse la traiter d'une manière incidente. Elle fera l'objet d'une étude ultérieure.

L. Dreyfus-Brisac.

Contributions pharmaceutiques.

HUILES MÉDICINALES

(Fin)

Un mot sur les oléo-stéarates métalliques.

Les formules d'huile d'alcaloïdes publiées dans les deux précédents numéros, fournissent des médicaments dits *officinaux*.

Si le médecin désirait leur donner une plus grande énergie, il pourrait augmenter la dose d'alcaloïde; et dans ce cas le médicament serait dit *magistral*. Exemple :

Atropine	0gr,25.
Acide oléique	1gr,75.
Huile d'amandes douces	98 grammes.

Faites dissoudre l'atropine dans l'acide à une douce chaleur, ajoutez à l'huile et filtrez.

Ainsi comprise, l'huile médicinale n'est plus un excipient, mais bien un véritable liniment actif dont la composition peut varier avec chaque ordonnance.

Les pharmacopées étrangères font mention d'une classe de corps que nous n'employons pas en France : les *oléo-stéarates métalliques*. Et nous pouvons dire qu'ils ne seront pas de longtemps usités chez nous; car le nouveau Codex n'en comprendra aucun, si ce n'est cependant celui de plomb, l'indispensable *emplâtre simple*.

Les oléo-stéarates se préparent par double décomposition d'une solution de savon blanc et d'une solution d'un sel métallique.

On prépare ainsi de l'oléo-stéarate de zinc, de l'oléo-stéarate de fer, de l'oléo-stéarate de mercure.

Ce dernier sel, mêlé avec son poids égal d'axonge, forme une pommade qui s'emploie avec succès contre l'eczéma, l'impétigo, l'ecthyma syphilitique.

L'oléo-stéarate de mercure ne se conserve pas plus de quinze jours. Il faut lui substituer le *stéarate de mercure*, sel très stable, préparé au moyen de l'acide stéarique cristallisé et du bioxyde de mercure. Seulement, au lieu de lui ajouter son poids d'axonge, il est nécessaire d'en mettre le double. On obtient ainsi une pommade qui peut au besoin remplacer l'onguent mercuriel.

Pierre Vigier.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Le pouls capillaire; sa valeur séméiotique.

Une thèse récemment présentée à la Faculté et très bien faite, par M. Albert Ruault, vient d'attirer l'attention sur un phénomène jusqu'alors peu connu : *le pouls capillaire visible*. Voyons donc, en discutant ce travail, en quoi consiste le phénomène, quelle est sa valeur séméiotique, son explication physiologique, enfin quelle est l'importance que ce signe peut prendre en clinique.

A chaque impulsion systolique, les artères de gros calibre se distendent, et celles qui sont accessibles au toucher donnent la sensation désignée sous le nom de *pouls*. En passant dans les vaisseaux capillaires, ces pulsations cessent d'être appréciables. Cela tient à ce que ces petits canaux, munis d'un appareil contractile, transforment le mouvement saccadé en un mouvement continu. Si l'on examine, par exemple, le pavillon de l'oreille, dont la capillarité est si riche, on y constate souvent une rougeur intense et permanente en raison de la continuité du courant circulatoire. Si, par une raison quelconque, cette continuité du courant venait, ce qui ne se rencontre pas, à être supprimée, on verrait l'oreille prendre à chaque systole cardiaque une teinte rouge vif, à laquelle succéderait une pâleur subite et rapide au moment de la diastole, et ainsi de suite. On aurait ainsi, réalisé à son summum, ce que l'on doit entendre par *pouls capillaire visible*.

Ce pouls capillaire, normalement invisible, est cependant appréciable par des expériences physiologiques. Tout organe, au moment de la systole, subit une augmentation de volume dans tous les sens, comme l'ont établi les expériences de François-Franck, après celles de Piéju, Chélius, Buisson, Fick et Mosso. D'ailleurs cette augmentation de volume, isochrone à la systole, s'accentue et devient appréciable pour le plus vulgaire observateur dans certaines circonstances : c'est ainsi que l'on sent les pulsations totalisées dans la main

---

les trous. Lever toute barrière entre les communes limitrophes de départements différents, ce serait supprimer la disposition fondamentale de la loi de l'an XI. Mais qui ne sait que, même dans ces conditions, il est presque impossible d'assurer la stricte exécution de l'article 29 de cette loi, interdisant à l'officier de santé l'exercice de l'art hors du département pour lequel il a été reçu, et que c'est de conflits journaliers sur la limite départementale qu'est née la prétention de certains officiers de santé de pouvoir, moyennant plusieurs diplômes, exercer à la fois dans plusieurs départements? Toutefois je comprends très bien que, sur certains segments de frontières, dans certaines circonscriptions de l'étendue d'un canton français, les deux groupes de médecins ou d'habitants placés en regard l'un de l'autre ne soient pas en mesure de se procurer mutuellement des avantages égaux, même approximativement, et que l'un d'eux devienne, au profit de l'autre, victime d'une convention internationale; car il ne faut pas oublier que, si le gouvernement doit tenir compte des avantages généralement attachés à la fusion des médecins des deux pays, il ne peut faire abstraction entière de la protection due à des nationaux dont le diplôme, acquis à prix d'argent et de travail, garantit le degré d'instruction exigé du médecin français. Je serais donc d'avis, pour ma part, de ne pas faire de ceci une question de principe et d'en subordonner la solution à des circonstances de temps et de lieu, qu'une enquête permettrait d'apprécier.

— L'*Octovirat* de la *Gazette* (il y a eu des décemvirs et des triumvirs à Rome, des décemvirs à Venise, j'ignore s'il y a eu des octovirs ailleurs que dans la République de la rue de Lille), je dis que notre octovirat a l'œil si éveillé sur toutes les questions professionnelles, qu'il prend l'habitude de vous les servir à la grande table, et que son chroniqueur juré, mis à la portion congrue, n'a plus à vous offrir dans son coin que de menus morceaux. Je vous dirai donc que le chiffre des élèves-femmes de la Faculté de médecine de

serrée par un gant, dans le pied trop à l'étroit dans une chaussure, parfois même aux oreilles quand il y a quelque peu de congestion céphalique.

En clinique, il est telles conditions, que nous étudierons plus loin, qui rendent le pouls capillaire facilement visible, et cela en des points d'élection qui sont surtout la pulpe sous-unguéale des doigts et la peau du front, et moins fréquemment la face interne de la lèvre inférieure renversée, le fond de l'œil, et d'autres régions encore, comme les éminences thénar et hypothénar, la peau de l'abdomen, des cuisses, etc.

Lebert, le premier, avait observé le pouls capillaire sur les pommettes dans un cas d'anévrysme de l'aorte : la joue du sujet était colorée d'une vive rougeur à chaque systole cardiaque. Ce fait resta comme une curiosité exceptionnelle jusqu'au mémoire publié en 1868 par Quincke, élève de Frérichs, sous le titre : *Remarques sur le pouls capillaire et veineux*. Puis, en 1871, au Congrès ophthalmologique d'Heidelberg, et en 1872, dans une autre publication, Otto Becker présenta des observations sur « les mouvements de sang visibles sur la rétine humaine », et montra que tous les malades offrant ces pulsations étaient atteints de cardiopathie. C'est cependant à M. Gripat que l'on doit la première constatation bien nette du pouls sous-unguéal dans un cas de lésion aortique (*Société anatomique*, 1873).

MM. Potain et Rendu font mention de ce fait, sans y attacher grande importance, dans l'article Cœur du *Dictionnaire* de Dechambre. Enfin les médecins anglais eurent l'idée de rechercher le pouls capillaire sur la tache vaso-motrice que l'on peut faire naître par le frottement sur la peau du front. MM. Déjerine et Tapret l'étudièrent alors dans leurs services d'hôpital et le montrèrent à leurs élèves. C'est à l'inspiration de ces derniers que M. Ruault choisit ce sujet intéressant pour en faire l'objet de sa thèse inaugurale.

Le pouls capillaire n'est appréciable pour le clinicien que par des changements de coloration. La partie sur laquelle on l'observe devient alternativement rouge et blanche, « comme si un nuage de sang y passait rapidement » (Gripat).

Si l'on presse légèrement la surface d'un ongle avec une pointe quelconque, et si l'on imprime à cette pointe un mouvement de va-et-vient isochrone aux battements du cœur, on voit au moment de la pression se produire une zone de pâleur autour du point comprimé; puis, dès que la pression diminue, à la pâleur succède une rougeur qui disparaît de nouveau dès que l'on presse encore. C'est là une reproduction artificielle de ce qui est observé spontanément dans le pouls capillaire visible sous-unguéal. Il est encore possible de retrouver, ainsi que l'a indiqué M. Tapret, le pouls capillaire à la pulpe libre du doigt, en regardant à travers une carafe pleine d'eau ou une simple lame de verre, sur lesquelles on appuie l'extrémité des doigts. C'est particulièrement pendant le travail de la digestion ou à l'occasion d'une excitation cardiaque passagère que nous avons pu réaliser cette petite expérience dans les conditions les plus favorables. M. Ruault désigne, à tort selon nous, sous le nom de *faux* pouls capillaire, ces rougeurs alternatives de la peau qui doivent à une provocation, à une manœuvre artificielle de devenir visibles, tandis que le *vrai* pouls capillaire serait perceptible spontanément dans certains cas pathologiques déterminés et prendrait alors une valeur séméiotique importante. Et cependant il accepte comme *vrai* le pouls capillaire frontal, lequel a besoin pour se révéler d'une friction ou d'une pression déterminant une tache vaso-motrice. Il y a là, dans cette distintion de *vrai* et de *faux* pouls, une subtilité dérivant d'une idée préconçue. M. Ruault a cherché son signe particulièrement chez les sujets atteints d'insuffisance aortique, où il est, en effet, souvent très visible, mais s'est arrêté dans ses observations, et semble refuser toute valeur au pouls capillaire, qui se produit dans d'autres circonstances, ainsi que nous le verrons bientôt.

Pour bien voir le pouls en question, il faut un peu d'habitude : on doit s'éloigner à certaine distance du sujet; ce dernier doit être en pleine lumière du jour, mais placé de telle sorte que les reflets lumineux soient évités. Pour le pouls sous-unguéal, la main sera posée à plat sur le lit, sans efforts et sans contractions. Il faut renoncer à le trouver d'ailleurs sur les doigts hippocratiques ou déformés professionnellement.

Le pouls frontal s'obtiendra, lui, par une friction sur la peau du front au moyen de l'ongle, d'un crayon ou du bord du stéthoscope : cette friction ne tarde pas à déterminer une tache vaso-motrice, au pourtour de laquelle apparaîtront les alternatives de rougeur et de pâleur qui en font varier le diamètre apparent, et sont surtout bien visibles quand la tache est sur le point de s'éteindre. Encore faut-il que la coloration du visage ne soit pas trop hâlée, la tache vaso-motrice pouvant ne pas apparaître sous la pigmentation de la peau.

Si à l'état physiologique le pouls capillaire n'est que difficilement appréciable, malgré les artifices employés, il est

---

Paris s'est un peu élevé en 1883; il a été de 45; c'est 6 de plus que l'année précédente. La majorité vient de Russie. Or 45, c'est le centième de 4500, nombre rond des élèves inscrits à la Faculté. L'empire médical ne tombe donc pas en quenouille; mais il est certain que le sexe auquel nous devons notre mère gagne peu à peu du terrain dans la vie sociale, et que celui qui viendra dans quelque temps écrire un nouveau poème sur le *mérite des femmes* devra choisir un autre thème que celui du tendre Legouvé. Les boulangères votent dans l'élection des syndics de la boulangerie; il est assez sérieusement question d'admettre les commerçantes en général au vote pour la nomination des membres du Tribunal de commerce; d'autres réclament pour la totalité des femmes majeures le droit au suffrage universel. Et ainsi nous avons la chance de voir un parterre de fleurs au Luxembourg et au Palais-Bourbon. Les femmes sont bien admises dans les conseils du gouvernement chez certaines peuplades sauvages, à ce que dit Dumont-d'Urville! Et les sénats de femmes n'ont pas été inconnus à Rome : c'était le petit Sénat. Le sage Aurélien voulait que les membres en fussent choisis parmi celles qui avaient mérité des sacerdoces. Après tout, si l'on ne fait entrer dans nos assemblées législatives que des vestales, il n'y a pas à tant se récrier.

— De la *Statistique du personnel médical de France*, qui vient d'être publiée par le ministre du commerce (1er octobre 1883), mais qui ne va que jusqu'à la fin de 1881, il ressort deux faits généraux d'une certaine importance. Le premier est que le nombre des médecins a augmenté en France depuis 1876, date du dernier recensement; il est monté de 14 376 à 14 846. Mais l'augmentation porte uniquement sur l'ordre des docteurs, qui de 10 743 est monté à 11 643. Celui des officiers de santé a, au contraire, subi une diminution; de 3633, il est descendu à 3203. Ainsi 900 docteurs de plus et 430 officiers de santé de moins. La popula-

des cas pathologiques où, par contre, sa fréquence, son intensité permettent de l'élever à la hauteur d'un signe. Des recherches de M. Ruault il résulte, en effet, que « le pouls capillaire frontal est de règle chez les malades atteints d'insuffisance aortique avec ou sans autres lésions valvulaires concomitantes, quand la ou les lésions sont compensées ».

La netteté, l'intensité de ce signe peuvent être telles, dans ces cas, qu'il devient, avant toute auscultation ou dans telles conditions qui rendent l'auscultation du cœur impossible (dyspnée intense, râles pulmonaires bruyants), un signe révélateur précieux de la lésion sigmoïdienne.

Chez une malade de mon service, cardiopathe et très dyspnéique, l'auscultation du cœur était presque impossible : le docteur Tapret put affirmer l'existence d'une insuffisance aortique par la simple inspection des ongles et de la tache frontale, insuffisance qui fut facilement reconnue à son souffle dès que l'asystolie fut dissipée. Dans un autre cas, le même médecin diagnostiqua l'insuffisance aortique chez un de ses amis dont le front, rougi par la pression du bord du chapeau, présentait les fluxions caractéristiques du pouls capillaire, et cet ami mourait subitement deux jours après.

Le pouls capillaire doit, en effet, trouver les conditions les plus favorables à sa production dans l'insuffisance aortique : hypertrophie du muscle cardiaque et dilatation de ses cavités, fatigue ou épuisement de l'élasticité des artères, athéromateuses ou non, enfin *spasme* des vaisseaux capillaires, ainsi que cela a été démontré par les expériences de M. F. Franck (*Société de biologie*, juin 1883) et des recherches manométriques de M. Potain,

Donc, pour M. Ruault, dont les observations sont démonstratives, le pouls capillaire devient un indice de la maladie de Corrigan, et permettrait même, dans les cas douteux, d'éliminer les souffles extra-cardiaques d'origine pulmonaire ou les frottements-souffles péricardiques, simulant le souffle diastolique de l'insuffisance aortique.

Malheureusement le pouls capillaire n'est pas exclusivement constatable dans les cas de lésion aortique : M. Ruault lui-même l'a vu dans trois cas de néphrite interstitielle avec artério-sclérose généralisée, dans deux cas d'athérome artériel simple, enfin chez deux jeunes filles chlorotiques. Il est vrai que le phénomène n'offrait pas là l'intensité, la netteté, la permanence qui le caractérisent dans l'insuffisance des sigmoïdes.

M'étant livré à la recherche de ce signe sur un grand nombre de sujets atteints de maladies aiguës ou chroniques, j'ai pu me convaincre que l'insuffisance aortique était, en effet, le plus souvent, mais non toujours, accompagnée du pouls capillaire.

Ces jours derniers encore, je voyais à Laennec, dans le service de mon collègue M. Ferrand, une jeune femme de vingt-quatre ans, entrée pour un chancre de la lèvre et qui avait eu, en 1870 et 1882, un rhumatisme articulaire aigu. Or elle présentait au cœur un souffle d'insuffisance mitrale, en même temps qu'un superbe souffle, à la base, d'insuffisance aortique : ni moi, ni mes élèves, exercés cependant à cette recherche, nous n'avons pu faire apparaître le pouls capillaire frontal ni le constater à travers les ongles. — Au n° 16 de notre salle Grisolle, un homme présente également les signes de la maladie de Corrigan et n'offre en aucun point de battements capillaires perceptibles. Et ce ne sont pas les seuls exemples que j'aie rencontrés.

Le signe peut donc manquer et n'a plus dès lors la valeur pathognomonique assignée par M. Ruault. Son absence dans l'insuffisance aortique, sa présence dans des cas où ne se trouvent pas réalisées toutes les conditions circulatoires spéciales énumérées plus haut, semblent prouver que l'apparition du pouls capillaire peut répondre à des états morbides fort différents.

En effet, nous observions, il y a un mois, dans notre salle Cl. Bernard, une jeune femme devenue rapidement et profondément anémique par une perte utérine considérable : chez elle le cœur battait faiblement, n'avait aucune lésion valvulaire; le pouls radial était faible et filiforme, et cependant le pouls capillaire sous-unguéal de même que le pouls frontal furent des plus nets pendant quelques jours. Dès que, par un traitement et une alimentation appropriée, la perte sanguine fut en partie réparée, le pouls capillaire cessa d'être visible. Là il n'y avait plus ni lésion aortique, ni impulsion forte du cœur : c'était de l'adynamie circulatoire et nerveuse.

Mêmes conditions dans certaines formes adynamiques et hyperthermiques de la fièvre typhoïde où nous avons pu observer, avec la plus grande facilité, le pouls sous-unguéal et frontal pendant un ou deux septénaires. En voici deux exemples :

Jules H..., dix-neuf ans, sellier, entre salle Grisolle, 19, le 20 septembre 1883.

Il est malade depuis huit jours et présente tous les signes de la fièvre typhoïde; rien au cœur ni aux poumons. — Le 21, le pouls est dicrote, à 112; température, 39°,4; le pouls capillaire est très visible aux ongles et au front, ainsi que les

---

tion de la France, qui était, en 1876, de 36 905 788 habitants, se montant en 1881 à 37 672 048, il en résulte que la France possède aujourd'hui 1 docteur pour 3235 habitants, au lieu de 1 sur 3807 qu'elle avait il y a quatre ans, et 1 officier de santé sur 11 761 au lieu de 1 sur 10 158. Ainsi continue à se produire régulièrement cette décroissance du second ordre de médecins qui finira par en rendre inutile ou par en permettre sans secousse la suppression légale.

— Je suppose, cher confrère, que le sort des herboristes, et même celui des pharmaciens, vous préoccupe médiocrement; mais peut-être portez-vous plus d'intérêt à mesdames les sages-femmes. Eh bien, apprenez qu'elles sont en hausse : elles ont monté de 12 847 à 13 403, soit 556 en plus; ce qui donne aujourd'hui 1 sage-femme pour 2810 habitants. Saviez-vous si considérable un personnel destiné à un seul sexe, pour un seul état de santé, lequel encore est si souvent confié à des médecins? Presque autant de sages-femmes que de docteurs, et cela dans un pays qui donne environ 26 naissances pour 1000 habitants, conséquemment quelque chose comme un million; soit environ 80 accouchements par sage-femme si les docteurs ou officiers de santé ne s'en mêlaient pas! C'est à se demander à quoi ces dames passent leur temps quand elles ne tirent pas sur le cordon.

Vivisections. — On lit dans la *Gazette de la Croix* : « La question des vivisections, soulevée d'abord à Paris, a été peu après l'objet de vives discussions en Allemagne. Le gouvernement a demandé à ce sujet de connaître l'opinion des Facultés de médecine des Universités. Des rapports ont été fournis. Le ministère songe maintenant à les résumer et à établir un Mémorandum qui sera soumis au Reichstag et au Parlement prussien. Les Chambres décideront s'il y a lieu à légiférer sur la matière. »

jours suivants, et ne commence à décroître que lorsque la température baisse. — Le 1er octobre, 37°,8 ; le pouls capillaire a disparu. — Le 4 octobre, les signes d'une rechute se manifestent ; le 5 au matin, la température est de 40°,2 et en même temps le pouls capillaire reparaît très net, très visible, au front et aux ongles, et continue du 5 au 12 octobre, tandis que la température oscille entre 39 et 40 degrés. En même temps que la défervescence survient, le pouls capillaire cesse d'être visible.

Chez un autre typhoïdique, salle Grisolle n° 3, le pouls capillaire se retrouve des plus marqués, au front comme aux ongles, pendant que le pouls est dicrote et la température à 40°,4, 40°,2. Il disparaît avec l'hyperthermie.

Nous pourrions produire encore d'autres observations identiques.

J'ai retrouvé le pouls capillaire au front et aux ongles chez des vieillards athéromateux sans insuffisance aortique appréciable, et encore dans un cas de paralysie générale, puis chez deux saturnins chroniques sans néphrite interstitielle, enfin chez plusieurs ataxiques. M. De Brun observait récemment dans le service du regretté professeur Lasègue, où il est interne, une femme frappée d'hémiplégie droite par suite d'athérome et de thrombose artérielle cérébrale, chez laquelle le côté droit paralysé, congestionné et plus chaud ne présentait aucun signe capillaire pulsatile, tandis que du côté opposé, non paralysé, plus froid, où la contractilité des petites artères était intacte, le pouls sous-unguéal existait dans toute sa netteté. Et cependant cette femme n'avait aucun souffle indiquant une insuffisance aortique.

Il y a dans tous ces cas un état spécial de la circulation capillaire qui se révèle et dont l'étude est à poursuivre.

Me rappelant un cas cité par le docteur Tripier dans sa conférence à l'Exposition d'électricité en 1881, dans lequel cet habile médecin constatait, sous l'influence de la faradisation en masse d'une région, l'apparition de battements artériels insensibles dans les conditions normales, j'ai moi-même cherché, mais en vain, le pouls capillaire sur la tache érythémateuse qui succède au passage des courants continus. C'est là une investigation à poursuivre.

De toutes les considérations précédentes, il me semble résulter que le sujet est loin d'être épuisé en clinique. M. Ruault, dans sa thèse, d'ailleurs fort remarquable, n'a eu pour but, semble-t-il, que d'établir la valeur du pouls capillaire dans l'insuffisance aortique. Il a laissé de côté un grand nombre de faits pathologiques où ces battements se produisent passagèrement (hémorrhagie, hyperthermie, etc.) et peuvent avoir une valeur qui reste à déterminer. Il faudra multiplier les observations, expérimenter l'influence de certains médicaments ou autres moyens thérapeutiques tels que les bains froids, l'électricité, l'alimentation, la chloroformisation, sur la circulation capillaire pour établir les rapports du pouls capillaire avec certains états morbides et sa pathogénie peut être variable.

Une expérience faite par mon interne, M. Gautier, prouve que l'on peut faire naître le pouls capillaire à volonté : après avoir entouré l'un de ses doigts d'un sachet de glace, il vit, alors que la congélation tendait à disparaître, se produire le pouls capillaire sous-unguéal de la manière la plus nette. Le phénomène dura trois heures.

Comment expliquer la production du pouls capillaire? Voici l'opinion de M. Ruault que nous ne nous refusons pas d'adopter : le pouls capillaire et les changements de volume des organes à chaque systole cardiaque, forment un seul et même phénomène : si, dans l'état physiologique, le pouls capillaire n'apparait que grâce à certains stratagèmes (application de la pulpe des doigts sur une carafe pleine d'eau, pression avec une lame de verre sur la face interne de la lèvre renversée ou encore sur les éminences thénar ou hypothénar), c'est qu'il y a équilibre parfait entre le cœur qui pousse la colonne sanguine, l'élasticité artérielle qui reçoit le choc en l'atténuant, enfin la contractilité capillaire qui s'exerce dans la mesure utile et nécessaire pour transformer un mouvement saccadé en un mouvement continu. M. Ruault, invoquant les expériences de M. Marey, celles de M. F. Franck, tend à démontrer que le pouls capillaire ne devient visible que si l'élasticité des capillaires, phénomène purement physique, vient à être entravée ou abolie. Les battements ressentis dans la main, dans le pied trop serré, dans le globe oculaire comprimé, dans une région quelconque où le gonflement inflammatoire, une tumeur, viennent entraver l'élasticité des vaisseaux, s'expliquent parce que l'ondée sanguine est transportée tout d'un bloc du centre à la périphérie sans perdre de sa vitesse acquise, de sa force d'impulsion. L'élasticité artérielle empêchée par la pression extérieure est annihilée et les capillaires reçoivent le choc systolique dans toute son ampleur. En est-il de même dans les cas où le pouls capillaire se produit spontanément? Pour M. Ruault, une contraction spasmodique de la tunique artérielle est capable de contre-balancer, de détruire même les effets de l'élasticité artérielle. Or M. F. Franck a démontré expérimentalement que dans l'insuffisance aortique *compensée*, la pression artérielle est supérieure à la normale, et que les parois des capillaires sont dans un état de spasme permanent. De là diminution de volume des petits vaisseaux, entrave à leur élasticité et propagation, d'autant plus brutale que la systole cardiaque sera plus énergique, du choc sanguin jusqu'aux extrémités les plus fines des capillaires. Cette théorie s'appuie sur des expériences de laboratoire, il est vrai, mais elle se trouve contrôlée par des faits assez curieux observés par M. Tapret. Chez une malade atteinte de dilatation aortique avec insuffisance sigmoïdienne, et sujette aux accès d'angine de poitrine, le pouls capillaire se présente avec toute sa netteté : quand, pour obtenir quelque soulagement, on pratique chez cette femme une injection de morphine, le pouls capillaire disparaît pendant un certain temps. Dans un autre cas d'insuffisance aortique pure, la disparition du pouls sous-unguéal se produisait à chaque injection narcotique.

Si cette explication par le spasme des capillaires uni à une impulsion brusque du cœur est acceptable dans le cas d'insuffisance aortique compensée, elle nous paraît impossible à soutenir là où le pouls capillaire se produit à la suite d'une perte sanguine abondante, ou au cours des fièvres typhoïdes adynamiques et à haute température, comme nous en avons cité plus haut des exemples. Il y a là des conditions toutes différentes et il reste à étudier quelle est la part de l'un de ces trois facteurs : systole cardiaque, élasticité artérielle, contractilité des capillaires dans l'apparition du phénomène pulsatile. C'est là un point qu'on ne pourra élucider qu'en multipliant les observations.

Quoi qu'il en soit, le pouls capillaire visible n'est pas un fait de curiosité simple. Il nous paraît avoir une réelle importance, quoique moins absolue que ne le veut M. Ruault, dans la symptomatologie de l'insuffisance des valvules de l'aorte ; il peut en être un signe révélateur, mais non constant. D'autre part, il pourra prendre de la valeur comme moyen diagnostic et pronostic dans certaines maladies aiguës

ou chroniques en ce qu'il est l'indice d'un trouble de l'équilibre de l'un des trois facteurs circulatoires. Enfin la thérapeutique expérimentale devra trouver dans le pouls capillaire un moyen de contrôle pour étudier l'action de certains médicaments sur la circulation. Ce sont là des recherches qui pourraient stimuler le zèle de certains observateurs.

A. Legroux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Des nodosités rhumatismales a longue durée, par M. Fernand Widal.

Dans les dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, une discussion s'est élevée entre M. Féréol et M. Troisier au sujet de la dénomination à donner aux diverses nodosités observées chez les arthritiques et les rhumatisants. Il est surtout ressorti de cette discussion que, sous le nom de nodosités rhumatismales éphémères, on avait jusqu'alors confondu deux affections bien distinctes par leur étiologie, leur siège et surtout leur durée. Les unes, toujours cutanées, surviennent, en effet, chez des sujets purement arthritiques, et, disparaissant en l'espace d'un ou deux jours tout au plus, se caractérisent principalement par cette courte évolution. Les autres, au contraire, toujours sous-cutanées, se produisent dans le cours ou au déclin d'un rhumatisme articulaire aigu, et se distinguent surtout par une durée plus considérable; car elles peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, et même plus longtemps encore, comme nous allons le voir.

A la première de ces affections, décrite par lui en 1878, M. Féréol réserve le nom de *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*, refusant aux nodosités rhumatismales cette qualification d'éphémères que M. Troisier voulait leur conserver, à l'exemple de Froriep et de Meynet. En publiant sa communication dans le *Progrès médical* du 24 novembre dernier, M. Troisier s'est enfin rangé à l'avis de M. Féréol. Supprimant donc l'épithète d'éphémère, il intitule les nodosités des rhumatisants *nodosités rhumatismales sous-cutanées*, et sous ce nom il en retrace brillamment l'histoire, notablement enrichie par ses propres observations.

Or, tout en reconnaissant pleinement la différence de durée entre les nodosités arthritiques et rhumatismales, tout en accordant à celles-ci une existence de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, on n'insiste pas, en général, sur ce fait qu'elles peuvent, dans certains cas, persister plus longtemps encore, durant des mois entiers. Pendant notre volontariat à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, ayant eu l'occasion d'observer, cette année même, un malade porteur de nodosités rhumatismales sous-cutanées, saillantes comme au premier jour après trois mois d'existence, nous avons rapproché ce fait d'une observation de Bourcy et de celles de Barlow et Warner. Il nous a paru intéressant alors de rapporter l'histoire de notre malade et de montrer que si, dans l'arthritisme chronique, les nodosités justifient, en général, la qualification d'éphémères, il est des cas de rhumatisme aigu où elles semblent, par leur persistance, mériter le nom de *nodosités rhumatismales à longue durée*.

Obs. — Notre malade, Baptée (Isidore), soldat au 5e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou le 27 juillet 1883, dans le service de M. le médecin principal Jacob, salle 5, lit 24.

On ne trouve chez lui aucun antécédent héréditaire. Il n'a jamais eu, dit-il, la moindre maladie vénérienne, et l'examen le plus scrupuleux ne décèle aucune trace de syphilis. Il présentait seulement comme antécédent personnel une fièvre typhoïde et une pneumonie droite, contractées toutes deux en Afrique, en 1881, à six mois d'intervalle, lorsque, vers le 15 mai dernier, il ébaucha pour la première fois une attaque de rhumatisme articulaire banal dont il ne s'est jamais relevé.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 27 juillet, il présente, en effet, une anémie rhumatismale des plus profondes, et malgré le début éloigné de sa maladie, remontant à deux mois et demi environ, il éprouve encore des douleurs vagues dans les articulations, et surtout il est tourmenté par des battements de cœur d'une violence extrême.

Le pouls, petit, irrégulier, intermittent, bat 70 pulsations à la minute.

L'examen de la région précordiale montre la pointe battant dans le cinquième espace intercostal, un peu plus bas qu'à l'état normal, et la percussion dénote une légère extension de la zone de matité cardiaque. En outre, on entend à la pointe un souffle systolique se propageant vers l'aisselle, et, dans le troisième espace intercostal gauche, un frottement à la fois systolique et diastolique, témoignant d'une péricardite concomitante à une insuffisance mitrale.

Tels étaient les seuls phénomènes constatés chez ce malade à un premier examen, lorsque le lendemain, en lui faisant répéter son histoire, il raconte par hasard qu'au commencement de juin dernier, en frictionnant ses articulations malades, il a été surpris d'apercevoir de petites tumeurs développées au-dessous du coude, de chaque côté. Il ajoute que ces glandes, comme il les appelle, n'ont jamais disparu, mais que n'en ayant jamais souffert il ne s'en est aucunement inquiété.

On découvre immédiatement le malade, et l'on distingue facilement, au niveau du coude droit, sur la face postérieure de l'olécrâne, une petite nodosité ovoïde de volume inférieur à celui d'une amande; sur le coude gauche, d'autre part, toujours en arrière de la tête du cubitus, se détachent nettement deux nodosités, cette fois situées l'une au-dessous de l'autre, échelonnées à la façon de deux grains de chapelet, dont elles rappellent la forme et le volume.

En cherchant avec le plus grand soin s'il ne s'est pas développé d'autres nodosités aux différents points d'élection, sur le front, le cuir chevelu, le trajet des gaines tendineuses, on parvient seulement à constater une quatrième nodosité située sur le bord externe de la rotule gauche, et empiétant sur l'aileron ligamenteux de cet os.

Ces quatre nodosités persistant depuis sept semaines déjà présentent le 28 juillet les caractères communs suivants : Elles ne sont ni rouges, ni œdématiées, et, la peau à leur surface ne présentant pas la moindre variation de coloration, elles sont plus appréciables à la palpation qu'à la simple vue. Absolument indolentes spontanément, il faut une pression exagérée pour provoquer à leur niveau une douleur bien naturelle alors. Leur consistance est ferme, mais en les comprimant on éprouve une sensation de rénitence plutôt que de dureté. Elles sont sous-cutanées et la peau est mobile à leur surface. Elles reposent enfin solidement sur le cubitus ou sur la rotule; mais leur fixité n'est pas assez parfaite pour que l'on ne puisse leur faire subir un léger mouvement de translation, indiquant leur adhérence au périoste et non à l'os lui-même.

Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, ces nodosités n'ont pas eu la moindre tendance à diminuer, et l'examen le plus attentif n'a pu faire découvrir, pendant ce temps, l'apparition de nouvelles tuméfactions. Le 5 septembre dernier, Baptée, réformé pour son endocardite, quittait l'hôpital du Gros-Caillou, et ces nodosités, qui duraient depuis le commencement de juin, c'est-à-dire depuis trois mois, étaient aussi accusées qu'au premier jour.

Cette observation de nodosités rhumatismales à longue durée n'est pas la seule de son espèce. Dans les *Bulletins de la Société clinique* du 22 décembre 1881 se trouve consignée, en effet, une observation où Bourcy relate l'histoire d'un malade qui, dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, fut atteint de nodosités rhumatismales siégeant en nombre considérable sur le front, le cuir chevelu, le trajet des grands et petits palmaires, le tendon du long péronier latéral, les ligaments articulaires des doigts, et enfin sur les apophyses épineuses de la plupart des vertèbres. Or un certain nombre de ces nodosités, apparues le 1er octobre, étaient encore aussi volumineuses le 15 décembre, c'est-à-dire après deux mois et demi, et Bourcy, résumant l'évolution suc-

cessive de toutes les nodosités de son malade, s'exprime ainsi : « Les unes ont disparu rapidement au bout de quelques jours, celles du front sont de ce nombre; les autres, celles du cuir chevelu et des tendons palmaires, ont graduellement diminué, mais au 15 décembre elles n'ont pas complètement disparu; les dernières, celles du genou, du péronier latéral et de la colonne vertébrale sont aussi saillantes que jamais. On voit donc que la qualification d'éphémères, appliquée à ces nodosités, ne serait exacte que pour quelques-unes d'entre elles. »

Et plus loin, faisant allusion à la première observation de M. Troisier, publiée en collaboration avec M. Brocq, dans la *Revue de médecine* d'avril 1881, Bourcy ajoute : « Analogues pour le siège et les caractères physiques aux nodosités observées par MM. Troisier et Brocq, celles que nous avons décrites en diffèrent surtout par leur persistance, et semblent se rapprocher davantage de celles qu'ont observées, dans vingt-sept cas, Barlow et Warner. »

Ces deux médecins anglais, en effet, dans leur mémoire présenté au Congrès international de Londres de 1881, leur ont assigné deux mois comme durée moyenne d'évolution.

En comparant toutes les observations de nodosités arthritiques et rhumatismales connues jusqu'à ce jour, il nous semble, en résumé, qu'on peut apprécier de la façon suivante leur durée réciproque :

Dans l'arthritisme chronique, elles sont toujours éphémères, c'est un fait incontestable depuis les travaux de M. Féréol. De même dans le rhumatisme aigu, il est des cas où, ne faisant que paraître et disparaître, elles rappellent les nodosités éphémères, témoin le cas de Meynet; plus souvent elles se prolongent pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, comme le prouvent les observations de M. Troisier, de Hirschprung, de Rehn et de Chodorowski; enfin il est des cas où, durant deux mois environ, comme chez les malades de Barlow et Warner, pendant plus de deux mois et demi, comme chez celui de Bourcy, et plus de trois mois, comme chez le nôtre, elles méritent bien la dénomination de *nodosités rhumatismales à longue durée.*

Cette persistance possible de certaines nodosités doit être connue, afin que si, chez certains rhumatisants, on voit leur évolution se faire aussi lentement que nous venons de le dire, on ne soit pas tenté d'incriminer une syphilis ou une goutte imaginaire, et de méconnaître ainsi leur nature rhumatismale.

CORRESPONDANCE

Lavage de l'estomac et alimentation.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Au mois de septembre 1882, j'ai eu l'occasion d'observer, dans le service de mon excellent maître M. Dujardin-Beaumetz, une jeune fille hystérique en tous points semblable à celle que cite M. Blachez dans son article sur le lavage de l'estomac, l'alimentation et la suralimentation.

Après avoir été soumise à l'alimentation artificielle pendant un laps de temps relativement restreint, notre malade sortit complétement guérie de l'hôpital.

Voici son observation :

Obs. — La nommée L... (Angèle), quinze ans, couturière, entre le 8 août 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, n° 20, service de M. Dujardin-Beaumetz.

Voici les renseignements que l'on nous donne sur cette jeune fille. Au mois d'août 1881, elle se plaignit de maux d'estomac; ses digestions, disait-elle, étaient très lentes et étaient accompagnées de pyrosis; de plus, elle ressentait au creux épigastrique une douleur très vive. On l'envoya à la campagne, où elle resta pendant un mois; à son retour elle allait beaucoup mieux.

Au mois de décembre 1881, cette jeune fille fut prise de douleurs dans la région lombaire, ainsi que dans le bas-ventre; en même temps l'anorexie commença à faire des progrès.

Au mois de mars 1882, elle ne pouvait plus prendre aucun aliment solide. Depuis quinze jours la malade vomit tous les liquides qu'on veut lui faire prendre.

Cette jeune fille, nous dit-on, n'a jamais eu de crises nerveuses, mais elle présente une impressionnabilité excessive et une mobilité intellectuelle anormale.

Nous procédons à l'examen de la malade, et nous constatons d'abord chez elle un état de maigreur extrême; elle a de la rachialgie, de la mastodynie, ainsi qu'une douleur céphalique très limitée (clou hystérique). Enfin nous trouvons de l'anesthésie cutanée des deux côtés. Nous cherchons à lui faire avaler un peu d'eau pure, mais un spasme du pharynx oblige la malade à rejeter la petite quantité d'eau que nous voulions lui faire prendre. Nous nous décidons à pratiquer le cathétérisme œsophagien; l'introduction du tube de Faucher se fait, à notre grande surprise, sans difficulté aucune. Nous lavons l'estomac, puis nous faisons passer par le tube 20 grammes de poudre de viande dans un peu de lait; pas de vomissements.

Le soir, administration de 20 grammes de poudre; aucune manifestation d'intolérance du côté de l'estomac. Poids, 37kg,700.

Le 9 août, nous augmentons la ration : 50 grammes le matin et autant le soir.

Le 11, la malade, ayant pris un litre de mélange alimentaire, en vomit une partie.

Le 13, nous essayons de faire prendre à cette jeune fille une cuillerée de lait sans avoir recours à la sonde; elle la vomit aussitôt.

Le 14, la malade va à la selle pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital; jusque-là on avait dû avoir recours aux lavements.

Le 16, la malade prend une tasse de lait; pas de vomissements.

Le 20, nous ajoutons à la tasse de lait de la veille un peu de bouillon qu'on lui fait prendre dans l'après-midi; pas de vomissements.

Le 24, on cesse de pratiquer l'alimentation artificielle; on donne à la malade 150 grammes de viande crue, plus deux œufs; la digestion se fait bien.

Le 25, la malade est prise de diarrhée; on lui fait prendre avant ses repas quelques gouttes de laudanum. Quelques vomissements dans la soirée.

Le 1er septembre, la diarrhée persiste, la jeune fille prend peu de viande crue; deux œufs et 2 litres de lait constituent à peu près sa nourriture de la journée.

Le 3, la diarrhée a diminué; peu d'appétit; pas de vomissements.

Le 7, la diarrhée a complètement disparu.

Le 9, l'appétit est revenu, l'état général est satisfaisant.

Le 16, la jeune malade quitte l'hôpital; son poids est de 47kg,600. L'augmentation de poids a donc été de 10 *kilogrammes en trente-huit jours.*

Veuillez agréer, etc.

Dr Robin (de Reims).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De l'inoculation préventive avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides. Note de M. *A. Chauveau.* — Les études que l'auteur a entreprises et qu'il continue avec la collaboration de M. Wosnessenski, sur le rôle respectif de la chaleur et de l'oxygène dans l'atténuation des cultures virulentes (*Comptes rendus*, t. XCVI, séances des 26 février, 5 et 12 mars, 21 mai 1883), ont démontré l'énorme prépondérance du premier de ces agents et la possibilité de produire, par l'emploi exclusif des chauffages rapides, des cultures atténuées pratiquement utilisables pour l'inoculation préventive. L'auteur s'était peu attaché aux applications pratiques. C'est ce dernier point de vue qui l'occupe aujourd'hui.

Depuis le mois de mai 1882 jusqu'au mois de septembre, j'ai inoculé, dit M. Chauveau, avec mes liquides de cultures spéciales

dont les spores étaient atténuées par le chauffage à + 80 degrés, un très grand nombre de moutons. Aucun n'a succombé, et, dans tous les cas, je me suis assuré par une troisième culture que ces spores inoffensives avaient conservé toute leur activité prolifique. Mais ce qui intéresse surtout, c'est de savoir si ces moutons avaient acquis un certain degré d'immunité, autrement si l'inoculation avait exercé sur eux une influence préservatrice. Le fait n'est pas douteux; il m'a été démontré, à maintes reprises, d'une manière très éclatante, dès le début même de mes expériences, par les résultats d'une seconde inoculation pratiquée avec du virus fort. C'est une épreuve à laquelle je n'ai soumis qu'un très petit nombre de sujets, sept en tout, choisis parmi ceux que la première inoculation avait rendus très sensiblement malades. Or, dans les sept cas, les moutons ont parfaitement résisté à l'action du virus fort. Il est certain que tous les sujets n'auraient pas présenté la même résistance; la majeure partie de ceux sur lesquels la première inoculation n'avait produit que des effets aussi légers qu'éphémères aurait, à coup sûr, succombé après l'inoculation d'épreuve; mais le résultat obtenu sur les sujets choisis était assez net pour faire penser qu'il eût été possible de rendre tous les moutons inoculés également réfractaires. C'est le but que je me suis proposé dans mes recherches ultérieures. Pour l'atteindre, j'ai eu recours au procédé dit de la vaccination double, introduit dans la pratique par M. Pasteur. Voici la manière d'opérer qui m'a paru la plus convenable. Au lieu de chauffer en masse tout le liquide dit *vaccinal* contenu dans chaque matras, j'en fais deux parts égales : l'une d'elles seulement est chauffée à + 80 degrés; l'autre est conservée telle quelle. Celle-ci, avec son atténuation primitive faible, est dans les meilleures conditions pour servir de ce que M. Pasteur appelle le *deuxième vaccin;* celle-là, dont l'atténuation est complétée par le chauffage à + 80 degrés, sert de premier vaccin.

L'essai de ce procédé a été tenté sur dix moutons. Après la première inoculation, aucun n'a succombé et n'a même été sensiblement malade. La seconde inoculation, retardée par le fait de diverses circonstances, n'a pu malheureusement être faite que deux mois juste après la première; elle ne parut pas éprouver davantage les sujets d'expérience. Cependant l'un d'eux mourut tardivement du sang de rate. Enfin l'opération décisive, l'inoculation d'épreuve avec le virus très actif d'une culture normale, fut pratiquée trois semaines après la seconde vaccination, puis réitérée le sixième jour avec du sang très virulent, répétée enfin une troisième fois toujours avec du sang charbonneux très riche en bâtonnets. Le succès fut complet. Malgré cette accumulation de virus extrêmement actif, les neuf survivants résistèrent tous parfaitement. Ces moutons étaient donc bien en possession d'une immunité parfaite.

L'auteur fait ressortir ensuite certains avantages attachés particulièrement à sa méthode.

Sur le spectre d'absorption du sang dans la partie violette et ultra-violette. Note de M. *J.-L. Soret*. — L'auteur a précédemment signalé la bande d'absorption que le sang dilué donne dans le violet du spectre (*Archives des sciences physiques et naturelles de Genève*, t. LXI. p. 347; 1878). La photographie à la lumière solaire reproduit très bien cette bande. Avec le sang dilué au 1/1000, sous une épaisseur de 10 millimètres, cette bande est très distincte; elle occupe à peu près la moitié de l'intervalle compris entre G et H, son centre tombant sur *h*; l'ultra-violet est transmis. Avec le sang au 1/600, elle remplit tout l'espace entre G et H; la région au delà de H est assombrie. Avec le sang au 1/400, elle déborde du côté de G, d'une part, et surtout de H, d'autre part; tout l'ultra-violet est très assombri.

Il y a, du reste, des différences notables suivant les échantillons.

Quand le sang est traité à l'oxyde de carbone, la bande est légèrement rejetée du côté le moins réfrangible, et l'ultra-violet est moins assombri qu'avec le sang oxygéné à dilution égale.

Si l'on veut étudier l'absorption des rayons plus réfrangibles que ceux du soleil, il convient d'opérer avec la lumière de l'étincelle d'induction, en employant le spectre à oculaire fluorescent et l'appareil à épaisseur variable précédemment décrit. L'auteur entre dans quelques détails où nous ne pouvons le suivre. (Commissaires : MM. Fizeau, Edm. Becquerel, Cornu.)

Du cuivre contre les maladies infectieuses et de l'innocuité absolue des poussières professionnelles de ce métal. Note de M. *V. Burq*. — Résumé des documents communiqués à l'Académie et remis à la commission chargée de faire un rapport sur cette question.

Recherches sur les propriétés physiologiques du maltose. Deuxième Note de M. *Em. Bourquelot*. — Voici le résultat des recherches de l'auteur :

Pour le maltose, dans deux cas (fermentation alcoolique et lactique), rien n'indique qu'il y ait dédoublement antérieur à l'utilisation de la matière sucrée par le ferment. Dans un troisième (végétation de l'*Aspergillus*), non seulement le dédoublement se laisse surprendre, mais encore on peut séparer un mélange de ferments solubles agissant à la fois sur le saccharose et sur le maltose.

A l'égard du sucre de canne, le ferment lactique fournit le premier exemple d'un ferment vivant dans une solution de ce sucre, sans qu'il y ait dans le liquide nourricier de sucre interverti. « Peut-être, ajoute l'auteur, est-ce le lieu de faire intervenir le fait sur lequel j'ai insisté dans ma première Note, à savoir que l'acide lactique et l'acide carbonique intervertissent le sucre de canne? La fermentation lactique, en effet, se faisant en présence du carbonate de chaux, il se dégage constamment de l'acide carbonique. De plus, les couches supérieures renferment toujours, en temps de repos, de l'acide lactique. On pourrait donc admettre que les deux phénomènes, développement du ferment d'une part et action chimique des acides d'autre part, sont dépendants l'un de l'autre. » Enfin l'auteur rapproche le dédoublement du maltose par l'*Aspergillus* de celui qui se passe dans l'intestin grêle, que ce dernier soit ou non produit par les infiniment petits.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

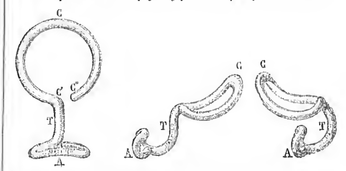
M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le premier fascicule du tome III de la *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris ;* ce fascicule se rapporte à la collection des comptes de l'Hôtel-Dieu ; 2° le *Rapport pour les travaux des Conseils d'hygiène de la Loire-Inférieure en 1882* ; 3° de la part de M. le docteur *Cros*, un ouvrage intitulé : *L'organographie plessimétrique ;* 4° au nom de M. *Lavocat* (de Toulouse), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Construction de l'occipital et de l'appareil hyoïdien dans la série des vertébrés ;* 5° le Rapport de la commission de l'Académie de médecine de Turin sur le sixième concours du prix Riberi (*Physiologie et pathologie du sang*).

M. *Marc Sée* fait hommage de la 2e édition de ses *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur, spécialement au point de vue du fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires.*

M. *Lannelongue* présente les photographies de deux pièces anatomiques reproduisant *deux enfants à peu près à terme extraits par la laparatomie chez des femmes atteintes de grossesses extra-utérines;* ces opérations ont été pratiquées par M. le docteur *Lucas-Championnière* à l'hôpital Tenon.

M. *Laboulbène* dépose, au nom de M. le docteur *Gilles de la Tourette*, une *Étude sur Théophraste Renaudot.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° de la part de M. le docteur *Marieux*, un mémoire imprimé sur *l'action physiologique et thérapeutique de la trinitrine*



2° au nom de M. le docteur *Laudowski*, un nouveau *pessaire* ou pessaire utérin, en métal malléable, construit par M. Mathieu.

M. *Tarnier* présente un *basiotribe*, qu'il vient de faire construire par M. Collin afin de broyer plus facilement et plus sûrement la tête du fœtus.

Rapports. — M. *Blot* achève la lecture du Rapport général sur les vaccinations pratiquées en France en 1881. — M. *Gariel* lit un Rapport sur le concours du prix Buignet pour 1883. — Les conclusions de ces rapports sont discutées en comité secret.

Diagnostic de la tuberculose par les bacilles dans les crachats. — M. *Colin* (d'Alfort) revient sur la communication faite à la dernière séance (p. 811) par M. Germain Sée au sujet du diagnostic des phthisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats et il oppose à celui-ci trois séries d'objections :

1° Ces microbes sont-ils propres aux produits de l'expectoration des phthisiques? Il s'en trouve dans une foule d'autres conditions pathologiques et même à l'état physiologique, l'appareil respiratoire étant une sorte d'aéroscope à parois visqueuses dans lequel des masses d'air sont appelées sans cesse avec un grand nombre de germes atmosphériques, d'autant que ceux-ci s'attachent au mucus, s'y développent, et, passant avec lui par le pharynx et la bouche, peuvent encore s'y charger de tous les autres organismes découverts dans l'expectoration de diverses maladies. Sans doute, le microbe découvert par Koch n'a pas tout à fait les caractères des leptothrix et des bacilles déjà connus ; il est plus petit et sans articulations ; or les petits bacilles ne diffèrent que par les dimensions et il conviendrait d'abord de comparer ce qu'on voit dans la phthisie avec l'état normal et les divers états morbides des organes respiratoires; 2° la présence des bacilles est-elle un moyen de diagnostic sûr de la phthisie ? Les procédés à l'aide desquels on les découvre les font apparaître sous une forme très spéciale, il est vrai; cependant il serait bon de ne pas les tuer en les préparant, si l'on veut se fixer sur leur véritable signification dans les produits d'origine tuberculeuse ; il serait, en outre, singulier qu'ils soient dans des conditions différentes de celles des autres produits altérés et exposés au contact de l'air ; 3° la présence de ces microbes dans les crachats des phthisiques implique-t-elle la nature parasitaire ou microbienne de la phthisie? La réponse ne saurait être nette. Quand même ils auraient réellement pour point de départ le tubercule pulmonaire, cette origine ne suffirait pas à déterminer une telle conviction, car le tubercule, encore très jeune, encore à l'état de granulation grise, perlée, compacte, montre déjà au centre un petit noyau caséeux qui augmente rapidement de volume; il est à l'état de crudité à l'extérieur et à l'état de ramollissement au centre; ses parties superficielles en contact avec le tissu pulmonaire qui le produit sont encore vivantes; ses parties centrales qui subissent la dégénérescence caséeuse ont leurs éléments histologiques morts et en voie d'altération. Ceux-ci peuvent se charger de microbes, puisqu'il s'en forme dans toutes les matières altérées et ceux-ci parviennent au dehors plus ou moins lentement avec les produits de sécrétion. Tout semble d'ailleurs indiquer que les bacilles tuberculeux se rapprochent de ceux des microbes des matières en décomposition, car ils sont, dit-on, quelquefois en nombre considérable dans les phthisies ulcéreuses et plus nombreux dans le contenu de la caverne que dans la paroi. D'autre part, le développement du tubercule chez de petits animaux sous la peau desquels on injecte des cultures de bacilles prouve-t-il que sa virulence leur soit due? Personne n'ignore que l'injection sous-cutanée de matières organiques très diverses, tout à fait étrangères au tubercule, même en quantités très minimes, donne lieu à des lésions présentant les caractères anatomiques et histologiques de ce dernier?

Les bacilles de la tuberculose, répond M. *Germain Sée*, ne peuvent venir du dehors, comme les germes dont parle M. Colin, puisqu'ils ont besoin pour vivre d'une température supérieure à 30 degrés ou inférieure à 90 degrés; aussi la température du corps humain leur est-elle très favorable. De plus, on ne saurait les confondre avec les microbes et bactéries de tout ordre rencontrés, en abondance, par maints observateurs, dans les crachats comme dans toutes les matières organiques décomposées; car ils ont des propriétés spéciales et ne peuvent être reconnus que par un procédé tinctorial déterminé. Seuls enfin ils sont capables de reproduire toujours et uniquement la tuberculose. S'il est vrai en effet que l'inoculation des substances les plus diverses puisse engendrer de la matière caséeuse, celle-ci, comme l'a montré M. Hippolyte Martin, ne se produira qu'une seule fois, tandis que la tuberculose, déterminée par l'inoculation du microbe de Koch, est indéfiniment réinoculable.

Aliénés traités a domicile. — Le projet de loi, actuellement déposé au Sénat, afin de reviser la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, propose, comme une innovation, d'assimiler sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. Cette surveillance serait assurée par l'obligation de déclarer la présence de l'aliéné dans le délai d'un mois au maire de la commune et par les visites des diverses autorités appelées à exercer ce contrôle. M. *Foville*, sans entrer dans le détail de cette importante question, et sans entreprendre de résoudre pour le moment les questions secondaires, a pensé qu'il convenait, à défaut de documents français, de tenir compte de l'expérience acquise par les nations voisines qui nous ont précédés dans cette voie. Aussi veut-il donner lecture à l'Académie d'une Etude comparative sur les législations étrangères concernant les aliénés que leurs familles traitent ou font traiter à leurs frais en dehors des asiles spéciaux publics ou privés.

En Hollande, une nouvelle loi est actuellement soumise à l'examen des Chambres. Pour rendre la surveillance possible, il y aura lieu d'en donner avis au maire de la commune, qui avisera le procureur du roi et le service d'inspection du service des aliénés, composé exclusivement de médecins. — En Belgique, la loi exige la constatation de l'état d'aliénation faite par deux médecins, et des visites personnelles du juge de paix, qui peut, au besoin, faire visiter l'aliéné par tel médecin qu'il désignera; mais ces mesures paraissent n'être exécutées que d'une manière tout exceptionnelle. — Il n'en est pas de même en Angleterre et en Ecosse, où les prescriptions légales sont formulées d'une manière plus précise et où les précautions les plus grandes sont prises pour que la loi soit strictement exécutée. L'Angleterre reconnaît deux sortes d'aliénés traités dans des domiciles particuliers : les personnes interdites et les aliénés non interdits. Les intérêts des premiers sont placés sous la surveillance du lord chancelier. Pour les seconds, l'Etat ne croit pas devoir s'occuper de ceux que leurs proches parents soignent eux-mêmes sans percevoir aucun salaire; mais, aussitôt que les soins donnés à un aliéné deviennent une source de profit pour un membre de la famille ou pour un étranger, la loi ordonne que le fait soit porté à la connaissance de l'autorité publique, et celle-ci intervient pour exercer sa surveillance dans l'intérêt du malade; le domicile où l'aliéné est placé se trouve érigé en une sorte d'asile spécial et soumis à une surveillance à peu près semblable à celle que l'Etat exerce sur ces établissements.

En Écosse, tous les malades, sans distinction, se trouvent placés sous la juridiction d'un même bureau de commissaires qui siège à Édimbourg. Les familles ont le droit de conserver chez elles et de soigner comme elles l'entendent leurs membres frappés d'aliénation, mais seulement lorsque le traitement ne comporte pas la nécessité de les enfermer de

force, ou celle de leur appliquer des moyens de contrainte mécanique et lorsque la maladie ne date pas de plus d'un an. Lorsqu'un malade est placé, comme pensionnaire, mo yen nant profit, chez un particulier, celui-ci peut le soigner pendant six mois sans faire de déclaration, à condition que le médecin traitant déclare que la maladie mentale n'est pas encore confirmée. Hors ce cas, il faut une autorisation du shériff. Quant à l'interdiction, elle est prononcée par les tribunaux, qui en donnent avis au bureau des commissaires; ceux-ci sont alors chargés de la surveillance des malades. Chacun d'eux doit recevoir des visites périodiques d'un médecin, une fois par trimestre. Les commissaires, qui sont tous médecins, doivent également les visiter une fois par an, au moins.

Ainsi les législations de l'Angleterre et de l'Écosse, sans être identiques, se sont appliquées à organiser un système de surveillance à plusieurs degrés; la loi belge, qui confie cette surveillance à un ordre unique de fonctionnaires, n'a donné que des résultats négatifs. En Angleterre et en Écosse, au contraire, chaque aliéné traité à domicile est sous la surveillance immédiate d'un médecin local, puis de fonctionnaires de l'État; les rapports de ces commissaires sont ensuite soumis à l'examen du conseil dont ils font partie, et ce conseil intervient au besoin dans l'intérêt du malade. En résumé, déclare M. Foville, la protection et la surveillance des aliénés traités à domicile, posée en principe par le nouveau projet de loi français, devra, si l'on en juge par l'expérience des pays étrangers, satisfaire aux deux conditions suivantes : 1° présenter plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance se contrôlant l'un l'autre; 2° être centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'Etat. Le mémoire de M. Foville est renvoyé à la commission chargée d'examiner les modifications proposées à la législation contre les aliénés; le rapport de cette commission sera vraisemblablement lu dans la séance du 8 janvier 1884.

Élection. — Par 59 voix sur 64 votants, M. *Cazeneuve*, professeur de toxicologie et de chimie organique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est élu correspondant national dans la quatrième division. M. Loter (de Lille) obtient 4 voix ; il y a, en outre, 1 bulletin blanc.

— Mardi prochain, 18, l'Académie tiendra sa séance publique annuelle pour la distribution des prix décernés à la suite du concours de 1882. La séance suivante aura lieu le mercredi 26; il y sera procédé à l'élection du vice-président, du secrétaire annuel et de deux membres du Conseil.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Présentation d'instruments. — Lipome vasculaire de la joue. — Taille hypogastrique. — Hystéro-épilepsie, suite de traumatisme opératoire. — Plaie pénétrante de l'oreille par balle de révolver; mort; autopsie.—Angiome pulsatile de la région temporale; extirpation; guérison.

M. *Trélat* présente, de la part de M. Collin, un nouveau spéculum vaginal, à deux mouvements indépendants (voy. *Gaz. hebdom.*, 1883, p. 811).

— M. *Negebaüer* (de Varsovie) présente deux spéculums, l'un pour l'exploration vaginale, l'autre pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

— M. *Delens* a vu en 1876, à l'hôpital Saint-Antoine, un jeune homme qui portait à la joue une tumeur analogue à celle du malade de M. Berger. Elle n'était pas absolument réductible à la pression, mais elle augmentait de volume quand le malade baissait la tête. C'était un lipome vasculaire dépendant de la boule graisseuse de Bichat; cette tumeur fut enlevée sans précautions hémostatiques particulières.

— M. *Monod* rend compte de quatre observations de taille hypogastrique :

Le malade de M. Mouchet avait cinquante-neuf ans. L'intolérance de la vessie et un catarrhe intense déterminèrent le choix de l'opération. Opération le 27 juin 1882; injection vésicale; ballon de Petersen; guérison.

Le malade de M. Jobard a dix-huit ans. Trois pierres pesant ensemble 68 grammes; guérison.

M. Villeneuve (de Marseille) a opéré un enfant de seize ans. Vessie intolérante; on trouve quatre pierres qui auraient pu être broyées; guérison.

M. Giroux opère un enfant de sept ans. Vessie intolérante; pierre volumineuse et friable; guérison.

Dans ces observations, les résultats ont été rapides et excellents. La taille hypogastrique est la moins meurtrière de toutes les tailles. Aucun des quatre chirurgiens n'a fait de tentatives de broiement; les seules raisons à invoquer pour ne pas tenter la lithotritie, c'est le volume des calculs et leur densité.

— M. *Terrier* lit un rapport sur une observation d'hystéro-épilepsie survenue à la suite d'un traumatisme opératoire : Une fille de vingt et un ans portait une petite tumeur audessus du sourcil droit. M. Villeneuve donna du chloroforme et procéda à l'ablation de la tumeur. Au milieu de l'opération, il survint une crise d'hystéro-épilepsie. La malade guérit; mais les accès d'hystérie se reproduisirent fréquemment. Plus tard, des pustules d'ecthyma se montrèrent autour de la cicatrice, et tous les mois une nouvelle éruption se produisait. Sous l'influence du bromure de potassium, les crises nerveuses devinrent plus rares. La mère de l'opérée avait eu des crises d'hystérie.

L'émotion vive peut être la cause d'une crise d'hystérie; l'anesthésie peut encore y aider. M. Charcot a observé des crises d'hystérie après l'emploi de l'éther; il doit en être de même du chloroforme. A ces deux causes, l'action traumatique s'est ajoutée, car c'est au milieu de l'acte opératoire que la crise s'est déclarée. L'éruption observée était un zona traumatique.

M. *Nicaise* a, dans son service, un malade qui a une fracture de la colonne vertébrale. Pendant la Commune, ce malade eut une première attaque d'épilepsie à la suite d'une vive émotion; depuis, il est resté épileptique. Pas d'antécédents héréditaires.

Étant interne à l'hôpital de la Charité, M. Nicaise a observé une femme cataleptique; cette femme se réveillait dès qu'on lui faisait respirer du chloroforme.

M. *Verneuil*. L'étiologie est assez complexe dans le cas dont M. Terrier vient de rendre compte. M. Verneuil ne connaît pas d'exemple où l'hystérie ou bien l'épilepsie ait apparu pour la première fois à la suite de l'anesthésie. Chez les sujets prédisposés, peut-il survenir une première crise à la suite d'un traumatisme? M. Verneuil a vu, chez une femme, une chute devenir l'origine d'un état névropathique qui dura des années : contracture aux genoux, à la hanche, avec atrophie des muscles.

Dans un autre cas, une jeune fille de la campagne tombe sur le grand trochanter; aussitôt contracture des muscles de la hanche; cette contracture dura longtemps. M. Verneuil donna du chloroforme; la contracture disparut pour toujours. Duchenne (de Boulogne) a démontré que le traumatisme, même sans plaie, donne des accidents nerveux de diverses natures.

M. *Terrier*. M. Charcot a observé que les hystériques de la Salpêtrière cherchent à respirer de l'éther pour se donner

des attaques. Les observations de M. Verneuil sont des faits d'hystérie localisée; chez la malade de M. Villeneuve, c'était de la grande hystérie et il s'agissait d'une première attaque, ce qui a dû être rarement observé.

M. *Trélat* connaît deux malades qui, à la suite de chutes, ont présenté des manifestations diverses de l'état nerveux (contracture, parésie, etc.).

M. *Berger* a vu, à la Charité, une hystérique qu'il dut endormir plusieurs fois pour ruginer une synovite fongueuse du poignet; au début de l'anesthésie, il survenait une attaque d'hystérie

— M. *Guerlain* (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation de plaie pénétrante de l'oreille par balle de révolver; mort dix-huit jours après. Autopsie : abcès du cerveau, fracture du crâne.

— M. *Richelot* fait un rapport sur une observation lue par M. Poulet (du Val-de-Grâce) : Angiome pulsatif de la région temporale et du pavillon de l'oreille. M. Poulet fit d'abord la ligature de l'artère temporale et des injections coagulantes au perchlorure de fer; mais la tumeur se reproduisait. M. Poulet pratiqua l'extirpation et le malade guérit. D'après l'auteur, l'extirpation serait le traitement par excellence de ces tumeurs.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Réaction des matières amylacées : M. Dastre; discussion : M. Rabuteau. — Sommeil hypnotique par suggestion : M. Brémond. — Antagonisme de la pilocarpine et de l'ergotine : M. Rabuteau. — Effets vermifuges de la santonine en injections sous-cutanées : MM. Marié et Dubois. — Élection de M. Chamberland comme membre titulaire.

M. *Dastre* expose ses recherches sur les réactions des matières amylacées (amidon, glycogène, dextrines). Le procédé qu'il propose est fondé sur ce fait que le chloroforme a la propriété d'enlever l'iode à l'eau. Si l'on essaye de décolorer une solution d'iodure d'*amidon*, le résultat est négatif; il est positif, au contraire, avec la matière glycogène pure : l'*iodure de glycogène* (expression que M. Dastre emploie pour la commodité du langage), retenant l'iode beaucoup moins fortement que l'iodure d'amidon, se décolore en présence du chloroforme.

M. *Rabuteau* conteste la valeur de l'expression *iodure d'amidon* (que M. Dastre déclare, du reste, n'employer que pour simplifier l'exposé) et affirme que la dextrine pure ne se colore pas par l'iode : ce à quoi M. Dastre répond en remarquant qu'il y a des dextrines présentant et d'autres ne présentant pas cette réaction.

— M. *Brémond* a pu provoquer par suggestion des états hypnotiques chez un grand nombre de sujets normaux, jeunes gens de quinze à vingt ans, qui se sont montrés sensibles dans la proportion d'un quart.

— M. *Rabuteau* indique l'antagonisme des effets de la pilocarpine et de l'ergotine, la première substance agissant comme poison vaso-dilatateur, la seconde comme excitant des fibres lisses.

— MM. *Marié* et *Dubois* ont observé des effets vermifuges produits par une injection sous-cutanée de 1 gramme de santonate de soude dans 5 grammes d'eau, chez un chien porteur d'ascarides. Ce résultat ne paraît guère confirmer l'opinion récemment émise par MM. Lewin et Casparo : qu'il faut éviter l'absorption gastrique de la santonine en l'administrant dans un mélange huileux.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre correspondant a donné au premier tour, sur 34 votants, 13 voix à M. Chamberland, 10 à M. Blanchard, 6 à M. Vignal, 3 à M. Déjérine, 2 à M. Gellé. Un second tour a amené la nomination de M. *Chamberland*, avec 15 voix sur 24 votants.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur l'action toxique et sur l'emploi thérapeutique du bichromate de potasse, par M. VULPIAN.

La première des deux questions étudiées ici par M. Vulpian a déjà été éclairée par des observations d'empoisonnement accidentel et par des expériences sur les animaux. Les expériences faites par l'auteur lui ont donné des résultats qui concordent sur les points principaux avec ceux qu'Orfila indique dans son *Traité de toxicologie*. Il a administré le sel par la voie hypodermiques chez cinq chiens, un lapin et quelques grenouilles (la dose, naturellement variable suivant l'animal, a été de 25 centigrammes dans 5 centimètres cubes d'eau pour un chien du poids de 10 kilogrammes). Vomissements, diarrhée, selles sanglantes, grande faiblesse générale, mouvements cloniques généraux, mort plus ou moins rapide (de deux à quatre jours). A l'autopsie, coloration rouge de tous les muscles; cœur et poumons sains; dans le foie, taches jaune-chamois tranchant sur une surface rouge; les cellules hépatiques contiennent de nombreuses granulations graisseuses; coloration rouge des reins; rate normale; congestion de la muqueuse gastrique et intestinale sans ulcération. Les symptômes et les lésions anatomiques ont été à peu près les mêmes chez tous les chiens et le lapin; chez celui-ci, le sang, examiné au microscope, ne présentait rien d'anormal. Ajoutons pourtant que les convulsions n'ont été positivement constatées que chez un des chiens et seulement soupçonnées chez le lapin. Les grenouilles n'en ont pas présenté, mais seulement un affaiblissement progressif des mouvements généraux, faiblesse et irrégularité des mouvements respiratoires, arrêt du cœur sanguin en diastole, et ensuite des cœurs lymphatiques; la couleur du sang indiquait évidemment une altération de ce liquide, comme l'avait déjà admis Priestley, expérimentant, il est vrai, avec le chromate neutre et non avec le bichromate.

Priestley avait tiré de ses expériences les conclusions suivantes : les centres nerveux sont d'abord excités, puis déprimés; chez le lapin et le cobaye, d'abord convulsions, puis paralysie, principalement des membres *postérieurs;* chez la grenouille, contractions tétaniques des membres *antérieurs;* disparition des actions réflexes quand les troncs nerveux sont encore doués d'électro-motricité, d'où cette conséquence que les centres nerveux seraient atteints avant les nerfs périphériques et les muscles; pas d'action spéciale sur le cœur, qui ne subirait d'altération que consécutivement à celle du sang. M. Vulpian n'ose encore se prononcer : « Tout au plus *semble-t-il* résulter des études faites (sur ce sujet) que le bichromate agit sur le système nerveux, *peut-être* d'abord en provoquant de l'excitation; puis, d'une façon plus nette, en déterminant de la dépression des centres nerveux. De même aussi *paraît-il* certain que ce sel agit sur les extrémités des fibres nerveuses dans la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin. » C'est, on le voit, une base peu solide pour servir de point de départ à des essais thérapeutiques. Aussi l'auteur déclare-t-il qu'il a été conduit à ces essais, non par des inductions tirées des résultats expérimentaux qui viennent d'être mentionnés, mais par des considérations d'un tout autre ordre, à savoir : *pour ce qui concerne les affections médullaires*, en cherchant des remèdes contre le *tabes dorsalis* ou d'autres myélopathies sclérotiques; et, *pour ce qui concerne les maladies de l'estomac*, en cherchant si un sel ne peut pas agir sur elles comme les arséniates ou les arsénites.

Affections médullaires. — M. Vulpian administre le bichromate de potasse en pilules à une dose qui ne dépasse jamais 10 centigrammes dans les cas de *tabes dorsalis*, et il le donne dans les intervalles de suspension d'autres médicaments plus sérieusement efficaces (iodure de potassium, nitrate d'argent), mais dont l'emploi intermittent est plus avantageux que l'emploi continu. A cette dose, le bichromate de potasse n'a jamais donné lieu, chez les tabétiques, à des phénomènes d'intoxication.

Affections gastriques. — Ce médicament, à la dose d'abord de 3 à 4 centigrammes par jour, puis de 5 à 10 centigrammes, a donné de très bons résultats dans les cas de dyspepsie. Et l'auteur spécifie ces cas : ce sont ceux « dans lesquels les troubles de la digestion étaient tels, que l'on pouvait se demander si l'on n'avait pas affaire à des développements néoplasiques ayant pris naissance dans la membrane muqueuse de l'estomac ». On voit par ce commentaire la pensée qui a guidé l'auteur au chevet du comte de Chambord. Il relate ici quatre observations, dont trois au moins sont favorables à ce mode de traitement. Dans un autre cas, le bichromate de potasse a exercé une influence avantageuse, quoique passagère, sur un cancer avéré de l'estomac. M. Vulpian estime, du reste, que, si ce sel a quelque action sur les néoplasmes gastriques, ce n'est pas par contact direct, mais par voie d'absorption; et il en donne pour raison que le même remède « semble avoir déterminé des effets favorables dans des cas où il s'agissait de néoplasmes situés hors du tube digestif ». Il publie, en effet, une observation de tumeur indéterminée du bassin, qui disparut après un traitement au bichromate de potasse; mais M. Vulpian n'attribue à ce médicament aucune efficacité contre les affections réellement cancéreuses. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre et octobre 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des reins, par le professeur C. BARTELS. Traduit de l'allemand par le docteur EDELMANN, avec Préface et additions par le docteur LÉPINE, professeur à la Faculté de Lyon. In-8 avec figures. — Paris, F. Alcan, 1884.

C'est à juste titre que l'œuvre de Bartels a conquis une grande popularité en Allemagne. Si certaines monographies de l'Encyclopédie de Ziemssen, où elle a été publiée, sont plus complètes au point de vue bibliographique, il n'en est guère qui offrent à un si haut degré une note personnelle. A notre époque de rénovation scientifique incessante, les œuvres de compilation ne vivent qu'un jour; celles, au contraire, qui portent un cachet d'originalité indéniable résistent au temps. Il en est ainsi du Traité de Bartels; aussi ne doutons-nous pas qu'il trouve en France un grand succès, dont, du reste, il sera en grande partie redevable à la traduction aussi fidèle qu'élégante que nous en donne le docteur Edelmann.

Pareils ouvrages ne prêtent guère à l'analyse; une critique détaillée des idées émises par l'auteur, dont quelques-unes ont vieilli, nous entraînerait trop loin; force nous est donc de nous borner à une rapide indication des sujets traités dans ce volume.

Le livre Ier est consacré à la séméiologie générale des maladies des reins, que Bartels étudie dans trois chapitres substantiels; il passe successivement en revue les phénomènes anormaux localisés à l'organe malade, les modifications quantitatives et qualitatives de l'urine, enfin les altérations dyscrasiques et les troubles nutritifs ou nerveux qui résultent des perturbations diverses de la fonction uropoiétique.

Dans le second livre, beaucoup plus étendu, Bartels expose l'histoire des *maladies diffuses* des reins : hyperhémie et ischémie rénales, néphrite parenchymateuse aiguë et chronique, néphrite interstitielle, dégénérescence amyloïde des reins.

Tout en reconnaissant que, sur aucun point, la doctrine du mal de Bright n'est complètement établie, il ne s'en prononce pas moins en faveur de la théorie dualiste des auteurs anglais; mais il admet, de la manière la plus explicite, l'existence de formes mixtes tenant à la fois de la néphrite parenchymateuse et de la sclérose.

Certes, la science a singulièrement progressé depuis la publication de l'ouvrage de Bartels; celui-ci n'en marque pas moins une étape dans l'histoire du mal de Bright, aussi méritait-il d'être reproduit dans son intégrité originelle, sans ces surcharges de notes dont certains traducteurs sont si prodigues.

Mais, de nos jours, le lecteur a d'autres exigences; il tient à être mis au courant de la science; nul n'était mieux armé pour entreprendre et mener à bonne fin ce travail de patiente érudition que le professeur Lépine. Dans un supplément, qui ne compte pas moins de 260 pages, le savant professeur de Lyon a réuni et classé, avec une grande sagacité, tous les documents récents sur la pathologie rénale.

Prenons par exemple un des problèmes les mieux étudiés dans ces derniers temps parce qu'il est des plus controversés : la pathogénie de l'albuminurie.

Pour Bartels, l'albumine n'attaque jamais une membrane animale intacte que sous une haute pression et l'albuminurie est toujours un phénomène pathologique. Ces deux axiomes ne peuvent plus se soutenir aujourd'hui. On sait en effet, d'une part, que chez beaucoup d'individus l'albuminurie est un phénomène physiologique. L'expérimentation, d'autre part, nous a appris que les conditions productrices de l'albuminurie sont bien plus complexes que ne l'admettait Bartels. Altération histologique ou fonctionnelle de l'appareil rénal, lenteur de la circulation glomérulaire, enfin états dyscrasiques divers, voilà autant de causes d'albuminurie auxquelles M. Lépine assigne, autant que la chose est aujourd'hui possible, leur réelle valeur.

Avec Semmola et Gubler, il met au premier plan les altérations de la crase sanguine, et les arguments qu'il invoque sont de nature, ce semble, à faire triompher définitivement cette conception du mal de Bright, seule satisfaisante pour l'esprit.

M. Lépine n'a laissé de côté aucune des questions capitales de la pathologie rénale; les pathologistes, comme les cliniciens purs, trouveront ample moisson dans les notes additionnelles que nous ne pouvons qu'indiquer ici et dont le titre suffit à montrer l'intérêt : Sur le dosage de l'azote dans les urines, sur l'urémie, sur les néphrites infectieuses, sur le rein gravidique, sur l'hypertrophie du cœur dans le mal de Bright chronique, etc.

Toutes questions d'actualité; en dépouillant ainsi, à notre profit, la littérature scientifique jusque dans les organes de publicité les moins répandus en France, M. Lépine nous a rendu un service dont nous ne saurions lui être trop reconnaissants.

L. DREYFUS-BRISAC.

VARIÉTÉS

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance publique annuelle aura lieu le mardi 18 décembre. On s'efforce chaque année de regagner quelque chose sur les retards des années antérieures. On ne pourra néanmoins, dans la prochaine séance, distribuer que les prix pour 1882; le rapport général sera fait, comme de coutume, par M. le secrétaire annuel. Les prix pour 1883, sur lesquels les rapports ne sont pas encore

prêts, seront donnés dans une séance ultérieure, fixée, croyons-nous, au 15 février, et dans laquelle M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge de Claude Bernard.

Nécrologie. — L'internat des hôpitaux de Paris compte une nouvelle victime du devoir professionnel. M. Rivet, interne en médecine à l'hôpital de la Charité, a succombé le 7 de ce mois à une diphthérie infectieuse. Il était âgé de vingt-huit ans. Son maître, M. le professeur Hardy, et M. Quentin, directeur du service général de l'Assistance publique, ont prononcé devant son cercueil, à l'hôpital même, quelques paroles d'adieu et de regrets. Après les obsèques, qui ont eu lieu dimanche, à l'église de Saint-Germain-des-Prés, le corps a été transporté à Orléans.

Le directeur de l'Assistance publique a décidé que le nom de M. Rivet serait gravé sur les plaques en marbre où sont déjà inscrits les noms des internes morts victimes de leur devoir.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Tremolet (de Russey).

Faculté de Paris. — La seconde séance du Conseil académique de Paris vient d'avoir lieu. Les doyens ont rendu compte des travaux des différentes Facultés pendant l'année scolaire 1882-1883. Nous relevons dans le rapport du doyen de la Faculté de médecine les détails suivants : « Le nombre des élèves est resté à peu près le même : on comptait, le 1er octobre dernier, 4207 élèves, soit 2 de moins que l'année dernière. Dans ce total sont compris 108 étrangers, russes, belges, etc. La mission égyptienne, qui suivait autrefois les cours de notre Faculté de médecine, a passé la Manche depuis les derniers événements. Sur 6076 examens subis, la proportion des ajournements a été de 24 pour 100. Les candidats sont généralement faibles en physique, en chimie, en sciences naturelles, et le baccalauréat ès sciences restreint ne semble pas une garantie suffisante de leurs connaissances. » (Voy. au *Feuilleton*.)

— Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Alfred Ricard.

Faculté de Lille. — Une terrible explosion a eu lieu ces jours derniers à la Faculté de médecine de Lille. M. Doumerc, professeur agrégé de physique, et deux étudiants préparaient, dans des cornues, du chlorure de calcium. Le professeur voulant se rendre compte de la température de la solution, a approché son visage du liquide, qui atteignait 118 degrés. Une explosion s'est produite à ce moment, et le professeur a reçu le contenu des cornues sur la figure, et a été blessé grièvement. Un étudiant a reçu également des brûlures.

Enseignement de la médecine et de la pharmacie militaires. — Dans la discussion du budget qui se poursuit en ce moment à la Chambre des députés, un amendement de M. Steeg sur le chapitre IX a amené le sous-secrétaire d'Etat à donner quelques explications sur l'enseignement de la médecine militaire. La nouvelle organisation projetée sous le ministère du général Thibaudin, suspendue par le général Campenon, est repoussée *comme contraire à la loi des cadres*. C'est ce qu'a répondu M. Casimir Perier à MM. Steeg et Liouville, qui faisaient valoir les sacrifices consentis par les villes de Bordeaux et de Nancy. Finalement, il a été convenu que toute solution serait ajournée jusqu'au moment où l'on s'occupera de la revision de la loi des cadres.

Viandes de porc américaines. — Le décret suivant, en date du 27 novembre dernier, vient d'être rendu sur l'avis conforme du comité consultatif d'hygiène publique de France, en date du 26 novembre 1883.

Art. 1er. — Est et demeure rapporté le décret, en date du 18 février 1881, qui interdit, sur le territoire de la République française, l'importation des viandes de porc salées provenant des Etats-Unis d'Amérique.

Art. 2. — Le ministre du commerce et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et publié au *Bulletin des lois*.

Faculté de Nancy. — Ont été nommés aides de clinique : MM. Vautrin, Brulard; internes provisoires : MM. Cherpittel, Saintin et Huguet.

Mortalité à Paris (49e semaine, du vendredi 30 novembre au jeudi 6 décembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1025, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 2. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 8.— Diphthérie, croup, 50. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 41; au sein et mixte, 26; inconnu, 1.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 49e semaine. — Le service de statistique a reçu pendant la semaine actuelle notification de 1025 décès (au lieu de 972 pendant la semaine précédente). La mortalité a donc notablement augmenté. Fièvre typhoïde (34 décès); variole (2); scarlatine (1); coqueluche (8); érysipèle (9); rougeole (7); diphthérie (50). Il faut d'ailleurs remarquer avec satisfaction que les admissions dans les hôpitaux causées par cette maladie tendent à diminuer (40 admissions au lieu de 48). Débilité sénile (23 décès); bronchite (47); pneumonie (63); athrepsie des jeunes enfants (68).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au Bulletin de l'Académie de médecine, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux Comptes rendus hebdomadaires des Séances de la Société de Biologie, paraissant tous les vendredis.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 20 décembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE. — L'ÉTIOLOGIE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN ÉGYPTE : RAPPORT DE M. MAHÉ. — DEUXIÈME RAPPORT DE M. KOCH. — LES ORGANISMES INFÉRIEURS DANS LA SUPPURATION : M. STRAUS. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : séance publique annuelle.

Le public assez nombreux qui s'était donné rendez-vous à l'Académie pour assister aux débuts de M. Proust dans ses fonctions de rapporteur général des concours de prix, a souligné par ses applaudissements le succès du distingué secrétaire annuel. La tâche était ingrate; le souvenir de MM. Roger et Bergeron, pour ne citer que ses prédécesseurs immédiats, avait laissé des traces que le temps n'avait pas effacés, et il s'agissait d'égaler tout au moins le charme littéraire et l'aimable bon sens qui les distinguent l'un et l'autre. M. Proust, si nous avons bien compris son intention, s'est gardé de vouloir les imiter, et, en restant lui-même, il a pu attacher son auditoire par une simplicité très nette dans les aperçus, une précision remarquable dans les déductions scientifiques, une élégante émotion dans les hommages aux maîtres disparus, et une sorte de fierté de bon aloi dans l'appréciation du rôle et de l'œuvre de l'Académie. Ce sont là des qualités qui lui font grandement honneur et qui ont vite captivé aussi bien la gracieuse réunion de dames placées au pied de la tribune, que les membres les plus anciens de la Compagnie. On a surtout goûté les passages relatifs à l'étude des vertiges avec délire, aux causes de l'ataxie locomotrice; et, parmi les morts, ceux dont le souvenir a été évoqué avec le plus de bonheur ont été : Pidoux, le vitaliste original; Davaine, savant et modeste; le vénéré Cloquet; Parrot, si aimable et si distingué; Lasègue, ingénieux et brillant.

Lorsque l'Académie se voit représentée dans ses réunions solennelles par des orateurs comme les secrétaires annuels qui ont successivement recueilli ses suffrages, elle doit assurément espérer, suivant l'expression de M. Proust, « voir toujours le génie médical français se maintenir dans les voies traditionnelles de notre esprit national, en alliant l'originalité au bon sens, et l'esprit de recherche à la sagacité critique ».

L'étiologie de l'épidémie de choléra en Égypte en 1883.

Le rapport (1) si impatiemment attendu de M. Mahé vient enfin d'être publié en extrait avant son apparition, retardée pour longtemps encore, dans le *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France*. L'origine de la dernière épidémie de choléra en Egypte s'y trouve étudiée avec une sagacité des plus précises et avec une parfaite connaissance des hommes et des habitudes de l'Orient. Nul mieux que notre savant et distingué médecin sanitaire à Constantinople ne pouvait, en effet, remplir une mission aussi délicate dans les circonstances actuelles, et ne pouvait opposer une autorité plus haute aux calculs et aux préjugés que ses investigations ne pouvaient manquer de heurter.

C'est à Damiette, on le sait, que le choléra est apparu à la fin du mois de juin, pendant la foire-pèlerinage du 13 au 20. Il importe peu d'ailleurs que ce soit telle ou telle personne chez laquelle le premier cas ait été observé, bien que M. Mahé ait tenu à faire une enquête sévère sur toutes les suppositions énoncées; mais il est incontestable que bon nombre de chauffeurs et d'Indiens sont venus s'y promener, y faire du commerce et y séjourner plus ou moins longtemps. Or c'est précisément le quartier Souk-el-Rebbèh qui fut le principal foyer primitif de l'épidémie, et dans ce quartier logèrent les marchands étrangers, qui furent des premiers atteints. Les chauffeurs indigènes constituent, d'autre part, un danger permanent à cet égard; on les embarque principalement à

(1) Rapport adressé à M. le ministre du commerce par M. le docteur Mahé, médecin sanitaire de France à Constantinople, chargé d'une mission médicale en Égypte ayant pour principal objet la recherche de l'origine du choléra en 1883. — Paris, Imprimerie nationale, 1883.

Port-Saïd, sur les navires transitant pour la mer Rouge et la mer des Indes; ils dépendent ordinairement d'un cheik ou de plusieurs, qui les embauchent de leur propre chef, sans en prévenir l'autorité locale, et en dissimulant en tous cas le nombre réel des individus embarqués, de sorte qu'il n'existe aucun contrôle, aucune police sur ce point. Ces travailleurs, engagés pour la durée de la campagne du navire, aller et retour seulement jusqu'à Port-Saïd, ne figurent jamais sur le rôle d'équipage, ni sur les papiers du bord, à ce point qu'il est impossible de contrôler leur nombre, leur situation, leur débarquement, leur disparition et leur mort. Ces détails, que nous transcrivons d'après M. Mahé, montrent bien que l'arrivée d'un certain nombre de ces chauffeurs à la foire de Damiette a dû y déterminer l'épidémie, d'autant qu'ils débarquaient alors de navires contaminés.

Nous venons de voir qu'ils étaient étrangers à l'équipage des navires où ils ont séjourné, et par cela même soustraits à la surveillance sanitaire maritime; ces navires, dans le cas actuel, venaient de Bombay, où l'épidémie faisait alors, comme on sait, de nombreuses victimes parmi les nouveaux venus; on ne saurait donc s'étonner que des cas de choléra aient pu se produire à leur bord, et que les chauffeurs, comme aussi les passagers, aient été capables de porter à Damiette même le germe de la maladie. Les grands steamers à marche rapide, dit M. Mahé, qui mettent Bombay en communication avec Suez en dix à onze jours, directement et sans aucune relâche, font en réalité du canal maritime d'Egypte l'aboutissant forcé de ces communications, et, dans le cas de Damiette, par exemple, la foire du mois de juin est devenue l'occasion d'un renforcement du grand mouvement de l'Inde sur l'Egypte; d'où l'explication plausible de l'importation du choléra indien dans la Basse-Egypte par la voie du canal à Damiette. De plus, il convient de ne pas oublier que, malgré la recrudescence de l'épidémie cholérique à Bombay, l'influence prédominante de l'Angleterre dans les conseils de l'Egypte n'avait pu permettre de prendre des mesures prophylactiques suffisantes contre les provenances de cette ville!

L'épidémie une fois déclarée à Damiette, elle se propagea successivement à toute l'Égypte, malgré les cordons sanitaires qu'on tenta trop tardivement de lui opposer; nous ne voulons pas refaire l'historique de l'épidémie, qui a été retracé presque au jour le jour dans ces colonnes; mais il est un fait que nous devons rappeler, d'après le rapport de M. Mahé, et qui porte en lui-même sa signification bien précise; qu'on en juge. Le choléra frappa par trois fois la ville d'Ismaïlia, où l'armée anglaise avait été assez mal accueillie l'année précédente. La troisième importation, dit M. Mahé, se fit manifestement par l'entrée à Ismaïlia des troupes anglaises qui fuyaient l'épidémie cholérique du Caire et qui étaient déjà infectées. A ce sujet, habitants et médecins d'Ismaïlia, tous s'accordent à rejeter une lourde responsabilité sur les officiers anglais, qui ont imprudemment contaminé la ville, alors indemne, en disséminant les soldats à côté des habitations, en face des principales maisons, dans les rues, sur les promenades publiques, sur les bords du canal d'eau douce, dans lequel ceux-ci ont été vus jetant les déjections des malades, qu'on répandait aussi dans les rues, sur les promenades d'Ismaïlia. Cependant, sur les réclamations réitérées des habitants, les troupes anglaises s'en allèrent occuper le palais khédival d'Ismaïlia, qu'elles ont récemment évacué en le laissant en état de contamination. Plus d'une fois, ainsi que plusieurs habitants l'ont affirmé, on vit les soldats anglais enterrer leurs morts cholériques presque à fleur de terre dans les sables qui avoisinent les tuyaux conduisant l'eau à Port-Saïd. Le détachement anglais perdit, durant une courte période de séjour à Ismaïlia, au moins vingt-huit hommes dont vingt-cinq du choléra. Il fut remarqué que les premiers habitants contaminés par les Anglais furent des Arabes et notamment des enfants qui étaient allés vendre aux troupes des fruits et des menus objets.

La provenance exotique de l'épidémie de choléra en Egypte ne semble pas douteuse à M. Mahé, et les résultats de l'enquête qu'il a faite pendant six semaines dans toutes les localités infectées sont probants. Et, de fait, partout le choléra est apparu brusquement, sans que les conditions sanitaires locales aient changé dans les jours précédents et alors qu'on pouvait manifestement reconnaître l'arrivée dans la ville ou le village soit de fuyards, soit, comme à Damiette, d'individus suspects, provenant de pays et de navires contaminés. Quoi qu'on en ait dit, et M. Mahé apporte de nombreuses preuves à l'appui de ses affirmations, cette dernière ville, notamment, ne présente rien de bien notable, comme insalubrité, en plus des autres villes de l'Égypte, et la mortalité, avant l'épidémie, n'y était pas plus élevée qu'à l'ordinaire. Damiette a, il est vrai, de très nombreuses communications avec toute l'Égypte, et, une fois envahie par l'épidémie, il devenait difficile d'arrêter la propagation de celle-ci. Les hypothèses n'ont, d'autre part, pas manqué pour donner au choléra d'Égypte d'autres motifs que la provenance indienne si manifeste. M. Mahé discute les principales, sans s'arrêter plus qu'il ne convenait au grand nombre d'opinions fantaisistes, telles que celle qui voulait faire dériver le choléra de l'épizootie bovine. Il fait beaucoup d'honneur, en la discutant, à l'hypothèse du chirurgien général Hunter, d'après lequel il s'agissait bien à la vérité du choléra indien, mais l'épidémie de 1883 aurait procédé d'une façon indirecte, elle ne serait qu'une résurrection ou revivification de celle de 1865, d'autant qu'il y aurait eu, d'après lui, dans quelques localités de l'Égypte, de rares cas de cholérine ou de choléra sporadique dans l'intervalle des deux épidémies, notamment dans le cours des dernières annés. M. Mahé n'a pas eu de peine à reconnaître, d'après les témoignages les plus considérables, l'inanité absolue de ces suppositions. Si bien que la plus grande somme des probabilités, c'est-à-dire l'importation de provenance indienne dans les circonstances indiquées, peut seule s'appuyer sur des arguments nombreux et d'une valeur capitale.

Il semble singulier au premier abord que les services sanitaires de l'Egypte n'aient pu la prémunir contre le danger des navires arrivant des ports indiens contaminés; la porte du canal maritime de Suez, porte largement ouverte, comme le dit M. Mahé, constamment béante entre l'Inde et l'Europe pour les personnes comme pour les marchandises, a été sans nul doute la voie d'introduction de l'épidémie du mois de juin dernier pour Damiette. Pourquoi donc cette voie de communication, dont la surveillance sanitaire paraît relativement facile, n'est-elle pas mieux gardée? En réalité, en dehors des navires à pèlerins qui, chaque année et à époques fixes, desservent le grand pèlerinage du Hedjaz, et qui sont l'objet de mesures sanitaires exceptionnelles grâce aux soins d'une commission médicale spéciale, les navires qui traversent le canal peuvent facilement éluder toutes les précautions prescrites dans les règlements. M. Mahé a dû insister sur les causes de cette situation, dont la plus grave est la vénalité d'un grand nombre de fonctionnaires sanitaires; les preuves abondent dans son rapport, et il faut lui savoir gré d'avoir eu

le courage d'insister sur ce côté pénible. On s'explique facilement dès lors tout cet ensemble de fausses nouvelles et de rapports mensongers qui avaient cours pendant l'épidémie et sur lesquels ne craignaient pas de s'appuyer, en Égypte, les adversaires systématiques des intérêts sanitaires des pays les plus directement intéressés.

Le service de police sanitaire maritime en Egypte, aussi bien au point de vue international que sur le canal et dans l'intérieur du pays, est à la merci, la plupart du temps, d'agents d'une moralité plus que suspecte et dépourvus des connaissances les plus élémentaires; quant aux individualités d'une honorabilité incontestée qu'il comprend, leur action n'a qu'une efficacité restreinte. M. Mahé indique les moyens les plus propres à combler les lacunes qu'il a signalées et à porter remède aux vices de la situation présente; nous ne le suivrons pas dans cette partie de sa tâche qui nous entraînerait trop loin aujourd'hui et qui mérite une étude spéciale. Il nous a suffi de montrer avec quel soin il a accompli le but principal de sa mission et combien l'opinion que la France n'a cessé d'émettre sur les dangers auxquels le choléra indien expose constamment l'Egypte et par suite l'Europe trouve encore une fois, grâce à lui, une éclatante consécration.

Deuxième rapport de M. Koch.

Un nouveau rapport de Koch, daté de Suez, 10 décembre, et publié dans le *Deutscher Reichs-Anzeiger*, du 16 décembre, fait suite à son rapport du 17 septembre et contient quelques particularités intéressantes.

L'auteur constate d'abord que, dans un nouveau cas de choléra, il a retrouvé les bacilles signalés antérieurement, mais que les expériences sont restées tout aussi infructueuses malgré toutes les modifications apportées au mode opératoire (injection dans le gros intestin, alimentation avec l'eau ou la terre, avec des tissus contenant les substances desséchées, etc., etc.).

La Commission se rendit au Caire. La nouvelle explosion du choléra ne la fit pas revenir à Alexandrie, attendu que l'on pouvait prévoir que cette réapparition serait peu importante et de courte durée.

Le choléra ayant diminué d'importance à Bombay, Koch sollicite l'autorisation de partir pour Calcutta.

Avant de quitter l'Egypte, la Commission a voulu se rendre compte de l'état de la prophylaxie vis-à-vis du choléra. Il s'agissait avant tout de voir s'il était vrai que le choléra de 1883 ait été non pas importé des Indes, mais produit sur place, ce qui mettrait l'Egypte au point de vue de l'Europe sur le même pied de suspicion que les Indes.

Le 6 octobre, la Commission partit pour Damiette, où elle institua les recherches les plus minutieuses sur l'origine de l'épidémie : ce sera l'objet d'un rapport spécial.

Au point de vue de l'utilité des quarantaines, la Commission a étudié l'organisation des établissements quarantenaires à Gabari el Meks, près d'Alexandrie, ainsi que celle du Nil oriental, près de Damiette.

Ayant appris que le choléra avait fait son apparition parmi les pèlerins, et que la quarantaine se faisait à Tor, la Commission réclama l'autorisation de visiter cet établissement. Elle visita en même temps El Wedy.

Le jour où la Commission arriva à Tor, un vapeur du Lloyd autrichien, avec 500 pèlerins à bord, entra dans le port. Au dire du médecin du bord, tout était en bonne santé; mais au débarquement des pèlerins il devint évident que plusieurs étaient gravement atteints du choléra.

La Commission a cherché à se rendre un compte très exact de l'état de cette prophylaxie et soumettra au ministre des conclusions à ce sujet.

Elle a étudié en même temps les questions d'hygiène connexe avec celle de l'origine du choléra : eau potable, filtration, influence de la baisse et de la hausse du Nil sur la marche de l'épidémie, inhumations, altération du sol par les latrines, météorologie, etc.

Des observations intéressantes sur la dysenterie, la tuberculose, le distoma hæmatobium, l'anchylostome duodénal, la filaire de l'homme ont été recueillies.

50 hommes atteints de l'ophthalmie égyptienne ont été examinés et l'on a pu constater que sous ce nom l'on confondait deux processus pathologiques distincts. L'un, plus malin, est produit par une forme de bactérie semblable aux micrococcus de la gonorrhée; l'autre, plus bénin, renferme de petits bacilles dans les globules de pus.

Les organismes inférieurs de la suppuration. M. Straus.

M. Straus vient d'aborder à son tour la question si délicate de la part qui revient aux organismes inférieurs dans la production de la suppuration. Les résultats de ses expériences, poursuivies dans le laboratoire de M. Pasteur, ont été présentés samedi dernier à la Société de biologie : la *Gazette* tient à honneur d'en dire un mot avant la publication du mémoire original.

On sait que cette étude avait été reprise et résolue dans des sens différents par une série d'auteurs étrangers, dont les recherches furent publiées ces deux dernières années dans les *Archives de Virchow*. M. Straus, en présence de ces divergences et avec la conviction que les conditions expérimentales laisseraient encore quelque prise à la critique, a entrepris à son tour, en modifiant sur quelques points essentiels la technique opératoire, des expériences suivies, qui l'ont amené à un résultat positif: *sans microorganisme pas de suppuration*, telle est, réduite à une formule catégorique, la conclusion générale de l'auteur.

Il rejette l'emploi des seringues pour faire dans les tissus des injections irritantes d'essence de térébenthine, ou d'huile de croton associée à l'huile d'amandes douces, ou de mercure ; il emploie, comme cela se fait d'habitude dans le laboratoire de M. Pasteur, un tube de verre effilé à la lampe dans lequel on introduit le liquide à injecter et qui est fermé à son extrémité libre par un tampon de coton : la ponction de la peau est opérée avec le tube-aiguille, et le liquide est poussé sous la peau ou dans les muscles par la pression de l'air qui se tamise au travers du tampon d'ouate.

Pour être absolument certain que la peau est stérilisée et ne contient aucun germe atmosphérique, M. Straus commence par la cautériser avec le thermocautère et c'est au milieu de l'eschare sèche ainsi produite qu'il fait la ponction; la petite plaie est obturée par une nouvelle cautérisation au moment où le tube est retiré.

Inutile d'ajouter que les liquides eux-mêmes ont été soigneusement stérilisés avant leur introduction.

Avec de telles précautions, on peut être assuré qu'aucun élément organisé n'a pu être introduit vivant et ne pourra se développer au sein du tissu soumis à l'irritation inflammatoire. Or on constate que le pus n'apparaît pas dans les conditions d'asepticité préalable énumérées plus haut; tout au contraire une collection ou une nappe purulente se produit si le liquide a été exposé à la contamination atmosphérique, si la peau n'a pas été réellement purifiée.

Ainsi s'expliquent les discordances des résultats précédemment obtenus et de cette façon se trouve légitimée la proposition que le pus n'est pas le résultat direct d'un processus inflammatoire simple, poussé à son maximum d'intensité, mais bien la conséquence de la présence nécessaire et de la multiplication de microorganismes au sein du tissu enflammé.

Une petite difficulté subsiste cependant. Si, en réalité, on n'observe de véritable *purulence*, c'est-à-dire d'accumulation de pus reconnaissable à première vue, que dans des conditions de désinfection insuffisante, cependant, même dans les cas les plus heureux, on trouve, en les cherchant, un plus ou moins grand nombre de globules blancs au sein du liquide injecté; celui-ci, comme enkysté dans le tissu, prend un aspect un peu plus louche, trouble, qui résulte de la présence à son intérieur d'éléments globulaires parfaitement reconnaissables au microscope. Ce n'est pas du pus que ce liquide louche, mais en y supposant *plus nombreux* les globules blancs ne serait-on pas forcé de leur donner ce nom? Il paraîtrait donc qu'il y a là surtout une différence de degré, si l'on s'en tient seulement à l'apparence.

Pour faire la conviction et établir sa thèse sur une base inattaquable, il faut que M. Straus nous donne la *caractéristique histologique* ou *culturale* (qu'on nous passe l'expression) du globule blanc réellement purulent. Une tentative faite dans ce sens est-elle au-dessus des ressources expérimentales? c'est ce que nous apprendra l'avenir, car nous croyons savoir que M. Straus, parfaitement instruit de la valeur de l'objection et allant au-devant d'elle, se propose de poursuivre ses recherches en s'appliquant à déterminer le caractère différentiel dont nous indiquions tout à l'heure la nécessité.

Il n'en résulte pas moins des expériences si élégantes, si précises présentées par M. Straus à la Société de biologie que le liquide auquel le monde s'accorde à donner le nom de *pus* ne se produit pas dans les cas d'irritation inflammatoire du tissu sous-cutané, si l'agent irritant a été au préalable réellement stérilisé, et la peau parfaitement désinfectée ainsi que l'instrument employé pour l'injection.

F. F.

Contributions pharmaceutiques.

Mixture apéritive.

Eau distillée		220 grammes.
Eau de fleur d'oranger		30 —
Eau de menthe		15 —
Teintures de quinquina et de colombo	àà	10 —
Teintures de badiane et d'écorces d'orange amère	àà	6 —
Teinture amère de Baumé		3 —

Mêlez et filtrez (recommandation expresse).

Emploi : une à deux cuillerées à bouche avant les repas.

Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu.

Moelle de bœuf purifiée		40 grammes.
Huiles d'amandes douces et de ricin	àà	10 —
Teinture de quinquina		4 —
Baume du Pérou liquide		2 —
Borax		4 —
Essence de bergamotte		XX gouttes.

Faites selon l'art une pommade homogène que vous conserverez dans un pot à couvercle.

Emploi : une friction par jour sur la racine des cheveux.

P. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

NOUVEAUX FAITS DE LIPOME SUS-CLAVICULAIRE, par le docteur L. H. PETIT, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Dans le courant de cette année, j'ai recueilli quelques nouveaux faits non de pseudo-lipomes, mais de véritables lipomes de la région sus-claviculaire. Deux ont été envoyés à M. Verneuil par des praticiens de province; j'en ai trouvé deux autres dans mes lectures; enfin M. Verneuil en a extirpé un dont j'ai présenté la pièce à la Société anatomique le 9 novembre dernier.

L'observation suivante, prise avec beaucoup de soin par M. le docteur Chertier (de Nogent-sur-Seine), qui a connu la malade pendant trente-cinq ans, est des plus intéressantes au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. La malade a présenté pendant longtemps des phénomènes pouvant se rapporter au rhumatisme, et en dernier lieu un abcès ossifluent qui a fait penser à la scrofule. M. Chertier en a conclu qu'il avait eu affaire à une scrofuleuse et non à une rhumatisante; mais la rareté pure de la scrofule chez les vieillards nous ferait plutôt admettre une combinaison des deux diathèses, une hybride, comme les appelle M. Verneuil, dont le dernier terme, la scrofule, ne s'est manifesté qu'à la période d'épuisement du sujet.

OBS. I. — *Lipome sus-claviculaire bilatéral; polyadénite cervicale; œdèmes et névralgies diverses. Abcès ossifluent rétro-pharyngien. Mort subite.* — Mme V..., soixante-dix-sept ans, petite, forte, bien constituée, tempérament sanguin, n'ayant jamais été malade; ni rhumatismes, ni gourmes dans l'enfance. Elle a six frères et sœurs robustes et bien portants; deux enfants mariés en bonne santé; la fille de sa fille est morte à vingt et un ans de phthisie pulmonaire.

En janvier 1880, habitant depuis six ans une chambre froide, exposée au nord, mal éclairée, mais non humide, Mme V... est prise de névralgie sciatique qui céda au mois de mai, après plusieurs récidives, à l'application de pointes de feu.

En janvier 1882, polyadénite de la partie latérale droite du cou. Traitement : amers, gentiane, houblon, préparations iodées *intus* et *extra*. Les ganglions grossissent; la peau se prend, rougit, s'ulcère, et pendant plusieurs mois il s'écoule un pus séreux avec des grumeaux de matière caséeuse. A la fin d'août, les ganglions sont vides; ils laissent trois cicatrices qui sont toujours restées fermées depuis.

Mme V... était sensiblement mieux, quand au mois de septembre elle est prise pendant la nuit d'un gonflement de toute la face, qui en quelques jours devient très tuméfiée, rouge, luisante, avec chaleur et prurit. Rien du côté des ganglions. La pression du doigt laisse une légère empreinte. Petit mouvement fébrile qui tombe au bout de quelques jours; perte de l'appétit, malaise; le sommeil reste bon. Au commencement d'octobre, œdème de la main droite, qui gagne peu à peu le bras jusqu'à l'épaule. Pas d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle qui puisse expliquer cet œdème local; rien du côté des poumons ni du cœur. La peau

est légèrement colorée, douloureuse, et garde l'impression du doigt.

Liniments narcotiques, cataplasmes, membre tenu dans l'élévation, le tout sans grand bénéfice; cependant la douleur diminue.

Le 20 octobre, éclairé par la note de M. Potain, je découvre le cou, toujours caché par un fichu, et je constate la présence de trois tumeurs ayant les apparences du lipome: une de forme ovoïde, remplissant tout entier le triangle sus-claviculaire droit, une seconde sur le trapèze, remontant en haut et en arrière jusqu'au sillon cervical, plus grosse et plus large que la première. On sent la clavicule, mais on ne la voit pas; au-dessous d'elle, on constate un empâtement de la peau, sans limites précises, et qui ne garde pas l'impression du doigt.

A gauche, tumeur analogue, mais plus volumineuse, dans le triangle sus-claviculaire.

Les angles et les bords de ces tumeurs sont mousses, aplatis, se perdant insensiblement sans que le doigt puisse les limiter. La peau est blanche, lisse, sans rides; pas de sensibilité anormale, sauf à droite, où la tumeur aboutit à l'un des ganglions qui ont suppuré et dont la cicatrice est un peu rouge.

Dans le courant de novembre, l'œdème de la face varie, diminuant un jour, augmentant le lendemain, mais disparaissant progressivement, et en janvier 1883 il n'y a presque plus rien; la peau reprend ses rides.

En décembre, dans la région lombaire droite, douleur musculaire allant jusqu'à la ligne blanche et à l'aine; elle se manifeste au toucher et dans les mouvements; elle cède aux vésicatoires et à la morphine.

Au commencement de janvier 1883, douleur vive, bilatérale, à la région postérieure du cou, vers la base de l'occipital, et exaspérée par les mouvements, qui sont presque impossibles. Céphalalgie. Vésicatoires morphinés, soulagement. Sensation d'étranglement la nuit; le rejet de quelques mucosités le fait cesser. Rien de particulier à la colonne vertébrale. Deux jours après, cette sensibilité a disparu. Je regarde donc l'affection du cou et celle des lombes comme de nature rhumatismale.

L'œdème du bras droit a disparu en grande partie; la main seule est encore très tuméfiée; la douleur a cédé. Mais on trouve de l'œdème à la main et à l'avant-bras gauches, et il y en aurait eu même au pied gauche, d'après la malade, mais je ne l'ai pas constaté. Pas d'amaigrissement; appétit, digestions, sommeil bons.

Les urines, examinées à trois reprises, ont été un peu troubles lors du mouvement fébrile, mais sont habituellement limpides, jamais citrines, un peu foncées, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni dépôt de sables uriques.

Les tumeurs du cou paraissent garder un volume constant, mais les œdèmes ont été et sont encore mobiles.

En février et mars, j'ai examiné à plusieurs reprises les vertèbres cervicales; aucune sensibilité à la pression, aucune tuméfaction, aucun bruit de frottement; tête droite, mouvements latéraux faciles, mais très légère flexion, avec douleur à la base de l'occipital. Le sentiment d'étranglement persiste et augmente même; cependant la respiration se fait bien, sans dyspnée; un peu de dysphagie. On ne trouve rien dans l'arrière-gorge; affaiblissement progressif; un peu de somnolence, amaigrissement; les tumeurs diminuent peu à peu. La peau, qui était lisse à leur face, se couvre de rides.

Le 6 avril, le cartilage thyroïde est moins mobile; l'index, plongé aussi loin que possible dans le pharynx, constate au niveau de l'os hyoïde, sur la paroi antérieure du rachis, la présence d'une tumeur dure, lisse, élastique, et dont on ne peut atteindre la limite inférieure.

Le 7, même état. La malade reste levée tout le jour et mange comme d'habitude; en se couchant, elle se plaint de froid, dit qu'elle se sent gênée, et meurt en quelques minutes.

Je ne pus faire que l'autopsie du cou, avec l'assistance de mon confrère, le docteur Janot.

La tumeur sus-claviculaire gauche, qui était la plus volumineuse, s'est affaissée et a laissé à sa place une dépression; cependant on la sent encore à la palpation; on ne la dissèque pas.

Les deux tumeurs du côté droit sont sensibles à la vue, mais ont aussi diminué de volume, et la peau qui la recouvre, comme celle de gauche, est ridée.

Nous disséquons le tégument du triangle sus-claviculaire droit, de manière à découvrir la partie externe du sterno-cléido-mastoïdien et le bord du trapèze. La tumeur est sous l'aponévrose superficielle, très amincie, et à laquelle elle adhère par places; elle s'enfonce sous le chef externe du sterno-mastoïdien, sous le trapèze et sous la clavicule; elle est recouverte par l'omo-hyoïdien. Sa surface est mamelonnée; les bords vont en s'amincissant et se continuent, sans limites précises, avec le peu de tissu graisseux qui reste dans la région. Elle siège bien sous l'aponévrose superficielle, puisqu'elle plonge sous les muscles et sous la clavicule. La face postérieure adhère par des tractus de tissu fibreux et conjonctif aux parties profondes, muscles, branches du plexus brachial, vaisseaux. Il y a dans toutes ces parties du tissu adipeux en continuité avec la tumeur. Celle-ci n'est donc pas enkystée. Pas de ganglions lymphatiques tuméfiés.

Le pseudo-lipome qui repose en arrière et en haut sur le trapèze est sus-aponévrotique. Il est de forme ovalaire, toutefois ses bords se continuent avec le tissu adipeux de la région. Par sa face antérieure, il adhère au *fascia superficialis*, et il faut le disséquer en rasant le derme.

Tumeur du pharynx. — Je m'étais engagé envers la famille à ne faire que de petites incisions à la peau; je ne pus donc examiner qu'imparfaitement cette tumeur. Je plonge l'index droit sous la région thyroïdienne, le gauche dans le pharynx; mes deux doigts se touchent. Je presse fortement l'index droit sur la tumeur, et il sort un flot de pus grisâtre sans odeur, sans grumeaux caséeux; la tumeur s'est affaissée et on trouve à la place, au niveau du corps de la quatrième ou cinquième vertèbre, une excavation laissant pénétrer l'extrémité du doigt.

« En résumé, dit en terminant M. Chertier, après une sciatique, peut-être *a frigore*, une adénopathie suppurée ouvre la scène en janvier 1882; puis surviennent des œdèmes douloureux et mobiles sur la face et les membres supérieurs. J'ai pensé d'abord que les œdèmes, les pseudo-lipomes, les douleurs névralgiques ou myalgiques étaient des affections dépendantes de la diathèse rhumatismale. Aujourd'hui j'hésite; la maladie commence par des ganglions qui suppurent; elle finit par un abcès ossifluent. Il y a de la scrofule là-dessous. »

Les deux tumeurs du côté droit, envoyées à M. Verneuil, ont été examinées dans le laboratoire de M. Ranvier par M. Suchard, qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

Description macroscopique.— Deux masses de tissu graisseux, aplaties, ovalaires, grandes environ de 5 centimètres carrés, épaisses de 1 centimètre.

L'une des faces de chaque masse est recouverte par une lame fibreuse qui paraît être un fascia sous-cutané ou interstitiel.

A la coupe, le tissu des masses paraît constitué par des lobules de graisse jaune, séparés les uns des autres par des lames très minces de tissu conjonctif.

Dans les parties centrales d'une des masses, on trouve deux petits ganglions lymphatiques gros comme des pois et paraissant sains; dans l'autre, une artère du calibre d'une plume de pigeon.

Tous ces tissus paraissent très gras, mais non altérés.

Examen microscopique. — Le vaisseau indiqué est une petite artère à type musculaire qui ne présente aucune lésion appréciable au microscope.

Les ganglions lymphatiques sont gros, mais ne présentent aucun signe d'inflammation.

Le tissu graisseux qui forme les masses est constitué par des cellules adipeuses parfaitement normales, groupées en lobules dont les parois sont des lames très minces de tissu conjonctif lâche : en certains points ce tissu conjonctif est disposé en lames plus étendues qui se continuaient suivant toute apparence avec un fascia sous-cutané.

En aucun point de la périphérie des masses de graisse on ne trouve de capsule nettement limitée, comme dans les lipomes par exemple.

Ce dernier caractère, indiqué par M. Suchard, est le seul qui distingue les tumeurs examinées du véritable lipome sus-claviculaire. En effet, dans le cas actuel, le lipome était sous-aponévrotique et allait jusqu'aux vaisseaux et nerfs profonds, passait sous le sterno-mastoïdien, le trapèze, la clavicule, comme les véritables lipomes dont nous avons rapporté l'observation. Si ce n'est un vrai lipome, et nous penchons pour l'affirmative, contrairement à l'auteur de l'observation, c'est au moins une tumeur graisseuse dont on aurait pu faire l'ablation; on aurait eu peut-être quelque difficulté à la séparer du derme, mais non des organes profonds, comme M. Chertier l'a vu en faisant l'autopsie.

Il est à regretter que le début de ces tumeurs n'ait pas été mentionné, ce qui nous aurait peut-être renseigné sur les rapports de leur apparition avec les œdèmes multiples signalés avant leur découverte. Leur peu de volume, leur continuité avec le tissu graisseux voisin, semblent signifier qu'elles ne dataient pas de longtemps, et que, si elles eussent été plus anciennes, elles se seraient enkystées et développées dans les directions indiquées par leurs prolongements sous-musculaires et sous-claviculaire.

Dans le fait suivant, communiqué à M. Verneuil par M. le docteur Holliet, de Jendrey (Jura), la tumeur, quoique ayant débuté à la partie supérieure du creux sus-claviculaire, s'étendit bien au-dessous de la clavicule, de manière à présenter la forme d'une gourde dont le collet correspondait à la clavicule, la grosse tubérosité restant au-dessous de cet os, et la petite au-dessus.

Obs. II. — J..., cinquante-cinq ans, robuste cultivatrice, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, mais pendant une vingtaine d'années, tous les mois ou même deux fois par mois, de violents maux de tête, des douleurs gravatives sus-orbitaires, et plus tard, des douleurs dans les bras, surtout dans le bras gauche il y a six ans. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais la malade présente sur le cou-de-pied droit une large plaque d'eczéma chronique.

La tumeur a débuté, il y a quinze ans, près du bord supérieur du trapèze, dans le creux sus-claviculaire gauche; elle avait alors la grosseur d'une noix; depuis, elle s'est développée surtout dans le sens vertical, où elle mesure 20 centimètres, et 12 centimètres transversalement; elle passe sur et sous la clavicule, dont on sent à peine le tiers externe, et en dedans atteint le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien; en bas, elle occupe la partie interne de la région sous-claviculaire; en haut, elle déborde un peu le bord supérieur du trapèze. Elle a la consistance du lipome. La peau est saine et n'adhère pas aux parties profondes.

La malade n'a jamais été incommodée par la tumeur; quelquefois seulement un peu de raideur dans le cou; pas de phénomènes de compression; pas de gêne, pas de fourmillements douloureux dans le bras. Quelques dilatations veineuses sur la tumeur.

Au lieu de se développer uniquement dans la profondeur, le lipome sus-claviculaire s'étend parfois en même temps du côté de la peau, et passe alors sur la clavicule, comme dans le cas que nous venons de citer, et dans le cas suivant (1).

Obs. III. — Jeune fille de vingt et un ans, entrée le 17 novembre 1858 à l'hôpital des cliniques, service de Nélaton, pour une tumeur volumineuse de la partie latérale droite du cou. Elle a pour limites, en haut, l'oreille; en bas, la paroi antérieure de la poitrine, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de la clavicule; en arrière, les apophyses épineuses cervicales, en suivant à peu près dans ce sens le bord interne du trapèze; en avant elle dépasse la ligne médiane de 2 centimètres, et refoule à gauche le larynx et la trachée.

Elle a le volume d'une tête d'adulte, et mesure 20 centimètres verticalement; sa surface est lisse, légèrement lobulée; peau saine, non adhérente. Le muscle sterno-mastoïdien passe par-dessus; adhérences aux parties profondes; pas de battements. Consistance assez ferme; non fluctuante. Elle a débuté quatre ans et demi auparavant, sur la partie latérale et moyenne du cou; accroissement rapide depuis deux ans; indolence complète; pas de céphalalgie, d'étourdissements, de dyspnée; la tumeur ne gêne que par son poids et son volume.

Diagnostic : tumeur fibreuse.

Opération le 5 décembre.

La tumeur, enkystée par une enveloppe cellulo-fibreuse complète et très résistante, est disséquée presque sans effusion de sang et avec facilité, sauf au niveau des troisième et quatrième apophyses transverses cervicales, auxquelles elle adhère assez intimement; les fibres étalées du peaussier et du sterno-mastoïdien sont reconnues et en partie divisées à la surface de la tumeur; la veine jugulaire externe est ménagée; la veine jugulaire interne, la carotide, la sous-clavière, le pneumo-gastrique, le phrénique, les plexus brachial et cervical sont dénudés par cette large plaie, que des lambeaux cutanés, taillés à dessein, doivent recouvrir complètement.

Après l'opération, la malade tombe dans un état syncopal qui cesse en maintenant la tête dans une position fortement déclive, mais qui se reproduit à plusieurs reprises pendant vingt minutes. Comme elle n'a perdu que quelques cuillerées de sang et qu'elle n'a nullement souffert, Nélaton se demande si cette syncope persistante ne peut pas être attribuée à l'attouchement ou à la simple dénudation des nerfs de la région et en particulier du pneumogastrique et du phrénique.

La tumeur enlevée pèse 2405 grammes; c'est un lipome dense, *fibro-graisseux*, dont le tissu est comparable, pour l'aspect et la résistance, au pannicule cellulo-graisseux dense et serré qui double normalement la peau de la plante du pied ou de la région cervicale postérieure.

Réunion de la plaie par la suture; cicatrisation parfaite le 6 janvier 1859. Pas d'accidents pendant la cure. A peine un peu de fièvre les trois premiers jours.

L'erreur de diagnostic commise par Nélaton s'explique facilement en présence de la structure de la tumeur, qui lui avait donné une densité peu ordinaire.

(*A suivre.*)

(1) Nélaton, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1859, 2e sér. t. XXX, p. 255.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Choléra, variole, fièvre typhoïde et charbon, chez les « cuivriers » de Villedieu. Note de M. *Bochefontaine*. — Réponse à la lettre écrite par M. Burq dans la dernière séance, et reproduisant également des documents déjà communiqués à l'Académie de médecine. Mentionnons seulement que M. A. Ygouf, après avoir bien établi que les ouvriers de Villedieu sont saturés de cuivre, et qu'une odeur cuivreuse se répand dans les rues, ajoute : « Cependant il y a eu à Villedieu, en 1849, *neuf cas de mort par le choléra* observés en partie chez des ouvriers en cuivre ou dans leur famille. » Et M. Bochefontaine fait remarquer que, cela étant, si la population de Villedieu était aussi considérable que celle de Paris, toutes choses étant égales d'ailleurs, la mortalité par le choléra serait de 5700.

Sur le décollement expérimental de la rétine. Note de M. *Boucheron*. — L'auteur a suivi l'exemple de M. le professeur Cornil, qui, pour reproduire les lésions épithéliales des muqueuses aériennes, employa la cantharidine à l'intérieur, de façon à la faire arriver à la muqueuse de dedans en dehors, à la manière des agents morbides spontanément produits par l'organisme. Pour l'œil, la difficulté était de faire arriver la cantharidine à la choroïde et à la rétine, sans agir directement ni sur l'épithélium choroïdien, ni sur la rétine, ni sur le corps vitré, pour ne point modifier mécaniquement les rapports normaux de ces membranes. L'auteur est arrivé à ce résultat en faisant, chez le lapin, une injection de plusieurs gouttes de cantharidate de soude ou de potasse au centième, dans l'espace qui sépare la sclérotique de la choroïde (espace extrachoroïdien de la *lamina fusca*). Par l'examen ophthalmoscopique immédiat, on vérifie qu'il n'y avait pas de traumatisme des membranes choroïde et rétine. Voici le résultat de l'expérience :

Quarante-huit heures après l'expérience, les yeux étaient déjà devenus mous comme chez l'homme, dans le décollement rétinien ancien. Les yeux ont été énucléés après huit, vingt-quatre, quarante-huit heures, et durcis dans le liquide de Muller, la gomme et l'alcool; les coupes microscopiques ont été colorées par le picrocarminate, l'hématoxyline et les couleurs d'aniline. On a trouvé, quarante-huit heures après l'injection du cantharidate, un

décollement rétinien très net, mesurant plusieurs millimètres carrés de surface (6 à 8 millimètres), et de 1 à 2 ou 3 millimètres de hauteur. Un exsudat fibrineux coagulé soulevait la rétine, la séparant de la choroïde, tantôt au niveau de l'épithélium choroïdien, tantôt en laissant les cônes et les bâtonnets adhérents à l'épithélium choroïdien. Ces deux modes de séparation s'observent aussi dans le décollement spontané chez l'homme.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° L'œuf vivant peut recevoir deux, trois, quatre gouttes de liquide en supplément de son contenu normal par extension des membranes d'enveloppe. 2° La rétine peut être décollée d'avec la choroïde par un exsudat séro-fibrineux liquide provenant de la choroïde sans qu'une lésion préalable du vitréum ait été produite. 3° Un décollement de l'hyaloïde d'avec la rétine peut être produit par l'exsudat provenant de la choroïde, après que cet exsudat a traversé la rétine. 4° L'exsudat qui se fait au niveau des procès ciliaires et de la zone ciliaire, ne rencontrant pas la rétine (qui fait défaut en ce point), tombe dans le vitréum, s'y coagule, et forme des corps flottants blanchâtres, visibles à l'ophthalmoscope. 5° L'exsudat choroïdien qui traverse la rétine peut pénétrer aussi dans le vitréum et s'y coaguler, en formant également des corps flottants visibles à l'ophthalmoscope.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

La séance publique annuelle pour la proclamation des résultats des concours des prix de 1882 avait attiré une assez nombreuse assistance, qui a accueilli par ses applaudissements le Rapport général de M. *Proust*, secrétaire annuel. L'orateur commence par analyser les principaux mémoires couronnés, puis il fait l'éloge de ses collègues décédés depuis un an, MM. Pidoux, Voillez, Hillairet, Davaine, Depaul, Cloquet, Parrot et Lasègue et souhaite la bienvenue aux académiciens nouvellement élus, MM. Mesnet, Mathias Duval, Bucquoy, Gariel, Gustave Bouchardat, Féréol, Potain, Lunier, Ball, Lannelongue, de Quatrefages et Vidal. Il félicite enfin MM. Richet et Charcot de leur nomination à l'Institut, nomination ayant le mérite, dit-il, de consacrer ce principe, qui compte la chirurgie et la médecine au nombre des sciences dignes d'y être représentées.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1882.

Prix de l'Académie. — Question proposée : De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes. — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un mémoire a concouru, il avait pour épigraphe : *Est quàdam prodire tenùs, si non datur ultrà.*

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Hippolyte Martin, chef du laboratoire de la clinique des maladies des enfants.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question proposée : Le système lymphatique au point de vue pathologique. — Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 avec cette épigraphe : *Eurêka*.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question proposée : Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice. — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à MM. L. Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et G. Ballet, chef de clinique à la même Faculté, auteurs du mémoire n° 2, portant pour épigraphe : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.*

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question proposée : Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques. — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Eustache, de Lille (Nord), autour du mémoire inscrit sous le n° 1 avec cette épigraphe : *Ars tota in observationibus.*

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix était de la valeur de 4000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Willems, médecin principal de l'hôpital civil à Hassolt (Belgique) pour ses travaux sur l'inoculation de la pleuropneumonie, inscrits sous le n° 3.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1500 francs. Treize mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : 1° M. Leloir, docteur en médecine à Paris, pour ses Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, portant le n° 10; 2° MM. Feltz et E. Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, pour leur travail sur l'urémie expérimentale, inscrit sous le n° 1.

Elle accorde des mentions honorables à : M. le docteur A. Borius, pour son ouvrage sur les maladies du Sénégal, inscrit sous le n° 9; M. le docteur Gilbert Ballet, pour ses Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif, le rein sénile, etc., travail inscrit sous le n° 13.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. — Il était de la valeur de 2000 francs. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1000 francs à M. le docteur Duroziez, pour son mémoire sur la digitale, inscrit sous le n° 3; 2° 500 francs à M. le docteur Capmas, médecin de l'asile du Vésinet, auteur du mémoire n° 1; 3° 500 francs à M. le docteur Ch. Liégeois, médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges), pour son mémoire inscrit sous le n° 2, avec cette épigraphe : *En toute chose c'est sur le principe que tout homme doit porter une longue attention et un long examen*, etc., etc.

Prix fondé par Mme Ve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur ouvrage manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. Le prix ne devait pas être partagé; si aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs devait être reportée sur l'année suivante, et dans ce cas la somme de 3000 francs pouvait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie accorde une mention honorable à M. le docteur Gaucher (de Paris), pour ses travaux inscrits sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question proposée : De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc. — D'après les intentions du testateur, « la question devait » être envisagée au point de vue de la physiologie, de la patho- » logie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la » médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir » été absorbés? Dans quels organes séjournent-ils? A quelles » époques sont-ils éliminés et par quelles voies? quels troubles » amènent-ils dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les » lésions organiques qu'ils provoquent? Quelle est leur action sur » les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? » Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs » effets? Enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche » à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les » matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, » soit dans l'urine ou dans d'autres liquides excrétés, ainsi que » dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces » toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers » organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indi-

» quer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus pos-
» sible de les déceler.

» Des expériences nouvelles seront tentées sur les contrepoi-
» sons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans
» le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption,
» en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou
« beaucoup moins actifs. »—Ce prix était de la valeur de 4000 francs. Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il était de condition rigoureuse qu'ils eussent au moins deux ans de publication. — La valeur de ce prix était de 3000 francs. Quatre ouvrages ont concouru.

L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° 1000 francs à M. le docteur Sanné, pour son *Traité de la diphthérie*, inscrit sous le n° 1; 2° 1000 francs à M. le docteur Alfred Poulet, pour son *Traité des corps étrangers en chirurgie*, inscrit sous le n° 3; 3° 1000 francs à M. le docteur Paul Latteux, pour son *Manuel de technique microscopique*, portant le n° 4.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question proposée : Des vertiges avec délire. —Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Un seul mémoire a concouru, portant pour épigraphe : *Ignotis nulla sollicitudo*.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Garnier (Paul), inspecteur des asiles d'aliénés du département de la Seine.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une
» somme de 1500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille
» somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura pro-
» duit la tumeur thyréoïdienne à la suite de l'administration, aux
» animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à
» endémies goitreuses. Le prix ne sera donné que lorsque les expé-
» riences auront été répétées avec succès par la Commission aca-
» démique. »

Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité, ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense. — Treize mémoires et quatre-vingt-deux lettres de personnes croyant posséder des moyens de guérison du croup ont concouru.

Il n'y a pas eu lieu de décerner le prix. Mais l'Académie accorde un encouragement de 500 francs à M. Leloir, docteur en médecine à Paris, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau*, inscrit sous le n° 1.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question proposée : Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Douze mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : M. le docteur Aubert, médecin-major de 2° classe au 28e régiment d'infanterie, auteur du mémoire n° 2, portant pour épigraphe : *Omnia sapienter age;* M. le docteur Bec (Léon), médecin à Mézel (Basses-Alpes), auteur du mémoire n° 12, avec cette épigraphe : *Vitio parentum rara juventus*.

Elle accorde en outre : 1° *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Caradec fils, de Brest (Finistère); Coutaret, chirurgien en chef de l'hôpital de Roanne.

2° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Deligny (Lucien), de Toul (Meurthe-et-Moselle); John Lemoine; Gauché, de Bayonne (Basses-Pyrénées).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1881 :

1° *Médaille d'or à* M. le docteur Paris, de Versailles, pour son Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département de Seine-et-Oise en 1881.

2° *Rappels de médaille d'or à :* MM. les docteurs Lecadre, du Havre; Pilat, de Lille.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bédoin, médecin-major de 2e classe, du service des hôpitaux militaires; Coustan, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Constantine; Eude, médecin-major de 2e classe au 10e bataillon de chasseurs à pied, à Saint-Dié (Vosges); Feuvrier, médecin-major de 2e classe; Grollemund, de Saint-Dié; Guibert; Houzel, de Montreuil-sur-Mer; Lallemand, de Dieppe; Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges); Villard, de Guéret.

4° *Rappels de médaille d'argent à :* MM. les docteurs Daniel, de Brest; Manouvriez, de Valenciennes; Mauricet, de Vannes; Mignot, de Chantelle; Pennetier, de Rouen; Perroud, de Lyon; Regnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna (Algérie).

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 2e classe au 28e de ligne; Bousseau, de Liré; Brodier, de Bazancourt (Marne); Fichot, de Nevers; Fouilhoux, juge de paix à Clermont-Ferrand; M. Gebhart, pharmacien à Épinal; MM. les docteurs Gils, médecin-major de 2e classe; Granier, médecin aide-major au 38e régiment d'infanterie, à Bizerte (Tunisie); Lebastard, médecin aide-major de 2e classe; Mottard, de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie); Pommay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad.

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pour l'année 1880 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Tillot, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Allaire, à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales); Bourgarel, à Pierrefonds (Oise); Philbert, à Brides (Savoie).

3° *Rappels de médaille d'argent à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Billout, à Saint-Gervais (Savoie); Boissier, à Lamalou (Hérault).

4° *Médailles de bronze à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Bonnans, à Ussat (Ariège); Gubian, à Lamotte (Isère); Jual, à Mont-Dore (Puy-de-Dôme); Merle, à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire); Romieu, à Digne (Basses-Alpes); Rouch, à Euzet (Gard).

5° *Rappels de médaille de bronze à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Bloch, à Andabre (Aveyron); Planche, à Balaruc (Hérault).

Prix et médailles accordés a MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1881. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs à partager entre :* MM. les docteurs Longet, médecin-major de 1re classe au 32e régiment d'artillerie, à Orléans (Loiret); Mazaé-Azéma, de l'île de la Réunion; Petit (René), médecin de colonisation à Zemmorah (département d'Oran), Algérie.

Rappel d'un prix de 500 francs. — Obtenu en 1880 par M. le docteur Weill (Jacob), médecin-major de 1re classe au 8e régiment d'artillerie.

2° *Des médailles d'or à :* M. le docteur Artance, à Clermont-Ferrand; Mme Bauduin (Rose), sage-femme, à Vannes (Morbihan); M. Chambon, à Paris; M. le docteur Sourris (Joseph), aide-major de 1re classe au 9e régiment de chasseurs, à Béziers (Hérault).

Cent médailles d'argent ont été accordées aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie :

Mmes Alvergne, Auclair, MM. Augé, Baley, Mme Barbare, M. Bardy, Mme Barra, M. Barriod, Mme Bastien, M. Beaupoil, Mmes Beccat, Bellehache, MM. Benoist, Benoit, Bergerat, Besnier (Jules), Mme Beulins, MM. Bois, Bordes-Pagès, Bosq, Mme Bouland, MM. Boulet, Bricard, Mmes Brunel, Cabouat, M. E. Carpentier-Méricourt fils, Mme Caumel, M. Chambaud, Mme Champion, M. Charcot, Mme Cherlon, MM. Coillot, Cougit, Mme Crétenet, MM. Dagand, Debrieu, Mme Derud,

Mlle Desaint, Mme Dinant, MM. Dubreuilh, Dugat, Duhail, Mmes Faure, Ferrier, M. Feyge, Mme Finqueneisel, MM. Fuzet-du-Poujet, Gascon, Gerbier, Mme Goalard, MM. Granier, Grinda, Mme Guesnier, M. Guichot, Mmes Guimard, Haran, M. Jeanbernat, Mme Laborde, MM. Lagarde, Lartigues, Mme Leblond, M. Leboucq, Mlle Leclerc, M. Lecoq, Mme Lecorre, MM. Lécuyer, Léonardi, Lesenne, De Lignerolles, Mme Luro, MM. Maheut, Maritoux, Mergaut, Mey, Mlle Morin, M. Mourson, Mlle Naizin, MM. Nègre (Jean) père, Parisot, Petiteau, De Piétra-Santa, Mme Poilpré, M. Pourquier, Mme Rastoy, M. Richard, Mme Rigauld, Mlle Rozé, M. Romieu, Mme Rutard, M. Sclafer, Mmes Sire et sa fille, Mme Soffray, MM. Souleyre, Tarrade, Taquoy, Thorrens (Henri), Mme Torné, M. Tramoni, Mmes Uzols, Vigneron-Struf.

(Nous publierons dans le prochain numéro la liste des prix proposés pour l'année 1884.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1883.—PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Des angines de poitrine : M. Huchard. — Du rejet des liquides par la plaie trachéale après la trachéotomie (M. Lalesque) : M. Millard. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire : M. Rendu. — Pleurésie hémorrhagique : M. R. Moutard-Martin. — Mutations dans les services des hôpitaux.

M. *Millard* annonce en termes émus à la Société la mort de l'un de ses membres le docteur Georges Homolle.

— M. *Huchard* dépose sur le bureau son travail, publié dans la *Revue de médecine*, sur les *angines de poitrine*. (Voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique.)

— M. *Millard* offre à la Société, au nom de M. le docteur Lalesque, une brochure intitulée: *Du rejet des liquides par la plaie trachéale après la trachéotomie*. Ce rejet fut observé au neuvième jour après l'opération, chez un jeune enfant, par M. Lalesque ; l'alimentation fut alors uniquement pratiquée pendant dix jours au moyen de lavements alimentaires : un premier lavement évacuateur était administré le matin, puis quatre lavements nutritifs, renfermant chacun quatre cuillerées de peptone (soit seize cuillerées, correspondant à 350 grammes de viande), étaient donnés ensuite dans le courant de la journée. La plaie trachéale put ainsi se cicatriser et l'enfant guérit entièrement.

— M. *Rendu* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme de dix-neuf ans, atteint de rétrécissement pulmonaire, et qui était entré à l'hôpital Tenon, au mois d'août dernier. Il était grand, bien conformé, mais d'une pâleur extrême, et se plaignait de ne pouvoir marcher ou courir rapidement, ni monter un escalier sans être aussitôt pris d'essoufflement. Ces symptômes dataient de sa première enfance, et il affirmait n'avoir jamais eu de rhumatisme articulaire, ni aucune des maladies au cours desquelles on est autorisé à admettre le développement d'une endocardite. Depuis une dizaine de jours, il souffrait de palpitations, d'oppression et de toux ; il présentait à première vue l'aspect d'un cardiaque aortique. L'auscultation révéla un souffle de la base du cœur très rude et offrant tous les caractères d'un souffle de rétrécissement ; mais il semblait tout d'abord moins facile de déterminer le temps de la révolution cardiaque auquel il se produisait. On percevait, en effet, au moment de la systole, le claquement net des valvules auriculo-ventriculaires, puis le souffle commençait pendant le petit silence, couvrait la diastole et se prolongeait même un peu dans le grand silence ; il s'accompagnait d'un frémissement cataire marqué, dont le maximum, ainsi que celui du souffle, siégeait au niveau du deuxième espace intercostal gauche. La pointe du cœur battait dans le cinquième espace en dedans de la ligne mamelonnaire.

Le pouls était petit, serré, régulier. L'ensemble de ces symptômes laissait peu de doutes sur l'existence d'une coarctation de l'artère pulmonaire. — Pendant le mois d'août, sous l'influence du repos et du régime lacté, le malade éprouva une notable amélioration ; on constata cependant à diverses reprises un peu d'albuminurie et de polyurie nocturne. En septembre, à la suite d'un refroidissement, il présenta des symptômes typhoïdiques qui firent croire à une dothiénentérie ; mais bientôt l'apparition du sang dans l'urine mit sur la voie d'une néphrite aiguë, à laquelle le malade succomba, au mois de novembre. — A l'autopsie on trouva un cœur volumineux par suite de l'hypertrophie énorme du cœur droit dont les parois ventriculaires avaient 3 centimètres d'épaisseur ; le cœur gauche était au contraire petit et comme appendu au cœur droit. L'artère pulmonaire présentait un rétrécissement considérable dû à la soudure de ses valvules sygmoïdes formant une sorte de dôme, convexe du côté de l'artère, et offrant à son sommet un petit pertuis de 2 1/2 millimètres, surmonté d'une volumineuse végétation fibrineuse ; au-dessus du rétrécissement, l'artère pulmonaire dilatée était le siège d'une endartérite végétante manifeste. La valvule tricuspide est normale ; le cœur gauche est sain ; il n'existe aucune communication entre les deux cœurs. Il s'agit donc bien d'un rétrécissement acquis, datant de l'enfance ; mais on a peine à comprendre comment une telle lésion a permis une survie aussi longue, et comment il était possible au faible pertuis de l'artère pulmonaire de laisser passer, en un temps donné, autant de sang que l'aorte en débitait pendant le même temps. Il est d'ailleurs remarquable de voir que, chez cet individu, tout le système aortique présente un calibre bien inférieur à la normale. M. Rendu fait encore remarquer l'absence de tout infarctus pulmonaire, en dépit de l'endartérite végétante, et aussi l'absence de lésion tuberculeuse des poumons.

— M. *Robert Moutard-Martin* communique une observation de *pleurésie hémorrhagique ponctionnée et guérie, chez un homme de soixante-quatorze ans*. Ce vieillard, lors de son entrée à l'hôpital Necker, présentait l'aspect d'un cardiaque ; il offrait un pouls irrégulier et se plaignait d'une dyspnée et d'un étouffement ayant débuté environ un mois auparavant. A l'examen, on constatait un athérome artériel très accentué, des battements cardiaques inégaux, irréguliers, sans souffle ni dédoublement, en un mot de l'arythmie. L'exploration de la poitrine révélait de la congestion pulmonaire du côté gauche; du côté droit, une matité complète remontant en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate, du silence respiratoire sans souffle, et, à la fin seulement des grandes inspirations, quelques petits râles lointains : il n'y avait pas d'égophonie, et les vibrations thoraciques étaient seulement diminuées. M. Grancher, appelé à examiner le malade, en vue de l'analogie des symptômes observés avec ceux qu'il a récemment décrits comme accompagnant la spléno-pneumonie, confirma le diagnostic de pleurésie établi par M. R. Moutard-Martin. Une ponction fut pratiquée et donna issue à 2000 grammes d'un liquide fortement sanguinolent qui, le lendemain, était pris en gelée dans presque toute sa hauteur. M. R. Moutard-Martin crut devoir rapporter le caractère hémorrhagique de l'épanchement à la congestion pulmonaire sous-jacente et peut-être aussi à l'athérome généralisé, ces deux causes ayant amené une vascularisation plus riche des néomembranes de la pachypleurite et faciliter la rupture de quelques petits vaisseaux ; il admit une *pleurésie hémorrhagique simple* et porta un pronostic favorable. Rien, en effet, bien que le malade fût pâle et affaibli, n'autorisait à soupçonner une pleurésie hémorrhagique symptomatique de tubercules ou de cancer. La marche de l'affection vint confirmer cette manière de voir : un souffle manifeste se montra après la ponction, dans la région axillaire, puis disparut au bout de quarante-huit heures, et les symptômes physiques restèrent tels qu'ils avaient été constatés lors de l'entrée du malade à l'hôpital ;

il n'y avait, d'ailleurs, aucun mouvement fébrile. Trois ponctions exploratrices, avec la seringue de Pravaz, démontrèrent l'absence de tout épanchement liquide nouveau, et bientôt le murmure respiratoire reparut progressivement dans toute la hauteur du poumon. Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri. — M. R. Moutard-Martin avait constaté chez ce malade un foie énorme présentant, dans la région épigastrique, une sorte de bosselure molle, donnant la sensation de fausse fluctuation; après examen plus approfondi, il diagnostiqua un foie congestionné et volumineux, au-devant duquel se trouvait, soit un lipome, soit une petite hernie épiploïque. M. Henriet examina également cette tumeur et songea à un kyste hydatique; mais la ponction exploratrice ne fournit aucune trace de liquide. — M. R. Moutard-Martin insiste sur l'intérêt que présente cette observation, par suite de la nature hémorrhagique de l'épanchement chez un homme de cet âge, d'aspect légèrement cachectique, mise en regard de la bénignité de l'affection dont la guérison a pu être obtenue après une seule ponction. Il signale encore plusieurs observations de pachypleurite hémorrhagique publiées par divers auteurs depuis sa thèse inaugurale sur le sujet.

MM. *Bucquoy et Dieulafoy* auront à faire à la Société des communications sur cette intéressante question. Ils proposent de l'inscrire à l'ordre du jour des prochaines séances. — Cette proposition est adoptée.

Mutations dans les services des hôpitaux. — Par suite de la création de nouvelles places de médecin titulaire et de la vacance de quelques services, les mutations suivantes ont été opérées: M. Blachez passe aux Enfants-Assistés; M. Ollivier aux Enfants-Malades; M. Lancereaux à Saint-Louis ; M. Gouraud à la Pitié; M. Dujardin-Beaumetz à Cochin; M. Gérin-Rose à Lariboisière; M. Labadie-Lagrave à la Maternité ; MM. Tenneson et Landrieux à Saint-Antoine ; M. Rendu à Necker; M. Huchard à Bichat; MM. Troisier, Lacombe, Hanot, Du Castel, et Dreyfus-Brisac à Tenon; M. Joffroy à Bicêtre; M. Debove aux Tournelles; et M. R. Moutard-Martin à Sainte-Périne.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Genu valgum; ostéoclasie et ostéotomie. — Présentation d'un malade; suture osseuse de la rotule. — Présentation d'un instrument. — Insertion vicieuse d'un placenta bilobé.

M. *Gillette* présente un malade opéré à l'hôpital Tenon d'un genu valgum par l'ostéoclasie. Les genoux étant rapprochés, il y avait 15 centimètres d'écart entre les malléoles internes. Le malade a dix-huit ans; le genu valgum n'existait qu'à gauche. L'ostéoclasie fut pratiquée le 19 mai avec l'appareil de Collin; il en résulta une fracture immédiatement au-dessus des condyles; la force employée fut de 150 kilogrammes. Aujourd'hui le membre est redressé; le malade marche bien, et le cal n'est pas apparent.

M. *Polaillon* lit un rapport sur un mémoire de M. Dubourg (de Bordeaux) et relatif à quatre observations d'*ostéotomie*. L'opération fut pratiquée deux fois pour le genu valgum, une fois pour une courbure rachitique du tibia, et une fois pour une ankylose du genou. Voici le résumé de ces observations :

1° Enfant de quatre ans; genu valgum double; ostéotomie des deux fémurs au moyen d'un ciseau et d'un maillet; pansement de Lister; guérison.

2° Ostéotomie linéaire du fémur pour genu valgum gauche, avec paralysie infantile du même côté; guérison.

Ce n'est pas à l'ostéotomie que M. Polaillon se serait adressé; il eût préféré l'ostéoclasie, qui produit une fracture sous-cutanée. Sur 59 ostéotomies pour genu valgum, il y a 4 cas de mort. L'ostéoclasie n'a pas donné de désastres. Chez les adultes seulement, il y aurait peut-être lieu de faire l'ostéotomie.

3° Incurvation rachitique du tibia; ostéotomie linéaire; guérison. L'opéré avait vingt-huit mois! Il marchait péniblement, la jambe déviée en dehors; 9 centimètres d'écart entre les deux malléoles. Ostéotomie linéaire ; pansement de Lister ; appareil silicaté. M. Polaillon blâme cette opération comme prématurée, inutile et grave.

4° Ankylose osseuse du genou à angle droit, suite de résection après laquelle le membre n'avait pas été redressé. Ostéotomie angulaire; on enlève un coin de tissu osseux; le membre est redressé et immobilisé; guérison.

M. *Reclus* a fait 9 ostéoclasies à l'hôpital Trousseau ; 9 guérisons : 3 pour genu valgum, 6 pour déformations rachitiques, chez des enfants de trois à sept ans. Dans un cas, le redressement du membre ne put être effectué sans section du tendon d'Achille, à cause de la rétraction du triceps sural ; pas d'accidents. M. Bœckel dit qu'il vaut mieux faire l'ostéoclasie manuelle, et que, si elle échoue, l'appareil Collin échouera. L'ostéoclasie manuelle avait échoué dans les 9 cas, tandis que l'appareil Collin a réussi, quelque court que fût le bras du levier. Les chirurgiens n'ont pas le droit de faire l'ostéotomie sur les enfants quand l'ostéoclasie réussit si bien.

M. *Gillette.* On ne doit jamais faire l'ostéotomie chez les enfants, et pour l'ostéoclasie il faut attendre que l'enfant ait dix à douze ans.

M. *Verneuil* n'est pas hostile à l'ostéotomie; mais, pour la cure du genu valgum et du rachitisme, il préfère l'ostéoclasie. Il a fait en juillet dernier l'ostéoclasie du fémur sur un adolescent; guérison avec conservation absolue des mouvements du genou.

Depuis que M. Bœckel a jugé l'appareil de Collin, cet appareil a été très amélioré; il donne maintenant une précision et une innocuité remarquables. Même quand la courbure est très près du genou, on peut encore employer l'appareil.

M. Verneuil avait dans son service un homme atteint de tumeur blanche du genou consolidée à angle droit. Quinze ans plus tard, ce malade fit une chute et se fractura la jambe au-dessous du genou; M. Verneuil en profita pour redresser le membre. De sorte que, si l'on avait à traiter une ankylose du genou avec position vicieuse de la jambe, on pourrait casser le fémur au-dessus du genou, ou le tibia au-dessous, pour redresser la jambe.

M. *Berger* présente des photographies par M. Beauregard (du Havre); ces photographies représentent des enfants qui ont subi l'ostéotomie pour des courbures rachitiques des os.

L'ostéoclasie est la méthode de choix, chez les jeunes enfants, pour des courbures rachitiques. M. Berger a vu une petite fille qui avait subi l'ostéoclasie manuelle, et on n'avait pu obtenir la consolidation par aucun moyen; cette enfant, qui avait sept ou huit ans, a conservé une jambe de polichinelle; il s'agissait d'une courbure rachitique.

M. *Terrillon* a fait en 1878 et en 1879 des ostéoclasies pour redresser des courbures rachitiques du tibia; les malades ont très bien guéri par l'ostéoclasie manuelle.

M. *Després* trouve absurde et antichirurgical de faire l'ostéoclasie pour des courbures rachitiques chez les jeunes enfants; le régime et le traitement par les appareils suffisent.

M. *Reclus.* L'éburnation rachitique maintient la courbure malgré l'hygiène, le traitement par les appareils et les bains de mer.

M. *Lucas-Championnière* espère qu'on arrivera à faire l'ostéotomie sans plus de risques que l'ostéoclasie.

M. *Trélat.* Dans la discussion, nous parlons de choses différentes qui demanderaient à être traitées séparément. C'est à l'aide d'observations qu'on établira définitivement, non pas la supériorité de l'ostéoclasie sur l'ostéotomie, mais les cas qui doivent être traités par l'une ou par l'autre opération.

M. *Polaillon.* L'ostéoclasie est l'opération de choix quand il s'agit de redresser le genu valgum chez les enfants; chez les adultes, l'ostéotomie peut devenir l'opération de choix.

— M. *Pozzi* présente l'aliéné chez lequel il a fait la suture osseuse pour une fracture transversale de la rotule; le cal osseux s'était rompu sans grand écartement sous les efforts de mobilisation du genou. La consolidation définitive s'est faite par un cal fibreux qui n'a que 1 centimètre de largeur; le malade marche bien.

— M. *de Saint-Germain* présente un instrument pour faire l'ostéotomie chez les enfants quand l'éburnation de l'os est complète; il fait l'ostéotomie cunéiforme. L'instrument se compose de deux mors coupant à l'emporte-pièce comme un bec de perroquet; le coin enlevé est parfait, et l'os n'est pas écrasé. Cet instrument n'a été essayé que sur le cadavre.

— M. *Verrier* lit une observation d'insertion vicieuse d'un placenta bilobé.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Caféine (M. Leblond); trinitrine (M. Marieux); traitement des angines de poitrine, et nitrite de sodium : M. Huchard. — Acidité du jus de viande crue : M. Brame.

M. *Huchard* fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Leblond, d'une thèse sur les *propriétés physiologiques et thérapeutiques de la caféine.* Il rappelle que des expériences multiples ont été instituées par M. Leblond, avec le concours de MM. Laborde et François-Franck, et qu'elles ont permis de reconnaître qu'à dose physiologique la caféine est un excitant du système nerveux et musculaire; qu'elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des battements cardiaques et la pression sanguine par constriction vaso-motrice; qu'elle fait tomber la température périphérique, produit la diurèse et n'influe en rien sur la formation et l'excrétion de l'urée. Il a d'ailleurs signalé lui-même, dans une précédente communication, les bons effets obtenus de la caféine, comme diurétique et tonique du cœur, chez certains malades auxquels la digitale et le muguet avaient été administrés sans résultat satisfaisant. La caféine doit être prescrite à forte dose, et l'on doit arriver progressivement, mais rapidement, à 2 et 3 grammes. M. Huchard pense que le professeur Peter a confondu le café avec la caféine lorsqu'il a écrit, dans son *Traité des affections cardiaques*, qu'il convient de la prescrire lors de ralentissement des battements du cœur : c'est le café qui est indiqué dans ces cas, et non la caféine, qui n'a pas la même action accélératrice. Elle peut être encore très utile dans les formes adynamiques et cardioplégiques de la fièvre typhoïde, et peut alors s'administrer en injections hypodermiques comme succédané des injections d'éther. Quant à son pouvoir antithermique dans les pyrexies, il reste jusqu'ici très douteux.

M. *Huchard* dépose également sur le bureau de la Société la thèse de M. Marieux, intitulée : *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine*, et dont les conclusions sont confirmatives de celles que lui-même a fait connaître dans la séance du 11 avril dernier.

Enfin M. *Huchard* offre à la Société son mémoire sur *les angines de poitrine*, publié dans la *Revue de médecine.* Il a divisé les angines de poitrine en *vraies* et *fausses*, et a acquis la conviction, par suite de ses recherches cliniques et bibliographiques sur le sujet, que les angines vraies, celles *dont on meurt*, sont le résultat de l'ischémie cardiaque par rétrécissement ou oblitération des artères coronaires. Il a pu recueillir une observation de ce genre très démonstrative :

Un homme d'une trentaine d'années entra dans son service avec des symptômes vagues d'embarras gastrique, bientôt accompagnés d'une douleur rétro-sternale et de signes assez nets d'angine de poitrine. L'auscultation minutieuse du cœur et de l'aorte ne révéla aucun bruit morbide appréciable. Le lendemain, le malade descendit dans le jardin de l'hôpital, joua avec ses camarades, fuma des cigarettes et remonta les trois étages conduisant à la salle où se trouvait son lit; mais il fut pris, dans l'escalier, d'une poignante douleur à la région précordiale, parvint à grand'peine, après plusieurs temps d'arrêt, jusqu'à son lit, et mourut quelques minutes après. L'autopsie révéla l'intégrité parfaite des nerfs cardiaques, mais l'existence incontestable d'une aortite oblitérante qui avait obturé complètement l'une des coronaires et réduit l'autre au calibre d'une soie de porc.

Dans la littérature médicale, M. Huchard a trouvé quarante observations probantes d'angine de poitrine mortelle, dans lesquelles sont notés le rétrécissement ou l'oblitération des coronaires; il n'en existe, par contre, que cinq ou six en faveur de la névrite cardiaque, et encore faut-il remarquer que, dans presque toutes, les artères coronaires offraient des lésions plus ou moins graves. La notion pathogénique est de la plus haute importance au point de vue du traitement de l'angine de poitrine; en effet, dans les fausses angines, qu'elles soient réflexes, diathésiques, toxiques, etc., le traitement est celui de la cause qui les a engendrées. Les angines vraies comportent un traitement préventif et un traitement curatif. Ce dernier peut être, à coup sûr, réalisé par les injections de morphine qui ont fourni quelques succès; mais on n'a pas toujours une seringue de Pravaz sous la main, il faut un certain temps pour faire l'injection et pour qu'elle agisse, or la maladie ne permet que rarement d'attendre. Aussi le meilleur médicament est-il le nitrite d'amyle, que le malade portera constamment sur lui, dans un petit tube en verre mince, qu'il brisera dans son mouchoir au moment de l'accès. A la dose de 4 à 10 gouttes en inhalations, le nitrite d'amyle a une action énergique et rapide; c'est, dans un cas pareil, une ressource précieuse. C'est en vue du traitement préventif que M. Huchard a expérimenté la trinitrine, dont l'action est moins rapide et moins fugace que celle du nitrite d'amyle; il en a obtenu de bons résultats, mais ce médicament présente un certain nombre d'inconvénients, bien qu'il soit moins dangereux qu'on ne le pense généralement; aussi lui a-t-il substitué l'iodure de potassium et surtout l'iodure de sodium, en vue d'agir sur les lésions artérielles elles-mêmes : ce traitement offre des avantages réels s'il est continué pendant longtemps.

Enfin M. Huchard a expérimenté, sur les animaux, un médicament dont on s'occupe beaucoup en ce moment en Angleterre, le nitrite de sodium. Les médecins anglais le prescrivent sous cette formule : Eau distillée, 340 grammes; nitrite de sodium, 14 grammes. — Une à deux cuillerées à café par jour.

M. Huchard, avant de l'employer chez l'homme, a recherché, avec le concours de M. Eloy, son pouvoir toxique chez les animaux, et il a reconnu que les cobayes et les lapins succombent rapidement après l'injection d'une dose assez faible de ce médicament. Tous les animaux sont morts avec des symptômes d'asphyxie après une période dyspnéique très caractérisée; le sang présente constamment, après la mort, une coloration rouge-brunâtre assez spéciale, sans altération des globules. L'examen spectroscopique, pratiqué par

M. Hénocque, a révélé les bandes propres de la méthémoglobine; la dyspnée et l'asphyxie sont donc dues à ce que les globules du sang ne peuvent plus fixer l'oxygène de l'air. M. Huchard conclut au pouvoir toxique énergique du nitrite de sodium, et déclare qu'il n'oserait l'employer chez l'homme qu'à des doses extrêmement faibles.

M. *C. Paul* rappelle, à propos des propriétés diurétiques de la caféine, que le convallaria n'a jamais déterminé la polyurie, contrairement aux assertions du professeur Sée; il agit comme tonique du cœur, mais ne peut être regardé comme un succédané de la digitale.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé l'action diurétique de la caféine chez les cardiaques atteints d'hydropisie; il faut, du reste, que le rein soit sain et que l'urine ne soit pas albumineuse pour que la polyurie se produise. Le meilleur diurétique est à coup sûr la digitale; la caféine ne vient qu'en seconde ligne. Lorsqu'on l'administre à haute dose, il ne faut pas la prescrire en poudre, car elle détermine alors une irritation de la muqueuse gastrique, qui se traduit par de vives douleurs.

M. *Moutard-Martin* a vu des cardiaques, atteints d'albuminurie, avoir une abondante diurèse après l'ingestion des préparations de digitale.

M. *H. Gueneau de Mussy*. Il s'agit dans des cas semblables d'une simple congestion rénale, sans lésions du parenchyme, et la diurèse fait alors disparaître l'albuminurie.

M. *Gouguenheim* a obtenu la diurèse, chez les brightiques confirmés, avec les préparations de digitale.

M. *C. Paul* est d'avis que plus la lésion rénale consécutive à l'affection cardiaque est avancée, et moins les diurétiques produisent de résultats. S'il s'agit, au contraire, d'une hypertrophie cardiaque symptomatique de la néphrite scléreuse, la digitale amène très rapidement une polyurie abondante.

M. *Huchard* a noté deux fois l'action diurétique très évidente du convallaria; d'ailleurs il ne l'a plus jamais observée depuis.

— M. *Brame* a recherché avec le papier de tournesol l'acidité du jus de viande crue, et a reconnu qu'elle est égale à celle d'une solution d'acide chlorhydrique au trois-cent-millième. Il s'est également assuré que ce jus de viande renferme une proportion notable d'albumine soluble.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Inoculation expérimentale de la lèpre, par M. O. Danisch.

Les injections de liquides contenant le microbe caractéristique (sang, suc des tissus, etc.) ne donnent aucun résultat.

Par contre, lorsque l'on introduit dans la chambre antérieure du lapin des parcelles de tumeur récemment extirpée, on observe au bout de cinq semaines une lésion de l'iris, consistant en un réseau délicat de lignes blanchâtres partant de la parcelle introduite. Ces lignes se composent presque uniquement de bacilles, et leur abondance permet de conclure à la multiplication de l'agent pathogénique de la lèpre au sein de l'organisme.

Lorsque l'on introduit la parcelle sous la peau, elle se résorbe sans produire d'accidents. (*Virchow's Archiv*, t. XCII, p. 20.)

Des névroses motrices du cœur, par M. W. Winternitz.

L'auteur attire l'attention sur des cas qui, d'après lui, tiennent à une interférence troublée des nerfs accélérateurs et d'arrêt.

Chez beaucoup d'individus, on peut produire un arrêt du cœur ou du moins un ralentissement des battements en irritant mécaniquement le nerf vague (par une pression au bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, à la hauteur du corps thyroïde, ou par des coups secs des deux côtés de la colonne dorsale au moyen du bord cubital des deux mains).

Chez une femme de quarante et un ans, on observait depuis un an de la dyspnée paroxystique avec angoisse précordiale, vertiges, etc. Les crises duraient de deux à cinq minutes, le pouls battant 250 à 260 fois par minute, les veines du cou tuméfiées et animées d'une ondulation rythmique, la matité cardiaque s'étendant de tous les côtés, le sphygmographe indiquant un pouls monocrote, la matité hépatique s'abaissant d'un demi-centimètre.

L'auteur suppose qu'il s'agit d'un désordre d'innervation du cœur d'origine réflexe consécutif à une ovarite ancienne avec adhérence, désordre consistant en une alternative d'irritation et de faiblesse des vaisseaux accélérateurs. L'exagération de la matité est expliquée par les systoles rapides et nécessairement incomplètes, c'est ce qui explique encore la stase veineuse des jugulaires et l'augmentation de la matité du foie. La guérison suivit une grossesse.

Des désordres du même genre ont été constatés dans des cas d'intoxication par la nicotine avec excès sexuels. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, 7 et 8.)

De la pathologie des nerfs du cœur, par M. Uskow.

Travail du laboratoire de Recklinghausen. Les études ont porté sur l'état de l'appareil nerveux dans l'hypertrophie du cœur consécutive à l'emphysème, à la néphrite chronique, à l'artériosclérose généralisée. L'auteur a constaté des bosselures et des étranglements de la myéline, un amincissement ou même la disparition de la gaine, la dégénérescence graisseuse des faisceaux nerveux, la prolifération nucléaire de la gaine de Schwann. Tout ce processus est identique à celui que l'on constate après la section des nerfs.

Des examens comparatifs ont montré que la diminution des faisceaux à myéline et la prolifération nucléaire tenaient bien à l'hypertrophie musculaire. Il n'y a aucune relation apparente entre la dégénérescence graisseuse des muscles et celle des nerfs.

Quant à la tuméfaction bosselée de la myéline, qui s'accompagne toujours d'une multiplication des noyaux, Uskow la considère comme une névrite parenchymateuse aiguë. Comme cette lésion coïncidait avec une infection générale de l'organisme, il hasarde l'opinion très discutable qu'en pareil cas les dégénérescences déjà existantes des nerfs peuvent se transformer en inflammation parenchymateuse.

Les cellules nerveuses ne présentaient guère qu'un épaississement de la capsule, avec prolifération des noyaux. (*Virchow's Archiv*, t. XCXI, p. 453.)

Le microbe de la morve, par M. O. Israel.

Des granulations morveuses provenant d'un cheval mort ont fourni sur une culture de sérum de cheval deux formes différentes de microbes, dont la plus petite se trouva être indifférente, tandis que la plus volumineuse produisit chez le lapin une affection analogue à la morve, avec les ulcérations caractéristiques et les foyers pulmonaires.

Lorsque l'on essaya des cultures avec des sécrétions provenant de l'animal vivant, on n'obtint rien. Ce résultat inat-

tendu est fort mal expliqué par l'auteur. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 11.)

Wassilief, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cas non douteux de morve humaine, découvrit dans le sang quelques bactéries filiformes rappelant celles de la tuberculose. Pas d'expériences à l'appui. (*Deutsche med. Woch.*, 1883, n° 11.)

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la médecine, d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, par J. M. Guardia. — Paris, O. Doin, 1884; in-8. xvi-552 pages.

Si l'érudition, le charme du style, la vivacité imagée des récits, des aperçus philosophiques d'une haute portée, une indépendance absolue dans les appréciations suffisent pour qu'un livre trouve un accès facile près du public médical, on peut prédire un éclatant succès à celui de M. Guardia. Personne n'était mieux préparé par ses études et ses travaux à écrire une histoire de la médecine, populaire dans la bonne acception du mot; c'est-à-dire une histoire accessible à tous, dans laquelle la multiplicité des citations et des documents ne rende point la lecture fastidieuse dès le début. Le format et les caractères sont ceux d'un manuel ordinaire, cependant le livre est original au premier chef. M. Guardia aime peu les divisions didactiques, c'est un philosophe plus encore qu'un médecin ou un professeur. De l'antiquité à nos jours, il a eu deux choses en vue : la tradition et l'évolution. « La première est représentée par une série de médecins illustres qui se donnent la main et forment la chaîne. La seconde partie sert de complément et de commentaire à la première. En suivant les maîtres de l'art à travers les âges, il semble tout naturel de noter au passage les institutions et les mœurs. »

Cette méthode est irréprochable; l'étude de la tradition isolée est nécessairement abstraite; passer d'Hérophile à Ruysch, de Galien à Spallanzani sans tenir compte des milieux, juger tous les anatomistes ou tous les physiologistes avec le même criterium, c'est dépouiller l'histoire d'une partie de son attrait, c'est se condamner à n'avoir en vue que les doctrines ou les découvertes, à juger leurs auteurs d'une manière incomplète ou erronée. Il est aussi difficile de suivre simultanément les théories et les hommes, de tout noter, de tout dire. Dans les tableaux de cette nature, la multiplicité des personnages nuit au relief des principaux. On les voit sous une teinte uniformément grise et on ne conserve d'eux qu'un souvenir sans précision.

M. Guardia a su éviter ces écueils sans jamais perdre de vue son point de départ philosophique. Il sait faire revivre le médecin dont il va dépouiller l'œuvre; il a soin de montrer en peu de mots son époque, d'étudier ou plutôt d'indiquer les circonstances extrinsèques qui ont pu exercer une influence sérieuse sur le caractère de l'homme et sur ses travaux. Prenons Paracelse par exemple : il est difficile de trouver, dans toute l'histoire de la médecine, un hérésiarque plus franc, un réformateur plus hardi. Il se moque de la tradition, veut que toujours le dernier mot reste à l'étude de la nature; et pousse si loin les choses, qu'il enseigne dans une langue à peine formée, probablement pour n'avoir rien de commun avec les scolastiques.

Paracelse est bien l'homme du temps de Luther, l'Allemand de la Renaissance, demi-reître et demi-théologien, qui injurie ses adversaires, trouve parfois une idée neuve, écrit sur les sciences occultes, brave avec la même insouciance l'autorité séculière et l'autorité ecclésiastique et finalement devient comme ceux qu'il appelait ses *combibones optimi* un simple agneau devant un pot de vin.

Au moment où Paracelse commençait d'étudier, « les réformateurs apprenaient l'hébreu pour lire la Bible dans le texte original, les médecins se plongeaient dans le grec pour savoir au juste ce qu'avaient écrit les maîtres des Écoles de Cos, d'Alexandrie, de Rome et de Constantinople. C'est ainsi que la médecine, rompant avec la barbarie de la scolastique, fit alliance avec les lettres. Les traducteurs, commentateurs et interprètes des anciens, apprirent de leurs modèles à écrire et à penser. Ils se firent humanistes, critiques philologues, et la première condition à remplir pour entrer dans les écoles médicales, ce fut d'être lettré. »

On ne saurait peindre mieux et en moins de mots l'état des sciences médicales dans les premières années du seizième siècle. Ce retour vers l'antiquité eut des conséquences rapides et merveilleuses : « Cette connaissance profonde de la nature humaine sans laquelle l'art de traiter les maladies n'est qu'une routine vulgaire et un empirisme se dégagea de toutes les bandelettes qui l'emprisonnaient comme une momie. » Le danger était que la réalité dépassât le but, qu'on empruntât aux maîtres grecs jusqu'à leurs erreurs, qu'on crût avoir trouvé chez eux le terme ultime du progrès. Les médecins tombèrent dans ce travers; on changea de dogmes, mais le principe d'autorité resta debout et l'infaillibilité d'Averroës et d'Avicenne fut remplacée par l'infaillibilité d'Hippocrate et de Galien. « Il fallait réagir à toute force contre cette réaction insensée des conservateurs orthodoxes. Un homme eut ce courage, et avec une énergie, une persévérance, une patience qui n'excluaient pas la violence, il s'insurgea contre la tradition. Paracelse fut plus révolutionnaire que réformateur, pour avoir cédé aux passions d'un tempérament de feu. Son orgueil le rendit fou. Il aurait pu dire comme il le croyait : la médecine c'est moi. Plein de mépris pour ses contemporains, il n'estimait pas davantage le passé. Nommé professeur en médecine et en chirurgie à Bâle, en 1527, après dix ans de voyages en Orient et dans toute l'Europe, il inaugura ses leçons en brûlant, devant ses auditeurs émerveillés de tant d'audace, les écrits de Galien et d'Avicenne, comme dix ans auparavant Luther avait jeté au feu, sur la place de Wittemberg, les bulles du pape et les décrétales. La chaire du maître convenait peu à ce fougueux tribun, dont l'éloquence plébéienne remuait et entraînait la foule. Privé de son emploi, il suivit sa pente, vécut avec la populace et dans la familiarité des charlatans, des bohémiens, des magiciens; puis, reprenant sa vie vagabonde, il alla mourir dans un hospice de Salzburg à peine âgé de quarante-huit ans... »

Nous avons cité textuellement pour donner une idée de la manière de M. Guardia d'abord, ensuite parce qu'il est à peu près impossible d'analyser son livre. On ne peut rien retrancher à cette prose dans laquelle le mot propre est toujours à sa place, dont chaque phrase renferme une idée ou relate un fait. Vous lisez avec l'intention formelle de vous arrêter à la fin d'un chapitre et vous êtes tout surpris d'en avoir parcouru insensiblement plusieurs, tant l'auteur a su apporter de logique dans l'enchaînement des choses, tant il a mis de clarté dans l'exposition de doctrines arides par elles-mêmes.

Si M. Guardia force l'attention de son lecteur, s'il éveille chez lui un vif étonnement mêlé d'admiration, en revanche il ne le convainc pas toujours. L'application rigoureuse de sa méthode a des inconvénients. Dès le début, il a fait œuvre de juge et déclaré qu'il voulait nous conduire dans un musée et non dans une exposition de peinture; c'est entreprendre une redoutable tâche. En choisissant de la sorte les figures du premier plan, on s'expose à négliger des médecins ou des chirurgiens de valeur envers lesquels la postérité n'a pas toujours été juste. Guy de Chauliac, par exemple, est à peine étudié. On remonte rarement jusqu'à lui, mais quand on y remonte, on trouve presque toujours l'ébauche d'une opération ou d'un procédé crus longtemps modernes. Était-ce donc un simple empirique ou un compilateur sans originalité, celui qui au quatorzième siècle opérait la cataracte, enlevait les po-

lypes du pharynx, faisait l'opération césarienne et découvrait l'hémostasie par ligature ou par torsion? Sans doute, ni le travail de Guy, ni ceux de ses contemporains ne sont le dernier mot de l'art, mais est il bien juste de dire qu'à la Renaissance la chirurgie, tombée en quenouille, dut son émancipation aux Italiens, à Benivieni, à Jean de Vigo, à Bérenger de Carpi, qu'elle fut restaurée en Suisse par Fabrice de Nilden et Würtz? Et Brunschwick de Strasbourg, et Jean de Gersdorf? Il est probable que si l'on comparait le dernier même à Jean de Vigo, l'avantage serait en sa faveur.

Un autre reproche que l'on peut adresser au livre, c'est l'absence d'indications bibliographiques. L'auteur l'a prévu. « Notre but, dit-il, était uniquement de piquer l'attention sans la fatiguer, d'éveiller la curiosité sans la distraire par des renvois à des notes encombrantes. » Les lecteurs capables d'être distraits par la présence d'un chiffre dans le texte ne s'occupent guère des livres scientifiques. Nous ne saurions admettre « que les esprits curieux n'ont pas besoin de ce vaste appareil pour s'initier à la connaissance des sources ». L'indication bibliographique est l'accessoire indispensable d'un travail d'érudition et surtout d'histoire; quand l'auteur la néglige, il nous demande de jurer sur sa parole. M. Guardia, qui combat le dogmatisme sous toutes ses formes, ne saurait exiger pareille chose. Pourquoi nous obliger de chercher un peu au hasard les documents qu'il a eus entre les mains, à refaire un travail qu'il nous eût si facilement épargné?

Un dernier mot : Certains jugements semblent fondés sur une impression exclusivement sentimentale. L'auteur admire les audacieux, les novateurs, ceux qu'une imagination ardente guide ou entraîne. Il a sur Broussais des pages admirables, colorées, qui touchent à l'éloquence. « Jamais médecin n'avait écrit sur ce ton, dit-il, en parlant de l'*Examen de la doctrine généralement adoptée*. Ce volume est un pamphlet d'une force, d'une éloquence, d'une verve incomparables. Il eut un prodigieux retentissement. Jamais médecin n'avait écrit sur ce ton; jamais polémiste ne porta de tels coups à ses adversaires. Aucun pamphlet n'est animé de cette passion ardente, soutenue, implacable, ayant à son service une langue nette, vive, rapide et brillante comme l'éclair; l'indignation, l'ironie, le sarcasme, la vivacité et la hardiesse de l'expression donnent un singulier relief à la critique la plus juste, la plus opportune et la plus acerbe de ce maître dialecticien. » Il est impossible de mieux caractériser Broussais; mais les médecins de cette trempe contribuent-ils réellement au progrès de l'art? C'est douteux. Comme tous les audacieux, l'auteur de la médecine physiologique avait des oublis et passait à côté des faits. Son système mourut avant lui; pendant près de vingt ans on n'osa même plus parler de diète ni de saignée, tant ses adeptes en avaient abusé. Les gens de notre époque préfèrent à ce pamphlétaire de talent, — et pour mon compte je crois qu'ils ont raison, — un de ses adversaires sur lequel M. Guardia insiste à peine parce que ce fut avant tout un anatomo-pathologiste et un clinicien, Laennec.

La méthode de Laennec vivra probablement autant que la médecine; quoi qu'on en dise, il en fut le créateur; pour franchir *le pas* qui sépare la percussion de l'auscultation, il fallait un observateur de premier ordre, un homme de recherches patientes; ces qualités ne furent jamais celles des faiseurs de systèmes.

L. Thomas.

Index bibliographique.

De l'érythème polymorphe exsudatif, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). — Paris, 1883. Doin.

La maladie, désignée sous ce nom, que M. Fabre propose d'appeler maladie d'Hébra, constitue une entité morbide importante en nosologie cutanée. Les érythèmes dits papuleux, vésiculeux, bulleux, marginé, circiné, iris, etc., ne sont que des modalités ou des périodes différentes de la lésion qui la caractérise, l'érythème papuleux.

La maladie d'Hébra survient, en général, chez des personnes affaiblies, chez les dysménorrhéiques, parfois sans causes appréciables, surtout chez les femmes et les adolescents. Elle est peu ou point pyrétique.

Elle se caractérise par l'apparition de taches érythémateuses qui peuvent rester à l'état de papules ou se recouvrir de vésicules, de bulles, de pustules, de bulles affectant les formes les plus diverses. L'éruption se fait d'ordinaire par poussées successives; jamais confluente, elle affectionne surtout les extrémités. Elle dure d'une à six semaines. La guérison est la règle, sauf lorsqu'elle complique une maladie grave par elle-même, comme la fièvre typhoïde.

L'érythème noueux fébrile et ses complications, par le docteur Ed. Rondot. — Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils.

Dans cette brochure, l'auteur s'attache à démontrer que l'érythème noueux peut revêtir les allures d'une maladie générale fébrile indépendante du rhumatisme. La fièvre se présente avec des caractères variables, selon les cas; tantôt elle évolue rapidement, et peu après l'éruption disparaît, passant par des oscillations assez régulières; tantôt, au contraire, elle revêt le type continu et les tracés se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde.

Les manifestations douloureuses les plus fréquentes sont liées à l'apparition de plaques cutanées; les arthralgies et les douleurs tendineuses sont peut-être imputables à des poussées d'érythème du côté des synoviales. Parmi les complications, l'endocardite se place au premier rang; puis viennent la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, la péricardite et l'albuminurie. Enfin il semble que l'érythème peut envahir les muqueuses, telles que la conjonctive et la muqueuse intestinale.

VARIÉTÉS

PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Nous nous bornons aujourd'hui à reproduire la proposition de loi présentée à la Chambre des députés (séance du 6 novembre 1883) par MM. *Chevandier*, *Joubert*, *Bizarelli*, *Devade*, *Couturier*, *Bernard-Lavergne*, *de Mahy*, *Lombard*, *Forné*, *Bacquias* et *Chavanne* (Rhône), réservant pour un autre numéro l'examen de ce projet qui est précédé d'un long *exposé des motifs*. Ce document, qui nous a été adressé en épreuves du *Journal officiel*, mérite d'être examiné avec attention.

TITRE PREMIER. — Du personnel médical. Unification des titres.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de la République, s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, décerné par une Faculté de l'Etat et s'il ne l'a fait enregistrer à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile. Tous les ans, au mois de janvier, la liste officielle des médecins régulièrement enregistrés sera affichée par les soins du préfet, dans son département et dans les mêmes conditions de publicité que ses arrêtés.

Art. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) ainsi que les médecins et chirurgiens dûment autorisés continuent d'exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission. Les officiers de santé pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint pourront, s'ils comptent six années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat, pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur.

Art. 3. — Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent être autorisés à exercer leur art sur le territoire de la République, qu'après avoir subi, devant une Faculté de l'Etat, tous les examens pour le doctorat, présenté et soutenu une thèse,

et produit un certificat de bonnes vie et mœurs. La dispense de scolarité ne leur est accordée par le ministre compétent qu'après déclaration de la Faculté devant laquelle ils devront passer leur examen et soutenir leur thèse d'équivalence avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences des diplômes ou certificats produits par les candidats. Le Français, reçu docteur à l'étranger, payera les mêmes frais que s'il eût fait ses études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais imposés dans son pays au Français qui veut y jouir des mêmes droits.

TITRE II. — Conditions d'études. Dispositions transitoires pour les étudiants.

Art. 4. — La durée totale des études pour le doctorat est de quatre années, non compris le temps des épreuves.

Art. 5. — Nul n'est admis à prendre sa première inscription dans une Faculté ou dans une Ecole secondaire s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres. Pour y prendre sa cinquième inscription, il devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Art. 6. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine, sont autorisés à les continuer dans les conditions actuelles et à prendre le diplôme d'officier de santé. Ils seront admis à passer tous les examens pour le doctorat correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois à partir de la promulgation de cette loi, ils ont déclaré au secrétariat de la Faculté ou de l'Ecole de médecine, leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

Art. 7. — Les élèves visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient sur leur demande un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République. S'ils voulaient plus tard obtenir le titre de docteur, ils n'auraient qu'à produire les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint et à subir la thèse.

TITRE III. — Exercice illégal. Pénalités. Incapacités.

Art. 8. — Exerce illégalement la médecine toute personne qui, sans être munie d'un diplôme régulier ou sans l'avoir fait enregistrer, prend part au traitement des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, applications d'appareils ou délivrance de médicaments. Exerce encore illégalement la médecine la personne qui, munie d'un diplôme régulier, sort des attributions qu'il lui confère.

Art. 9. — L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle.

Art. 10. — Le délit d'exercice de la médecine, avant l'enregistrement du diplôme, est puni d'une amende de 25 à 100 francs. Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs. La récidive sera punie de 500 à 1000 francs d'amende et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

Art. 11. — Si l'exercice illégal est accompagné de l'usurpation de titre, l'amende sera de 1000 à 2000 francs; en cas de récidive, à une amende double s'ajoutera un emprisonnement de six mois à un an. Si l'usurpation du titre est le fait d'un médecin, celui-ci sera passible d'une amende de 500 à 1000 francs. La récidive sera punie d'une amende de 1000 à 2000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 12. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite de cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser deux ans et l'amende 3000 francs. L'article 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus.

Art. 13. — Sont déclarés incapables d'exercer la médecine :

1° Ceux qui auront été condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des crimes politiques;

2° Ceux qui auront été condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, 335 et 345 du Code pénal.

Les Cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi.

Nécrologie : Pellarin.—M. le docteur Pellarin (Charles) vient de succomber à l'âge de quatre-vingt-un ans. Il avait été médecin de la marine de 1804 à 1832, puis s'était fait disciple de Fourier, et rédigea beaucoup d'articles dans divers journaux politiques. Sa thèse de doctorat (sur la *myélite*) ne date que de 1840. On lui doit des mémoires sur le *mal de mer* et sur le *choléra*. Pellarin, l'un des caractères les plus droits qu'on puisse connaître, se montrait digne par ce côté d'être le beau-frère de Littré.

— On annonce la mort de M. *Hébert*, pharmacien de l'Hôtel-Dieu. M. Hébert a écrit autrefois quelques articles de pharmacie et de matière médicale dans la *Gazette hebdomadaire*. Il pratiquait la médecine et était voué à la dosimétrie. Il avait figuré comme expert appelé par la défense dans quelques affaires de médecine légale, où son rôle n'a pas été heureux.

— M. le docteur Hauregard, médecin inspecteur suppléant des enfants en bas âge du département de la Seine, etc., vient de mourir à l'âge de quarante-quatre ans.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 12 décembre 1883, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret du 17 décembre, M. Damaschino, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine : MM. Achalme, Grasset, Mouret, Chopart, Bayle, Jaubert, d'Aurelle de Paladines et Pardoux.

Prix des travaux pratiques : MM. Bargy et Grasset.

Prix Fleury : MM. d'Aurelle de Paladines et Pardoux.

Prix Hippolyte Renoux : MM. Mouret, Grasset, Pardoux, Chabanet, Jaubert et Achalme.

Prix de l'administration des hospices : MM. Béal, de Job, Amblard, Jaubert, d'Aurelle de Paladines et Mouret.

Colonisation des enfants assistés. — M. Tirman, gouverneur de l'Algérie, a été entendu par la commission du conseil général de la Seine, qui s'occupe du projet de colonisation pour les enfants assistés. M. Tirman et la commission se sont mis d'accord. Des concessions de terrains seront faites à ceux des enfants assistés qui se fixeraient comme colons en Algérie.

Hôpitaux de Paris. Voitures spéciales. — Le préfet de police croit devoir rappeler que des voitures spéciales pour le transport aux hôpitaux des malades atteints d'affection épidémique ou contagieuse — de variole notamment, — sont mises gratuitement à la disposition des habitants de Paris. Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser soit à un commissariat de police, soit à la préfecture.

Faculté de médecine libre de Lille. — Ont été proclamés lauréats, pour l'année scolaire 1882-1883 · Première année : première médaille de bronze, M. Delebarre ; deuxième médaille de bronze, M. Duriez ; troisième médaille de bronze, M. Hanotte. — Deuxième année : première médaille d'argent, M. Lepercq ; deuxième médaille d'argent, M. Desormes; première médaille de bronze, M. Phelisse; deuxième médaille de bronze, M. Surmont.— Troisième année : médailles de bronze, MM. Bourgois, Larrouy, Mayolle et Drucké. — Quatrième année : première médaille d'ar-

gent, M. Billaux; deuxième médaille d'argent, M. Parmentier; médailles de bronze, MM. Hamed et Voiturier. — Troisième année : M. Lenoble.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer; les candidats admis ont été classés dans l'ordre suivant :

MM. Rollin, Lyon, Wassilieff, Bouel, Clare Saint-Alais, Sarraute (Mme), Thomas, Albarran, Chevalier, Alexandre, Canniot, Prioleau, Engelbach, Iscovescou, Regnauld, Courbet, Ardouin, Jeannote, Araujo, Perrin de la Touche, Bruhl, Champeil, Delbet, Graverry, Jacquet, Janet, Legrand (Charles), Villar, Lens, Pichevin, Isch-Wall, Sollier, Decamps, Klippel, Témoin, Thiroloix, Frankoual, Pfender, Lepage, Degail.

MM. Courtade, Aurière, Martin de Gimard, Morel (Charles), Pinel-Maisonneuve, Legrand (Jean), Macaigne, Salmeron, Mullot, Potocki, Demelin, Camescasse, Faure, Cuvillier, de La Valle, Duchon-Doris, Philippe, Secheyron, Thibault, Dupré, Estrade, Couder, Vivant, Arnaud (Gustave), Piole, Martin du Magny, Courtray de Pradel, Monnet, Parelle, Léonard, Thiéry, Thouvenet, Dutard, Passant, Létienne, Aldibert, Charier, Springer, Filibilin, Chibrac.

(*A suivre.*)

ERRATUM. — Dans la dernière *Lettre médicale* (n° 50, p. 807, 2e colonne, au lieu de « commune d'*Esden*, » lisez : « commune d'*Eschen*. »

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 décembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1065, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 1. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 54. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 29; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 50e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1065 décès (au lieu de 1025 pendant la semaine dernière). La mortalité parisienne continue donc à augmenter, mais avec lenteur. Fièvre typhoïde (23 décès); rougeole (7); variole (1); coqueluche (11); scarlatine (5); érysipèle (7); diphthérie (54); pneumonie (45); bronchite aiguë (70); athrepsie (73).

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux BULLETINS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, paraissant tous les vendredis.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité clinique de l'inversion utérine, par M. P. Denucé. 1 vol. in-8 de 645 pages avec 103 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

De la taille hypogastrique, par M. le docteur E. Bouley. In-8 de 259 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Hémorrhagie artérielle produite par une piqûre de sangsue, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). In-8 de 8 pages. Paris, O. Doin. 50 c.

Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, par M. le docteur O. Maubrac. 1 vol. in-8 de 60 pages avec 7 planches. Paris, O. Doin. 3 fr.

Développement des cavités et des moyens d'union des articulations, par M. le docteur G. Variot, ancien interne des hôpitaux, préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté. In-8 de 100 pages avec 3 planches dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Développement de l'utérus et du vagin, par M. le docteur Gustave Imbert. In-8 de 100 pages avec des figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Contribution à l'étude du non-cosmopolitisme de l'homme. La colonisation de la Guyane par la transportation. Étude historique et démographique, par M. le docteur J. Orgeas. In-8 de 112 pages et 2 cartes. Paris, O. Doin. 4 fr.

Les galles utiles, par M. Ch. Beauvisage. In-8 de 100 pages. O. Doin. 3 fr.

La question médicale, enseignement et exercice de la médecine, par M. le docteur Deroye. In-8 de 61 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Traité théorique et pratique du massage (Méthode de Mezger en particulier) par M. le docteur G. Norström (de Stockolm). 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 7 fr.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pour 1881, par MM. Bourneville, Bonnaire et Wuillamié. 1 vol. in-8 avec 10 figures et 7 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1re année (1883). 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, par M. le docteur Goullioud. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Variations de l'urée des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, par M. le docteur Rensin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Considérations sur quelques points de la paralysie générale, par M. le docteur Grégoire. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, par M. le docteur Rivals. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. Tome I, fascicule 1er. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Quelques réflexions sur la maladie de M. le comte de Chambord, par M. le docteur Seure (de Saint-Germain-en-Laye). In-8. Paris, A. Coccoz. 50 c.

Les systèmes d'évacuation des eaux et immondices d'une ville. Revue critique par M. le docteur Van Overbeck de Meyer. In-8 de 138 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

De la spontanéité dans les maladies virulentes et dans les épidémies. Sa nécessité ou la peste d'Astrakhan, par M. le docteur Faliu. In-8 de 78 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 27 décembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RENOUVELLEMENT DU BUREAU; TRICHINOSE EN SAXE; ANGINE DE POITRINE. — DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE. — LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE.

Académie de médecine : Renouvellement du bureau. Trichinose en Saxe. — Angine de poitrine.

L'Académie a chargé M. Fauvel de la vice-présidence pour l'année 1884; M. le président Hardy s'est déclaré particulièrement heureux de proclamer cette élection et M. Fauvel a vivement remercié celui-ci d'avoir proposé sa candidature. Les luttes de l'élection vice-présidentielle de 1882 sont effacées; tout est bien qui finit bien, et l'Académie a conféré le plus élevé et le plus envié de ses honneurs à celui de ses membres auxquels l'hygiène internationale doit tant de travaux remarquables, la France et l'Europe la vie de tant de victimes arrachées aux fléaux si meurtriers des épidémies exotiques.

M. Proust, à la satisfaction générale, a été renommé par acclamation secrétaire annuel.

C'est aussi d'une maladie d'outre-mer que les partisans de la prohibition des viandes porcines américaines veulent nous prémunir tout en protégeant le prix élevé des porcs français; mais nous avons pour principale et suffisante sauvegarde nos habitudes de cuisson de la viande de porc et nous ne saurions nous exposer à des épidémies de trichinose comparables à celle que MM. Brouardel et Grancher sont allés étudier dans une petite localité de la Saxe. Le rapport si intéressant lu par M. Brouardel a été l'événement de la séance; il sera l'objet d'une discussion sollicitée par M. le ministre du commerce sur l'importation des viandes de porc salées provenant des États-Unis. L'Académie renouvellera sans doute ses conclusions favorables de l'année dernière. Nous reviendrons sur ce sujet, d'autant que l'Académie, considérant que le jour de sa séance se trouve être le 1er janvier, s'est donné son congé du nouvel an. Voilà deux fois en un an (le 15 août et le 1er janvier) qu'elle prend goût à se débarrasser de sa séance hebdomadaire, au

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Russie : Une question de procédure criminelle. — Moyen sûr pour se mettre à l'abri des infortunes conjugales. — Une nouvelle édition des « Ames mortes ». — Comment toucher sans décès une prime d'assurance sur la vie. — Accidents d'intoxication à la suite de l'emploi de tentures colorées par des préparations arsenicales. — Les médecins et les hôpitaux en Sibérie. — Prophylaxie liturgique des fièvres. — L'archange Sikhaïl et les douze filles d'Hérode.

De temps à autre les journaux juridiques russes font sur le terrain de la médecine légale des excursions en général malheureuses. Le numéro d'une publication de cette nature paru le 11 septembre dernier posait cette question : « Une jeune fille qui a porté plainte pour viol peut-elle être dispensée de l'examen médico-légal ? » Après une dissertation émaillée d'articles de loi, de citations, il arrivait à conclure par la négative. En réalité toute l'argumentation, grave, au moins en apparence, ne reposait que sur une vérité de sens commun que personne ne songerait à discuter dans aucun pays; à savoir que le médecin légiste est seul compétent pour reconnaître si la défloration est réelle ou récente. « Il est intéressant de savoir, dit un journal de médecine rapportant la chose, que certains jurisconsultes pensent qu'en pareil cas on puisse dispenser la plaignante d'un examen médical. »

Il est fâcheux que l'article soit purement doctrinal et ne parle pas du nombre des attentats à la pudeur, avec ou sans violence, commis depuis quelques années dans certaines parties de la Russie. Ce pays est bien près de l'Asie, et plus d'un moujik a sur la condition et le rôle social de la femme des idées que ne répudierait pas un Kalmouk ou un Bédouin du Tell. Il n'y a pas trois cents ans qu'un des docteurs de l'Eglise russe suppliait, dans une de ses homélies, les maris de ne battre leur femme qu'avec modération sans se servir du

lieu de la remettre à un autre jour de la semaine ; ce sont les premières fois depuis sa fondation.

M. Hérard a présenté des pièces anatomiques d'un grand intérêt, montrant une oblitération presque complète des artères coronaires à leur origine, sans lésions des plexus cardiaques, dans un cas très net d'angine de poitrine.

De l'uréthrite chronique.

Une étude sérieuse de l'uréthrite chronique était encore à faire : les suintements persistants qui tourmentent fort les malades sont d'ordinaire assez légèrement examinés par les médecins; ils s'en tiennent à la constatation banale de l'écoulement, ordonnent leurs capsules ou leurs injections préférées, et ne se préoccupent guère du siège exact de l'inflammation, de son étendue, des diathèses et des états constitutionnels qui peuvent l'entretenir. M. le professeur Guyon vient d'inspirer à son élève, le docteur Jamin, une thèse excellente étayée sur plus de cent observations; il a lui-même, dans cinq leçons cliniques, fouillé cette question, non pas nouvelle, mais renouvelée par lui. C'est une rapide analyse de ces travaux importants que nous voulons présenter au lecteur.

M. Guyon nous y enseigne que deux points, jusqu'alors mal mis en lumière, dominent l'histoire des uréthrites. D'abord l'influence des états constitutionnels sur l'évolution de la blennorrhagie, l'envahissement rapide des parties profondes du canal chez les diathésiques, et la propagation plus fréquente chez eux de l'inflammation aux organes voisins, la prostate, les vésicules séminales, le testicule et l'épididyme, la vessie et les reins eux-mêmes. On devra donc, dès que survient une chaudepisse, se tenir sur une grande réserve, et surveiller son malade avec le plus grand soin pour peu qu'il soit rhumatisant, arthritique ou scrofuleux; non seulement des complications sont alors à redouter, mais l'uréthrite aura les plus grandes tendances à devenir chronique.

Un second point mal connu est le siège exact de l'inflammation. Tantôt elle occupe la région pénienne du canal et s'arrête au cul-de-sac bulbaire, sorte de diverticule plus déclive que les parties voisines, et qui se creuse et s'élargit avec l'âge. Tantôt elle franchit cette limite naturelle et envahit le segment membrano-prostatique. De là deux sortes d'uréthrites qui diffèrent par leur marche, et qui chacune exigent un traitement spécial : l'uréthrite antérieure et l'uréthrite postérieure. Et ce n'est point une division arbitraire. Depuis bien des années, M. Guyon a établi qu'il existe deux urèthres : l'un antérieur et l'autre postérieur, séparés, au niveau du ligament de Carcassonne, par un véritable sphincter, qui fait de ces deux portions du canal deux organes dont l'anatomie, la physiologie et même l'embryogénie sont distinctes. Nous ne parlerons pas de leur pathologie : nous montrerons assez leur différence au cours de cette étude.

I

Il est parfois malaisé d'expliquer sous l'influence de quelles causes une uréthrite, au lieu de durer quelques semaines, se prolonge indéfiniment. Sans doute, on comprend comment des fatigues exagérées, les voyages, les excès de table, la reprise prématurée des rapports sexuels rappellent l'inflammation prête à quitter le canal, qui, après de fréquentes recrudescences, reste congestionné et sécrète, par habitude, quelques gouttes de liquide muco-purulent. Mais chez d'autres malades, « plus à plaindre qu'à blâmer, » rien n'explique « ces retours de jeunesse » de la blennorrhagie et sa tendance ultérieure à la chronicité. Il est même des patients dont l'uréthrite franchit graduellement les étapes qui conduisent de l'état aigu à l'état chronique, malgré l'hygiène la plus rationnelle et le traitement le plus judicieux.

Il n'en est pas moins vrai que la méconnaissance de l'hygiène et les fautes thérapeutiques sont responsables d'un grand nombre d'uréthrites chroniques. On sait l'influence néfaste des boissons et des aliments excitants, les épices, le vin de Champagne et la bière, des excès vénériens, des nuits sans sommeil dans une atmosphère viciée ; les erreurs de traitement ne sont pas moins préjudiciables : emploi trop prolongé des émollients lorsque déjà la douleur s'est calmée et que l'écoulement devient muqueux, l'usage prématuré ou trop intense des balsamiques, enfin et surtout le recours trop rapide aux injections, qu'il faut réserver pour la fin de la blennorrhagie.

Il y aurait donc lieu, pour éviter plus souvent le passage à l'état chronique, de ne pas se départir des règles si sages posées par M. Guyon, et le traitement de l'uréthrite aiguë sera divisé en quatre périodes : dans la première on aura recours aux bains émollients, aux tisanes délayantes, au bicarbonate de soude, et cette médication préliminaire préparera pour ainsi dire l'organisme aux substances plus ou moins spécifiques réservées à la deuxième période, les diverses pré-

---

bâton ferré qu'ils portaient d'ordinaire. Pierre le Grand ouvrit les terems et introduisit dans les classes élevées de la société les mœurs occidentales. Ont-elles pénétré jusqu'au fond des couches populaires? ce n'est guère probable. Dernièrement un paysan du district de Tchirgirinsky, obligé de faire une absence de vingt-quatre heures et voulant à tout prix être certain de la fidélité de sa femme, ne trouva rien de mieux à faire que de renouveler un appareil dont il existe encore par-ci par-là quelques exemplaires dans les musées de l'Europe. Plaque de fer, clef, cadenas, rien n'y manquait. Par malheur le paysan, ne voulant confier à personne le soin de l'appliquer, serra, serra si bien qu'il se développa une gangrène vulvaire à la suite de laquelle la patiente mourut.

D'autres fois la même feuille renferme des choses plus sérieuses, elle touche des questions de jurisprudence professionnelle avec plus d'à-propos et surtout plus de compétence. A vrai dire les révélations qu'on y trouve ne sont pas toujours d'une gaieté bien franche ; elles montrent parfois sous un triste jour certains membres de la profession médicale. Il y a dans tous les pays des traditions qui font honneur à l'espèce humaine : l'Arabe est hospitalier, le Castillan chevaleresque, le Français courtois, l'Italien ingénieux, etc. Malheureusement la tradition existe pour le mal comme pour le bien ; on connaît des manœuvres frauduleuses qui se reproduisent de génération en génération, véritable patrimoine des gens peu scrupuleux de tous les temps. Gogol, qui fut l'historien ou plutôt le peintre de la société russe du milieu du siècle, a raconté dans son roman *les Ames mortes*, comment certains agents trouvaient moyen d'acheter des serfs enterrés depuis longtemps et de les revendre. Le prix d'achat était naturellement la rétribution d'un propriétaire qui devenait, pour la circonstance, le complice de l'industriel et lui délivrait toutes les attestations dont il avait besoin pour son petit négoce. Il y a vingt ans que le servage est aboli ; le trafic des âmes mortes a subi du même coup une véritable dépression, mais le procédé était si simple, si

parations balsamiques. Si l'écoulement se tarit, il n'en faut pas moins, pendant une troisième période de dix à quinze jours, administrer les mêmes balsamiques aux mêmes doses que l'on atténuera progressivement pendant la quatrième période, « période de vérification » dont la durée ne dépassera pas deux semaines.

Les rétrécissements passent encore pour être une des causes les plus efficaces des écoulements chroniques et nombre de praticiens ont recours à la dilatation progressive pour peu qu'une uréthrite se prolonge. On avait bien reconnu que, le plus souvent, les sondes parcourent le canal avec la plus grande facilité et sans que la moindre stricture les arrête. Mais on avait, avec Otis, inventé la doctrine commode « du rétrécissement large ». M. Jamin a montré ce qu'il fallait penser, dans ces cas, de la fréquence des coarctations du canal: d'une part sur 61 rétrécis examinés dans le service de M. Guyon, 4 seulement avaient une blennorrhée ; d'autre part sur 103 malades atteints d'uréthrite chronique, une dizaine seulement étaient rétrécis. Nous n'insistons pas sur la rigueur de cette démonstration en partie double.

Les écarts de régime, une mauvaise hygiène, une thérapeutique incorrecte sont donc fort souvent responsables de la chronicité des uréthrites, mais nous savons déjà qu'il ne faut pas méconnaître l'influence incontestable de certains états constitutionnels. Nous avons parlé ici même dans un article sur les « microbioses » de l'évolution particulière de quelques écoulements prolongés. Nous montrions des rhumatisants et des arthritiques qui « n'attrapent qu'une chaude-pisse », car la première ne peut s'éteindre. Elle est survenue au plus léger prétexte ; elle s'est implantée sur ce sol fertile ; elle y défie les efforts du médecin ; parfois elle s'amende, mais sans disparaître complètement, et sa marche, désormais chronique, s'entrecoupe au moindre écart d'épisodes aigus.

Le microbe de la blennorrhagie trouve un terrain non moins fertile chez les strumeux, et M. Guyon nous montre des écoulements très abondants encore malgré la date souvent fort éloignée du début de la contagion. Il assimile ces catarrhes à ceux que l'on observe, dans cette même diathèse, sur la conjonctive et les muqueuses bronchique et nasale. Que de fois nous avons vu une blépharo-conjonctivite marcher du même pas qu'une uréthrite chronique, s'atténuer et s'accentuer en même temps sous l'influence des mêmes causes et finir par disparaître à la suite du même traitement. Nous l'avons observé récemment encore chez un arthritique invétéré. M. Guyon nous cite des faits analogues chez les scrofuleux.

Ces diathèses n'ont pas pour seules conséquences d'imprimer aux écoulements une marche désespérément chronique, mais, selon la juste remarque de MM. Guyon et Jamin, elles sont aussi pour beaucoup dans la localisation des uréthrites. Les unes se développent dans le segment antérieur du canal; du méat, de la fosse naviculaire, elles se développent peu à peu et atteignent le cul-de-sac du bulbe, où elles se cantonnent volontiers sans franchir le sphincter inter-uréthral. D'autres forcent cette barrière et s'étendent jusque dans la région membrano-prostatique. Il faut alors rechercher la cause de cet envahissement dans quelque état constitutionnel patent ou latent, dans quelque déchéance organique.

Certainement l'infection de l'urèthre postérieur est parfois mécanique ; parfois une injection violente refoule dans la région prostatique, à travers le sphincter, le pus à propriétés spécifiques accumulé dans le cul-de-sac bulbaire; parfois l'olive d'une bougie, introduite pour combattre un rétrécissement souvent imaginaire, chasse devant elle quelques gouttes de la sécrétion et inocule le segment postérieur du canal. Mais lorsqu'aucune de ces dangereuses manœuvres n'a été pratiquée, la responsabilité de l'envahissement profond incombe, d'habitude, à quelque diathèse « congénitale ou acquise, confirmée ou larvée et qui, dans ce dernier cas, peut s'affirmer seulement à l'occasion de la blennorrhagie ». L'urèthre profond est alors atteint presque d'emblée et l'inflammation retentit souvent sur les organes voisins.

II

On s'imagine assez communément qu'uréthrite chronique est synonyme d'uréthrite profonde et que les écoulements prolongés ont pour cause ordinaire un vestige d'inflammation cantoné dans la région membrano-prostatique. M. Guyon démontre le mal fondé d'une telle opinion et les preuves qu'il invoque nous paraissent indiscutables.

L'anatomie pathologique ne peut nous fournir qu'un faible contingent de preuves. M. Guyon a vu pourtant les pièces d'un homme mort dans son service d'un érysipèle de la face et qui, depuis sept ans, était atteint d'un écoulement chronique. Eh bien, tout ce long temps, l'inflammation était restée dans le cul-de-sac du bulbe sans franchir le sphincter qui le limite en arrière. A son niveau se dessinait une ligne de séparation précise entre le diverticule rouge, congestionné, exulcéré et le segment postérieur à muqueuse lisse,

sûr que Messieurs les escrocs n'ont eu garde de le laisser tomber en désuétude. Cette fois, la complicité d'une veuve avare et ignorante comme la vieille Korobochka ne leur suffit plus ; il faut qu'ils choisissent leurs auxiliaires parmi les médecins ; ils en trouvent malheureusement. Voici comment les choses se passent : un personnage imaginaire souscrit une police à une compagnie d'assurances sur la vie ; un certificat atteste son état de santé satisfaisant, puis un autre mentionne son décès par le fait d'une affection accidentelle et le tour est joué, la compagnie n'a plus qu'à payer la prime. Probablement ce jeu aura été assez souvent pratiqué pour que l'attention des intéressés ait été mise en éveil et les choses sont arrivées devant la justice. Un certain Liarva, visité, paraît-il, par le médecin Torjtsinski, et bien portant à ce moment, fut pris un peu plus tard d'une fièvre typhoïde dans le cours de laquelle il reçut plusieurs visites d'un autre médecin appelé Viliem. La maladie se termina par la mort, tels étaient les faits ressortant des attestations délivrées par les deux praticiens. Dans tout cela il n'y avait de réel qu'une chose, la police d'assurance. Liarva était un mythe à l'aide duquel les trois compères espéraient faire passer une somme respectable de la caisse de la compagnie dans leurs mains. Le tribunal devant lequel l'affaire fut portée s'est montré indulgent. Les auteurs des pièces frauduleuses ont été condamnés à 5 et à 25 roubles d'amende ; c'est peu de chose ; il est probable que si jamais pareille cause arrivait devant un tribunal français les coupables n'en seraient pas quittes à si bon marché.

— Un pharmacien de Saint-Pétersbourg, M. Raabe, a eu l'occasion de voir récemment, plusieurs fois de suite, des accidents d'intoxication arsenicale. L'enquête entreprise à ce propos fit supposer que tout était dû à la présence dans les appartements des personnes indisposées de tentures vertes contenant une quantité considérable d'arsenic; toutes sortaient du même atelier de fabrication à Moscou. Dans la cir-

rosée, absolument normale. Une autre fois, M. Guyon a pu *voir* dans la gouttière d'un épispadias les lésions de l'uréthrite chronique, exulcérations, granulations de la muqueuse très confluentes au niveau du bulbe où elles commençaient à décroître pour disparaître vers le milieu de la région pénienne.

La clinique fournit les meilleurs arguments en faveur de la fréquente localisation bulbaire de l'uréthrite chronique. C'est le matin, au réveil, que le patient constate, perlant au méat, une goutte plus ou moins incolore; le sphincter inter-uréthal, physiologiquement fermé et que n'a pas encore entr'ouvert l'urine, n'a donc pas livré passage à cette goutte, sécrétée par conséquent en avant de la portion membraneuse. L'occlusion permanente du sphincter sur laquelle s'appuie M. Guyon n'est plus à démontrer, ni la progression d'arrière en avant des substances déposées dans le cul-de-sac du bulbe. On voit, lorsqu'on pratique des instillations méthodiques dans le canal, que le liquide injecté en arrière du sphincter reste sur place ou tombe dans la vessie, mais ne revient pas au méat. Seulement, pour peu que quelques gouttes s'écoulent dans la région bulbaire, elles refluent au dehors. Nous admettons donc que, pendant la nuit, les produits de sécrétion du diverticule bulbaire cheminent peu à peu jusqu'à l'orifice antérieur du canal.

Du reste l'exploration de l'urèthre nous fournit une preuve bien plus directe encore. On introduit, dans le canal, une sonde à olive de moyen volume que l'on fait pénétrer d'abord jusqu'à mi-trajet dans la région spongieuse et on la retire sans qu'elle ramène le moindre vestige de sécrétion. On la pousse alors jusqu'au bulbe, et à son retour on trouve sur son talon une certaine quantité de muco-pus. D'autre part, si on « ramone » bien l'urèthre antérieur, si on le lave avec soin, si par le cathétérisme répété et par les injections on débarrasse le bulbe de ses sécrétions, la bougie, introduite dans la région membrano-prostatique, ne ramène rien. C'est donc dans le bulbe que se forme et s'accumule le pus.

Du moins il en est ainsi dans la plupart des observations et voici la statistique que nous fournit M. Jamin : « Sur 103 malades atteints d'écoulements chroniques la sécrétion s'opère 74 fois dans l'urèthre antérieur et seulement 25 fois dans l'urèthre profond. De plus, presque tous les individus dont l'arrière-canal est enflammé ont en même temps de l'uréthrite antérieure. » L'étude des rétrécissements nous conduit aux mêmes conclusions, et, si la stricture se montre presque toujours dans la région bulbaire, c'est qu'en ce point l'inflammation a été plus vive et surtout plus prolongée. Une telle prédilection s'explique d'ailleurs, car le cul-de-sac constitue « une sorte de diverticule déclive où le pus s'accumule et stagne comme il le fait, chez la femme, dans le cul-de-sac vaginal postérieur d'où la vaginite est si difficile à déloger. »

L'uréthrite antérieure, « l'uréthrite des gens bien portants », ne s'accuse guère que par l'écoulement, encore ne s'observe-t-il d'habitude que le matin, car les sécrétions de la journée, balayées par la miction, passent souvent inaperçues. On note parfois encore une légère cuisson au méat ou sur tout le trajet du canal, un peu de chaleur, de la gêne, et c'est tout. Il n'en est pas de même de l'uréthrite postérieure dont on peut affirmer l'existence après un interrogatoire bien fait et avant un examen direct. Mais il faut se rappeler qu'elle coexiste presque toujours avec l'uréthrite antérieure et qu'on observe aussi par conséquent la goutte matinale.

La sécrétion de l'urèthre postérieur n'arrive pas au méat au fur et à mesure qu'elle se forme; elle s'accumule en arrière du sphincter inter-uréthral et le premier jet d'urine, troublé par elle, la projette à chaque miction. Il se peut cependant que le liquide muco-purulent force de lui-même la barrière; il est alors propulsé en bloc, brusquement, et son abondance est assez grande pour maculer largement le linge. Cette irruption soudaine a lieu quelquefois pendant la défécation, et patient et médecin ont souvent confondu avec le sperme cette substance blanchâtre et poisseuse caractérisée par la présence de petits filaments allongés, enroulés en massue, bouchons agglutinés et concrétés pendant le long séjour du muco-pus dans l'urèthre profond.

La plus grande fréquence de la miction est un symptôme constant que signalent MM. Guyon et Jamin. Pour la déceler, il faut alors un interrogatoire attentif, car elle s'apaise, pour reparaître il est vrai, et on en trouvera toujours quelques traces dans l'histoire du malade. Ce signe n'a de valeur que lorsqu'il est indépendant de la cystite, complication peu rare d'ailleurs de l'uréthrite profonde. Mais les complications elles-mêmes ne plaident-elles pas souvent en faveur de l'arrière-canal? La région membrano-prostatique n'est-elle pas le « carrefour » où convergent la vessie, la prostate, les vésicules séminales, les glandes de Cooper, l'épididyme et les testicules? Or, si d'ordinaire ces phlegmasies apparaissent au cours de la blennorrhagie aiguë, elles peuvent être aussi la conséquence d'une inflammation chronique.

---

constance la police a été avertie de tenir rigoureusement à l'exécution des règlements relatifs à l'emploi des couleurs dangereuses. Beaucoup de gens regrettent toutefois qu'il existe une commission de chimistes chargée de la surveillance spéciale des fabricants de meubles ou de substances alimentaires; tant que les choses resteront telles qu'elles sont, la loi restera à peu près lettre morte; les contraventions deviendront la règle commune et on ne les découvrira que par hasard dans des circonstances analogues à celles que nous venons de mentionner.

— La *Gazette de Sibérie* du 3 juillet donne des détails peu satisfaisants sur la situation médicale du pays. En 1880, il y avait dans la partie occidentale 47 hôpitaux, avec 1734 lits pour une population de 3 145 373 habitants. Sur ce nombre, 31 maisons renfermant 1261 lits sont exclusivement destinées aux déportés et aux soldats. En 1877, le gouvernement de Tobolsk comptait 21 médecins (1 pour 60 000), celui de Tomsk en comptait 18 (1 pour 56 100). Il est bon de noter que la plupart habitent les villes; il y en a 10 à Tomsk. Le rapport officiel du gouvernement était l'expression rigoureuse de la vérité quand il déclarait que, presque partout à la campagne, les secours médicaux sont illusoires ou arrivent trop tard, malgré le zèle et la bonne volonté des praticiens. Sous le rapport médical, ce pays rappelle à plus d'un titre la France du douzième siècle; les paysans, à peu près abandonnés, ont recours pour se protéger à des prières qui ressemblent à des conjurations magiques. En voici une qu'on lit ou qu'on récite pour se préserver de la fièvre : « Il y a dans la mer Noire une colonne de pierre sur laquelle se tient le saint archange Sikhaïl. La mer se souleva, et il en sortit douze femmes horribles, aux cheveux épars, à l'aspect de damnées, au visage effrayant. Le saint ange les interrogea, et elles répondirent : « Nous sommes les filles du roi Hérode, » nous venons dans le monde chrétien pour tourmenter l'espèce humaine, pour tourmenter celui qui dort le matin. »

Le diagnostic prêterait matière à d'amples développements et nous aurions à distinguer l'uréthrite chronique de ces complications qu'elle provoque et avec lesquelles on pourrait la confondre : la vésiculite, la cystite, la funiculite et surtout la prostatite ; mais, outre les signes propres à chacune de ces affections, n'aurions-nous pas, en définitive, l'examen direct du canal qui, fait avec les précautions suffisantes, ne présente aucun danger? On verrait alors si l'urèthre renferme du pus et si cette sécrétion se fait dans sa région antérieure ou dans sa région postérieure.

III

On voit encore des médecins instruits traiter les uréthrites chroniques sans choix et sans méthode; ils prescrivent, simultanément ou successivement, le cathétérisme répété, des injections caustiques ou astringentes et leurs capsules balsamiques. M. Guyon a mis de l'ordre dans cette thérapeutique de hasard, et ce n'est qu'après l'étude minutieuse du malade et de la maladie qu'on peut, d'après lui, instituer une médication dont les indications se tirent du siège précis e la lésion, de sa durée, de son intensité et de ses rapports avec une diathèse, un état constitutionnel héréditaire ou acquis.

Comme ces états constitutionnels peuvent, à eux seuls, entretenir l'écoulement, il faut tout d'abord le combattre. Le rhumatisme, l'arthritisme, la scrofule, dépistés par le médecin, seront traités en même temps que la lésion locale qu'ils éternisent. Les frictions stimulantes, les bains alcalins, un exercice régulier, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne dans certains cas, dans d'autres les bains salés et sulfureux, l'iodure de fer, l'arsenic, l'huile de foie de morue créosotée rendent les plus grands services et l'on verra souvent céder, sous leur influence, une blennorrhée que jusqu'alors aucun traitement local n'avait pu arrêter.

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'une hygiène scrupuleuse et sur la surveillance étroite de l'alimentation. Mais si l'on doit interdire « les épices, les salaisons, les viandes faisandées, les asperges, la bière, le vin de Champagne, le bourgogne, les liqueurs, et surtout les crustacés, les coquillages, les poissons de mer; restreindre l'usage du café, du vin pur, des condiments, des fromages forts », il faudra se garder d'un régime trop débilitant. Que de malades amaigris, affaiblis par de trop rigoureuses privations ont vu l'écoulement se tarir par la suppression radicale de toute médication antiblennorrhagique et par le retour à une large et réparatrice alimentation !

Le traitement local nécessite une minutieuse attention. Nous ne parlerons guère du cathétérisme, malgré l'honneur en lequel le tiennent encore certains chirurgiens. Certes, on y aura recours lorsqu'il existe un rétrécissement, mais ne savons-nous pas, depuis la statistique de M. Jamin, que les uréthrites chroniques sous la dépendance d'une angustie du canal sont exceptionnelles? N'a-t-on même pas vu que des malades guéris de leur stricture, pouvaient conserver leur écoulement? Le passage successif des bougies n'est donc pas un traitement de la blennorrhée et nous ne nous occuperons ici que des injections, le remède classique des écoulements prolongés.

MM. Guyon et Jamin ont montré que lorsqu'on injecte, avec la petite seringue en verre, un liquide dans le canal ouvert, ce liquide, pour peu qu'il soit poussé lentement, ressort à mesure qu'on l'injecte et baigne non l'urèthre antérieur tout entier, mais à peine sa première portion. Si l'on applique les lèvres du méat sur le bec de l'instrument, l'urèthre antérieur se remplit d'abord, et comme il ne peut emmagasiner plus de 5 à 6 grammes de la solution médicamenteuse, les 2 ou 3 grammes de plus que contient la seringue forcent le sphincter inter-uréthral et pénètrent dans l'urèthre profond. Nous savons même qu'ils peuvent entraîner le pus du cul-de-sac bulbaire et, par ce mécanisme, inoculer la région membrano-prostatique.

Lors donc qu'on voudra pratiquer une injection avec la seringue de verre, il faut pousser doucement la moitié du liquide dans le canal dont le méat est fermé sur le bec de l'instrument par la pression des doigts; puis on retire la seringue et la solution médicamenteuse s'échappe après avoir lavé la plus grande partie de la région pénienne. C'est alors qu'on introduit de nouveau la seringue et l'on pousse la seconde moitié de l'injection; on la laisse deux à trois minutes; des frictions douces aident à la répandre dans tout l'urèthre antérieur; le méat est ensuite libéré et le liquide s'échappe. On a, de cette manière, agi dans tout l'urèthre antérieur et on n'a pas risqué de pénétrer au delà. Ce dosage précis du liquide et cette douce impulsion sont les meilleures précautions à prendre contre l'inoculation de l'urèthre postérieur.

Lorsqu'on voudra, non injecter une solution astringente ou faiblement cathétérique, mais cautériser l'urèthre antérieur et en particulier le cul-de-sac bulbaire, refuge habituel de

---

Et Sikhaïl leur dit: « Vous avez l'aspect du diable, filles d'Hérode, et un nom maudit. » La première dit: « Je m'appelle » Derech, la deuxième Ognia. » « Mon nom est Lednia, dit » la troisième : c'est moi qui glace les hommes de telle sorte » qu'aucun feu ne peut plus les réchauffer. » La quatrième était Gnetia, qui presse la tête et le corps; la cinquième, Drevacha, qui occupe la poitrine; la sixième, Gloulieia, qui rend sourd quand elle occupe la tête; la septième, Lomeia, qui rompt les membres et l'échine comme la tempête brise un arbre desséché; la huitième, Pouklieia, qui fait pousser les tumeurs; la neuvième, Jelounitza, qui engendre la bile et la jaunisse; la dixième, Glazdnia, qui produit l'insomnie et les fantômes des nuits; la onzième, Kapoucha, qui contrefait les bras et les jambes de l'homme. « Moi, dit la douzième, je m'appelle Nevietsa, je suis leur aînée et la plus » méchante de toutes; c'est moi qui ai coupé la tête de Jean-» Baptiste; l'homme que je touche cesse à l'instant de vivre. » « Je vous conjure (ici c'est l'exorciste qui parle), au nom des » anges et des archanges vivants, par les évangélistes Luc, » Mathieu, Marc, Jean. Eloignez-vous des serviteurs de Dieu, » maudites dont je dirai le nom dans cette prière. Va-t'en » Derecha, la damnée; va-t'en, Ognia, (les douze noms sont » répétés). Je vous adjure, vous toutes que j'ai nommées, de » vous éloigner des serviteurs de Dieu jusqu'au delà de trois » verstes du trentième champ. J'appelle contre vous le saint » ange Sikhaïl et les quatre évangélistes, je les supplie de » vous tuer et de vous écraser la tête maintenant et pour » l'éternité. Amen. Le Christ soit avec nous, soir et matin, » aujourd'hui et dans les siècles des siècles. »

Nous ne songeons nullement à élever des doutes sur l'efficacité de cette médication liturgique; elle ressemble singulièrement à d'autres qu'emploient couramment les paysans du centre et de l'ouest de la France pour guérir certaines formes d'herpès ou de conjonctivite. Là comme en Sibérie, la formule sacrée met en présence des démons légendaires et des anges bibliques ou des saints. Les filles d'Hérode

l'inflammation chronique, « on se munira : 1° d'un explorateur en gomme flexible, à bout olivaire, creux dans toute sa longueur et percé d'un orifice très fin au sommet de son olive terminale; 2° d'une seringue compte-gouttes, analogue à celle de Pravaz, mais d'une contenance trois à quatre fois supérieure. Une petite canule, filiforme à l'intérieur, conique et disposée en pas de vis à l'extérieur, permet d'adapter exactement la bougie à la seringue. Après avoir rempli cette dernière d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième, on a soin d'amorcer l'explorateur qui lui est fixé jusqu'à l'apparition du liquide à l'orifice de la boule olivaire. Puis à chaque demi-tour de piston une goutte sort de l'instrument. »

Donc pour cautériser le cul-de-sac du bulbe « on introduit l'olive dans le canal jusqu'à ce qu'on la sente buter contre la porte de l'urèthre membraneux; on la retire alors de 1 ou 2 centimètres, et, en tournant le piston de la seringue, on instille quatre, cinq ou six gouttes. Celles-ci restent enfermées entre le sphincter inter-uréthral fermé et la boule olivaire qui forme bouchon et empêche le reflux au méat. Cette boule, suffisamment volumineuse (n°s 19, 20 ou 21), est laissée en place pendant quelques minutes, puis elle est ramenée lentement au dehors. A ce moment, grâce à la force expultrice de l'urèthre antérieur, les gouttes instillées s'échappent, mais après avoir eu le temps d'imprégner les surfaces altérées : à la miction suivante, en effet, avec le premier jet d'urine, sont expulsées quelques petits grumeaux blanchâtres caractéristiques.

» Les instillations, dans l'urèthre postérieur, sont d'un manuel opératoire plus simple encore. On utilise une boule peu volumineuse, mais de dimensions suffisantes pour bien sentir la résistance du sphincter. Cette fois, on franchit la portion membraneuse et, après avoir instillé quinze, vingt ou vingt-cinq gouttes, on peut retirer l'olive immédiatement, car ici la tonicité du sphincter inter-uréthral s'oppose au retour des gouttes argentiques dans le premier urèthre et, par suite, à leur issue au dehors. Si, dans ces instillations profondes, un plus grand nombre de gouttes est nécessaire, c'est que quelques-unes tombent dans la vessie et vont se neutraliser dans l'urine, avec laquelle elles forment des chlorures d'argent insolubles, qu'on retrouve à la miction suivante. Aussi, lorsqu'on veut agir seulement sur la muqueuse de l'arrière-canal, doit-on laisser, avant l'instillation, une certaine quantité d'urine dans la vessie, tandis que si l'on tient à modifier le col et la muqueuse vésicale, il faut avoir soin de faire uriner le malade au préalable. »

Paul Reclus.

La Direction de l'Administration sanitaire.

La discussion du budget du ministère de l'intérieur à la Chambre des députés a permis à M. le docteur Henry Liouville d'appeler de nouveau l'attention du Parlement sur la nécessité et l'urgence de la création d'une Direction centrale de l'Administration sanitaire en France. Notre sympathique confrère a eu la bonne fortune d'obtenir de M. le ministre de l'intérieur des promesses formelles, dont l'intérêt n'a pas échappé à la Chambre. On nous permettra donc de revenir sur cet incident et de fournir aux lecteurs de la *Gazette* quelques renseignements sur l'état actuel de cette question, qui les préoccupe à juste titre.

Dans ses deux rapports sur le budget du ministère de l'intérieur pour les années 1881 et 1882, M. Liouville n'avait pas manqué de montrer comment les services administratifs afférents à l'hygiène et à l'assistance publique, à la santé publique en un mot, étaient disséminés dans plusieurs ministères et même dans différentes Directions de ceux-ci; aussi concluait-il à leur réunion, afin de leur donner à la fois toute la cohésion, toute l'autorité, et partant, la compétence et la responsabilité nécessaires. Nous avons eu maintes fois l'occasion, depuis plusieurs années, de revenir sur ces divers points; aussi nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui. L'initiative prise par M. Liouville auprès du Parlement fut bien accueillie, et les ministères intéressés n'y opposèrent pas du moins une fin de non-recevoir absolu. L'année dernière même, à propos de la discussion du budget, M. Pierre Legrand, alors ministre du commerce, se montra assez disposé à s'occuper de la réalisation des vœux dont M. Liouville n'avait pas manqué de se faire l'interprète. Cependant l'Administration, dans ses bureaux, ne cessait de résister, au moins par sa force d'inertie habituelle, à entrer dans les vues que le Parlement avait, à plusieurs reprises déjà, approuvées, et la commission mixte, sollicitée à cet effet depuis deux ans par le Comité consultatif d'hygiène publique pour l'étude d'une solution pratique, n'a pas encore été nommée.

Néanmoins la Société de médecine publique continuait à insister sur l'importance du projet d'organisation qu'elle

---

portent les noms populaires de fléaux ou de maladies. Ognia c'est l'inflammation; Lednia, la gelée; Kapoucha, le rhumatisme; dans les deux cas, pour donner plus de vertu et surtout plus de solennité à la conjuration, on emprunte des mots ou des phrases à la langue ecclésiastique. En Normandie, les guérisseurs d'entorse ont une formule latine que tout le monde connaît, mais que personne n'a jamais pu comprendre. Les paysans russes empruntent les formes du slavon d'église; avec un peu de bonne volonté on pourrait parfaitement croire que la prière que nous avons donnée est détachée d'un recueil approuvé par le clergé supérieur.

Dr L. Thomas.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour l'année 1884 : *président*, M. Constantin Paul; *vice-présidents*, MM. Danjoy et de Ranse; *secrétaire général*, M. Leudet; *secrétaires des séances*, MM. Paul Bénard et Delavarenne; *trésorier-archiviste*, M. Japhet; *comité de publication*, MM. Brongniart et Sénac-Lagrange.

Société de médecine de Paris. — Ont été élus : *président*, M. Polaillon; *vice-président*, M. de Beauvais; *secrétaire général*, M. Thorens; *trésorier*, M. Perrin; *archiviste*, M. Rouyon; *secrétaires annuels*, MM. Apostoli et Marchal; *membres du comité d'administration*, MM. Reliquet et Thévenot; *membres du comité de publication*, MM. Abadie, Charpentier, Fauquez et Graux.

avait préparé depuis longtemps, et la question s'imposait de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics; c'est ainsi que des vœux furent successivement émis en ce sens par l'Académie de médecine, les Congrès internationaux d'hygiène, le Congrès de l'Association française à Rouen, la Société de statistique, etc. D'autre part, des projets d'organisation départementale des services sanitaires, dus à M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), à M. le docteur Liétard et à M. Bœgner, préfet du département des Vosges, à M. Monod, préfet du département du Calvados, de même que la création des bureaux municipaux d'hygiène de Nancy, du Havre, de Reims, etc., mettaient l'Administration en demeure de prendre une décision. Bientôt aussi le ministère de l'intérieur, dont la direction départementale et communale était plus directement intéressée dans ces projets, commença à y porter une attention particulière, grâce à M. Waldeck-Rousseau et à M. le directeur, Gilbert Leguay; on s'aperçut aussitôt qu'aucune amélioration ne pouvait être obtenue, dans aucune des branches des services, soit de l'hygiène, soit de l'assistance, sans une centralisation complète des attributions que ces services ont pour mission de remplir. On en trouve la preuve dans l'appréciation que M. le ministre, dans la séance du 13 décembre dernier, à propos d'une réduction de crédit demandée sur le service des inspections générales administratives, émit en ces termes : « Je crois, dit-il, que si une critique pouvait être formulée, elle consisterait à dire que l'inspection générale n'est pas en proportion des établissements si nombreux qui se sont fondés et dans lesquels il faut faire pénétrer une surveillance extrêmement attentive ; je parle, en particulier, de certains établissements de bienfaisance, des établissements d'aliénés, par exemple, et si le Gouvernement n'a pas demandé immédiatement une extension de ces services, c'est uniquement parce que cette question est soudée intimement à une autre qui n'est pas étrangère à la Chambre, car à maintes reprises elle a été proposée à ses réflexions, mais elle n'est pas encore assez mûre : c'est celle de la constitution d'une direction nouvelle dans le ministère de l'intérieur. Vous savez qu'à diverses reprises on a parlé de la création d'une direction de la santé publique et de l'hygiène, c'est-à-dire qu'il s'agirait de faire chez nous quelque chose d'analogue à ce qui a été fait dans d'autres pays et qui a paru donner de très bons résultats. Cette question est encore à l'étude et il y aurait quelque témérité, de notre part, à demander la refonte de l'inspection générale avant qu'il n'ait été procédé à un accord entre les départements intéressés sur la somme des attributions à retenir, de ce chef, par le ministère de l'intérieur. »

Arguant de cette promesse, M. Liouville s'empressa, quelques instants après, à l'occasion d'un amendement qu'il avait déposé au chapitre 47 afin d'augmenter du double le crédit de 50,000 francs accordé au service de la médecine gratuite dans les départements, d'indiquer dans un discours des plus précis les avantages du projet signalé par M. le ministre. Rappelant successivement les diverses phases de la question, les résultats obtenus par la réalisation de pareille réforme dans tous les pays, il eut la satisfaction d'obtenir de M. le ministre la réponse suivante :

« Il ne m'en coûte pas de répéter que je suis très désireux d'arriver à cette solution, et que le Gouvernement ne négligera rien pour qu'elle soit aussi prompte que possible. »

L'adhésion particulièrement empressée donnée par la Chambre à cette déclaration ainsi qu'au discours de M. Liouville, l'intérêt manifesté au ministère de l'intérieur pour l'exécution des projets depuis quelque temps examinés par lui dans ce but, permettent d'espérer que la Direction de l'Administration sanitaire pourra être prochainement créée et constituée avec les meilleures chances de succès. Nous n'avons pas besoin de rappeler ce que le corps médical et les intérêts dont il a la charge sont appelés à y gagner.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur une forme exceptionnelle de rougeole, par M. le docteur G. Dieulafoy.

J'ai été témoin il y a quelques mois d'un fait qui m'a paru tellement exceptionnel, que je crois utile de le publier. On y verra une fois de plus combien le pronostic doit être réservé, même dans les cas en apparence les plus bénins.

Dans le courant du mois de mai, je fus appelé à donner des soins à une jeune fille de seize ans, d'une santé habituellement excellente, mais qui depuis quelques jours, me dit-on, s'était refroidie et enrhumée. Je connaissais depuis longtemps la jeune fille, étant de longue date le médecin de la famille, et je ne l'avais jamais vue malade. Actuellement elle se plaignait de malaise et de mal de tête; elle avait eu la veille quelques frissons, elle toussait un peu, mais elle considérait son indisposition comme si légère, qu'elle continuait à sortir et ne voulait rien changer à ses habitudes. A l'auscultation je ne trouvai pas le moindre râle dans sa poitrine.

Le lendemain et le surlendemain la toux augmenta, quelques râles sibilants apparurent dans les bronches, mais aucun autre signe, aucun autre symptôme ne survenant, on pouvait se croire en face d'une simple bronchite légère.

C'est seulement le quatrième jour que la malade consentit à rester au lit; dans la journée elle fut prise d'éternuements, de picotements dans les yeux, de larmoiement, et, bien qu'il n'y eût encore aucune trace d'éruption au pharynx ou à la peau, il devenait évident qu'une rougeole était en voie d'évolution.

Le soir de ce quatrième jour, la fièvre était forte, la peau sèche et brûlante, et à dix heures du soir, quand je vis la malade, les yeux étaient rouges, injectés, larmoyants, la toux était sèche et fréquente et le thermomètre marquait 40 degrés. Je ne trouvai encore aucune trace d'éruption.

L'éruption apparut dans la nuit, et le lendemain matin (cinquième jour) elle avait déjà envahi la poitrine, le cou et les bras, et se montrait au visage. La nuit avait été agitée et la toux incessante, bien que l'auscultation ne fît découvrir autre chose que quelques râles disséminés.

La journée fut tranquille et la température, qui était descendue le matin à 39°,4, ne remonta le soir qu'à 39°,6.

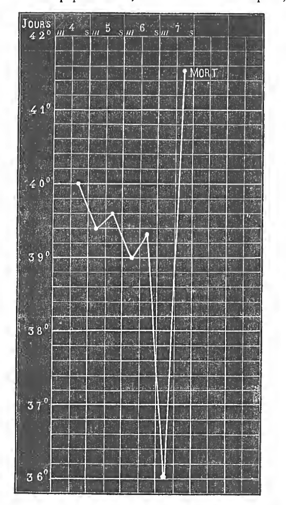
Le lendemain, sixième jour de la maladie, l'éruption était normale et bien sortie, la toux avait diminué, le catarrhe oculaire s'était amendé, l'état général était aussi satisfaisant que possible et la rougeole prenait toutes les allures d'une fièvre éruptive bénigne. La température n'atteignait plus que 39 degrés le matin et 39°,3 le soir. Les règles avaient apparu dans la journée, sans aucun changement dans leur époque d'apparition.

Que s'est-il passé dans la nuit qui a suivi ce sixième jour? Je l'ignore ; on regardait l'enfant comme si peu malade, qu'aucune garde ne veilla auprès d'elle; mais, comme la porte de communication avec la chambre de sa mère était restée ouverte, il est probable que si quelque chose d'anormal s'était produit, on s'en fût aperçu. Il est seulement important de noter ce fait que le père de la jeune fille entrant le soir dans

sa chambre trouva la malade très refroidie par une croisée laissée maladroitement ouverte et formant avec la porte un fort courant d'air. Il est permis de supposer que ce refroidissement a été l'origine des accidents.

Ce qui est certain, c'est que le lendemain la scène changea brusquement. Le matin du septième jour, troisième jour de l'éruption, il était huit heures environ, lorsque Mme X..., causant avec sa fille, s'aperçut d'une certaine incohérence dans ses idées; la malade commence des phrases qu'elle n'achève pas, elle bredouille, elle délire; sa mère la trouvant froide prend sa température et constate que le thermomètre est descendu à 36 degrés. L'enfant ne parle plus et bientôt éclate une violente attaque convulsive.

Quand j'arrive à dix heures et demie, je trouve la malade dans un état apoplectiforme, la résolution est complète, la



respiration est stertoreuse, le pouls est petit, mais régulier, les pupilles sont contractées et immobiles, la face est congestionnée et de la bouche sort une écume spumeuse et teintée de sang. L'éruption, si vive la veille, a pâli et est remplacée par des taches inégales et d'une pâleur livide, comme si la peau avait été fouettée de verges. Les règles sont abondantes. La fonction urinaire n'est pas supprimée, mais les urines sont teintées du sang des règles.

Pendant que j'essaye de lutter avec cet état dont je ne dissimule pas l'extrême gravité, je fais prier mon collègue M. J. Simon de venir au plus vite m'aider de ses conseils.

Sous mes yeux, à onze heures et demie, et sans que la malade ait repris connaissance depuis le matin, une nouvelle attaque épileptiforme se déclare; le cri initial de l'épilepsie fait défaut; mais les convulsions toniques sont presque généralisées et les convulsions cloniques éclatent avec une telle violence, que ni dans l'épilepsie, ni dans l'urémie, je n'en ai jamais vu de pareilles.

Après l'attaque, la résolution n'est pas complète, et la malade est prise par instants de contractures partielles, de secousses et de tressaillements musculaires. La température est à ce moment à 38 degrés, c'est-à-dire plus élevée de deux degrés que celle du matin. La respiration est bruyante et embarrassée, de nombreuses mucosités sont accumulées dans la trachée, le râle trachéal est incessant, l'écume qui s'écoule de la bouche et du nez prend une teinte chocolat.

Dès l'arrivée de M. J. Simon nous décidons qu'il y a lieu de mettre la malade dans un bain tiède sinapisé d'une durée et d'une intensité subordonnées aux effets qui seront produits. Il n'y a pas à songer aux médicaments pris par la bouche; le chloral, le bromure de potassium sont donnés en lavements et on pratique des injections sous-cutanées d'éther.

Ces différentes médications sont surveillées de près, mais elles n'apportent dans l'état de la malade aucune modification. La perte de connaissance est toujours absolue, et les attaques épileptiformes se répètent maintenant toutes les heures et deux fois par heure. A trois heures la température atteint 40°,5 et la situation empire à chaque instant. A trois heures et demie, M. J. Simon revient voir la malade, mais tout fait prévoir que la mort est proche, le pouls est presque insaisissable et irrégulier, la respiration est précipitée, les attaques sont maintenant remplacées par des mouvements convulsifs qui agitent incessamment les muscles du visage et du corps, la température dépasse le chiffre considérable de 41°,5; une attaque épileptiforme éclate encore, la dernière, et la jeune fille succombe à quatre heures.

Telle est l'observation de cette rougeole, qui avait débuté avec toutes les allures d'une fièvre éruptive bénigne, et qui brusquement, en quelques heures, a enlevé la malade au milieu de phénomènes convulsifs d'une violence inouïe. La scarlatine plus que la rougeole nous réserve ces surprises. Les anciens observateurs auraient nommé cette rougeole *maligne ;* mais le terme de *malignité*, si fréquemment appliqué par eux aux fièvres éruptives, ne nous satisfait plus aujourd'hui. Pour le remplacer, les hypothèses et les théories ne manqueraient pas, mais je me garde de les aborder.

Physiologie expérimentale.

Du rôle des hématoblastes dans la coagulation du sang, par M. Georges Hayem.

L'étude de la coagulation du sang peut être poursuivie par deux méthodes différentes : la méthode anatomique et physiologique, les procédés chimiques.

Jusqu'à présent, tandis que divers auteurs, et en particulier A. Schmidt et ses élèves, se sont préoccupés surtout des phénomènes chimiques, j'ai de mon côté envisagé exclusivement le point de vue anatomique et physiologique de la question.

En ce qui concerne la théorie générale de la coagulation, les données principales qui découlent de mes observations peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

1° Il existe dans le sang de tous les vertébrés un élément morphologique et constant qui s'altère avec une grande rapidité dès que le sang n'est plus dans des conditions normales. Cet élément représentant le globule rouge dans sa première phase évolutive, je l'ai désigné sous le nom d'*hématoblaste*.

Chez les animaux à globules rouges non nucléés, les hématoblastes ressemblent comme les hématies à des corpuscules sans structure apparente. Chez les vertébrés à globules

rouges nucléés, ce sont des éléments ovoïdes, contenant un noyau, relativement volumineux, analogue à celui des hématies.

2° Les hématoblastes, qu'ils soient corpusculaires ou cellulaires proprement dits, jouent le même rôle physiologique dans toute la classe des vertébrés.

3° Dans tous les cas où le sang se coagule, les hématoblastes sont altérés : les premiers filaments de fibrine partent de leur pourtour et ne se montrent qu'à une époque où ces éléments sont nettement modifiés et empâtés dans une substance qu'ils laissent exsuder avec une grande rapidité.

4° Lorsque le sang reste liquide dans des conditions qui n'exercent pas directement d'influence sur les générateurs de la fibrine, les éléments du sang, y compris les hématoblastes, sont intacts, tandis qu'au contraire, dans les conditions où les hématoblastes s'altèrent, le sang ne peut rester liquide que grâce à l'intervention d'agents qui exercent une action directe sur les générateurs de la fibrine, alors même que les globules rouges et blancs paraissent avoir conservé leur intégrité (froid, sels neutres) (1).

En d'autres termes, je crois avoir établi que les modifications des hématoblastes sont le prélude de la coagulation ; que lorsqu'elles ont lieu le sang devient coagulable et qu'inversement le sang n'est complètement incoagulable que lorsque ces éléments restent inaltérés.

Aujourd'hui il ne s'agit donc plus de démontrer que les hématoblastes concourent au processus de coagulation, mais bien de préciser la nature du rôle qu'ils y jouent, en découvrant le rapport qui doit nécessairement exister entre les faits anatomiques et les faits chimiques.

Bizzozero, après avoir vérifié quelques-unes de mes observations, a tenté d'élucider la question chimique.

Il croit avoir trouvé une méthode expérimentale qui résout le problème d'une manière rigoureuse et il attribue aux hématoblastes (qu'il désigne sous le singulier nom de *plaques* du sang) la propriété de fournir le ferment de la fibrine (2).

Je vais examiner quelle est la valeur des expériences de cet auteur. Sa méthode consiste à recueillir, par le battage du sang, des amas d'hématoblastes et à les faire agir sur un liquide proplastique obtenu avec du sang de cheval par le procédé bien connu d'A. Schmidt. Voici l'expérience qu'il considère comme fondamentale :

« On bat pendant une minute 4 fils de lin de la longueur d'un centimètre à peu près dans quelques gouttes de sang à peine sorties de la veine ; on extrait ensuite les fils du sang, on les lave en les passant rapidement et successivement dans deux verres de montre remplis à l'aide d'une solution à 0,75 pour 100 de chlorure de sodium et on les plonge dans une éprouvette contenant du liquide proplastique. Si on examine à ce moment un des fils au microscope, on le trouve revêtu de grosses couches de plaques et d'un certain nombre de leucocytes et de globules rouges que le lavage n'a pu enlever. Douze, vingt-quatre heures après l'immersion des fils dans le liquide, on trouve un beau coagulum fibrineux qui tantôt se borne à revêtir et à souder entre eux les fils, tantôt forme une couche de un ou plusieurs millimètres sur le fond du vase, tantôt enfin (et cela souvent) occupe toute la hauteur du liquide. Quand les plaques qui revêtent les fils sont abondantes, la coagulation a lieu plus rapidement et d'une manière plus complète. »

Evidemment, dans cette expérience, la coagulation ne peut être due que : 1° aux fils qui agissent comme corps étrangers ; 2° aux globules rouges ou blancs ; 3° aux plaques (3). »

(1) Sur la formation de la fibrine étudiée au microscope (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 7 janvier 1878). Des hématoblastes et de la coagulation du sang (*Revue internat. des sc.*, mars 1878). Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des vertébrés (*Arch. de physiol. norm. et path.*, 1878-79). Nouvelles recherches sur la coagulation du sang, première partie : du rôle des éléments figurés dans la coagulation (*Union médicale*, 1882).

(2) J. Bizzozero. D'un nouvel élément morphologique du sang et de son rôle dans la thrombose et dans la coagulation (*Arch. ital. de biologie*, t. III, fasc. 1, p. 94 et suiv.).

(3) *Loc. cit.*, p. 111.

Arrêtons-nous là et voyons si réellement il est possible, en opérant de cette manière, de ne recueillir sur des fils que des hématoblastes mélangés avec quelques globules rouges et blancs.

L'auteur n'indique pas dans ce passage à quel animal il emprunte le sang. C'est là une lacune importante, la vulnérabilité des hématoblastes et par suite la coagulabilité du sang, étant variables, d'après mes observations, suivant les espèces animales. Mais il résulte très évidemment d'un autre passage du même mémoire que l'expérience a été faite avec le sang du chien.

On omet également de nous dire à quelle température l'expérience a été exécutée, et cela est d'autant plus fâcheux, que d'après mes recherches les altérations des hématoblastes s'effectuent beaucoup plus rapidement à une température voisine de celle du corps qu'à une basse température. Dans ce cas encore il y a un rapport très étroit entre la vulnérabilité des hématoblastes et la coagulabilité du sang, de sorte que dans des expériences de ce genre on devrait toujours tenir compte de la température du milieu dans lequel on opère. Je supposerai, ce qui est très vraisemblable, que l'expérience a été faite à la température ordinaire du laboratoire, c'est-à-dire vers 15 à 17 degrés centigrades.

Cela posé, pour vérifier l'expérience de Bizzozero, j'ai pris comme lui du sang de chien obtenu par la section d'une des veines de l'oreille et l'ai battu immédiatement avec un petit pinceau formé par l'assemblage de quatre fils de lin très fins. Après le battage ces fils ont été lavés rapidement et successivement dans deux verres de montre contenant une certaine quantité de solution de chlorure de sodium à 0,75 pour 100. Mais au lieu de projeter ces fils dans un liquide proplastique, je les ai examinés immédiatement au microscope dans cette même solution sodique. Mes expériences de contrôle ont été faites par une température extérieure qui a varié de 15 à 17 degrés centigrades et je n'ai laissé s'écouler que soixante secondes depuis le moment où la première goutte de sang est sortie de la veine jusqu'au moment où les fils ont été lavés dans le liquide salé.

Lorsque les animaux qui m'ont servi avaient un sang très coagulable, j'ai reconnu au microscope que dans ces conditions les fils avaient retenu non seulement des amas d'hématoblastes, des globules blancs et des globules rouges, mais encore des mèches filamenteuses de fibrine, parfois même assez abondantes.

Dans les cas où le sang était moins coagulable et ne se prenait en gelée que trois minutes ou trois minutes et demie après le battage, les fils examinés immédiatement au microscope n'avaient retenu que des éléments du sang et particulièrement des amas d'hématoblastes, sans trace apparente de filaments de fibrine. Les amas d'hématoblastes étaient tantôt adhérents aux fils, tantôt libres dans le liquide de la préparation. Presque toujours les plus gros d'entre eux renfermaient dans leur masse des globules blancs et des globules rouges.

En poursuivant l'examen de ces amas au microscope, je les vis subir en quelques minutes toutes les modifications qu'ils éprouvent dans le sang pur pendant le processus de coagulation, modifications que j'ai décrites dans mes publications antérieures. Bientôt un certain nombre d'entre eux furent reliés les uns aux autres par des filaments de fibrine, tandis que ceux qui étaient isolés prirent un aspect à la fois finement granuleux et fibrillaire.

Il est important de savoir que lorsqu'on examine au microscope une goutte de sang de chien étalé en lame mince, ce sang se coagule complètement sans qu'on puisse apercevoir les filaments très fins et peu réfringents du réticulum. Cette couche mince de sang n'est cependant qu'un petit caillot, mais les filaments qui la traversent dans tous les sens ne deviennent apparents qu'après avoir été colorés à l'aide

d'une substance capable de se porter activement sur la fibrine (iode, fuchsine).

Il peut donc y avoir dans une préparation des filaments de fibrine sans que l'examen microscopique simple puisse vous renseigner sur ce point. Avec le sang du chien la fibrine ne devient apparente que dans les cas où la préparation est traversée par de véritables trousseaux de filaments plus ou moins épais. Aussi dans mes préparations ai-je eu soin, pour éviter de méconnaître la présence de la fibrine, de faire d'abord passer par capillarité à travers la préparation un courant d'eau distillée, puis de l'eau iodo-iodurée, et il devint évident, dans chaque expérience, que les fils de lin entraînent sinon toujours de la fibrine déjà formée, au moins tous les éléments qui lui donnent naissance, puisque dans tous les cas j'ai vu la fibrine se montrer au bout de quelques minutes.

On conviendra d'autre part qu'il est impossible de prétendre que cette fibrine provenait de la solution chlorurée sodique employée pour faire la préparation microscopique.

D'autres expériences pratiquées avec des fils de lin détordus dans le but de rendre l'examen histologique plus facile me donnèrent exactement les mêmes résultats.

Dans toutes mes préparations faites avec ces fils détordus ou non, je fis cette remarque que, malgré le lavage effectué deux fois dans la solution sodique, le liquide entourant les fils était relativement riche en globules blancs et en globules rouges. Il était donc évident que les fils de lin, s'imbibant à la façon de petites éponges, entraînaient facilement ces derniers éléments et ne pouvaient en être débarrassés ensuite par le lavage.

Je voulus donc voir ce qu'on obtiendrait en employant d'autres corps étrangers pour effectuer le battage. Je fis alors des essais en me servant d'un petit pinceau formé par l'assemblage d'une douzaine de poils de blaireau préalablement bien dégraissés et bien séchés.

Dans tous les cas où le sang de chien n'était pas d'une grande coagulabilité, le lavage des poils, après le battage, entraîna d'une manière si complète les éléments retenus par eux, qu'à l'examen microscopique il me fut difficile de retrouver à leur surface quelques petits amas d'hématoblastes. Cependant ceux-ci donnèrent ultérieurement naissance à quelques filaments de fibrine. Mais toutes les fois que le sang fut très coagulable et que le lavage laissa subsister autour des poils une bonne partie des hématoblastes enlevés par le battage, je vis constamment au microscope, et cela immédiatement, qu'une certaine quantité de fibrine reliait entre eux les poils et les principaux amas d'hématoblastes altérés. Il y avait, en même temps, entremêlés avec ces amas et la fibrine, des traînées assez volumineuses de globules rouges et un certain nombre de globules blancs, c'est-à-dire en somme tous les éléments d'un caillot sanguin.

On voit donc que si l'on voulait utiliser pour le battage du sang des corps se laissant plus facilement que les fils de lin débarrasser des éléments non adhérents, on serait dans l'alternative d'employer des filaments complètement dépouillés des parties qu'ils avaient retenues et par conséquent inactifs, ou bien de projeter dans le liquide proplastique un fragment de caillot complet.

La méthode de Bizzozero est donc inexécutable aussi bien avec des poils qu'avec des fils de lin.

Cette impossibilité d'enlever au sang les hématoblastes sans entraîner de la fibrine, soit toute formée, soit en voie de formation, n'a pas été pour moi un sujet d'étonnement. Je sais depuis longtemps que les hématoblastes doivent la propriété de se mettre en amas à l'exsudation d'une substance visqueuse, d'aspect muqueux, qui se transforme bientôt en fibrine complète. De sorte que dans les cas où l on constate, autour des corps étrangers, des hématoblastes réunis par leur empâtement dans cette substance, on n'est pas en droit d'affirmer qu'il n'existe pas encore de fibrine toute formée. D'ailleurs, les filaments de fibrine qui apparaissent en premier lieu autour des amas d'hématoblastes ne peuvent être reconnus en général que dans certaines conditions favorables à ce genre d'examen microscopique.

Il m'a donc paru intéressant de rechercher, dans les conditions auxquelles je fais ici allusion, ce que deviennent les hématoblastes du sang du chien au bout d'une minute.

J'ai refait alors quelques expériences analogues à celles que j'ai publiées dans mon Mémoire de 1878 et qui étaient destinées à mettre en évidence, par le procédé de la dessiccation, la marche progressive des altérations des hématoblastes avant l'apparition de la fibrine.

Le sang du chien étant très coagulable, ces altérations évoluent très rapidement dans le sang issu des vaisseaux de cet animal. C'est pour cette raison que, lorsqu'on cherche à fixer par dessiccation rapide les hématoblastes du chien, même à une basse température, on n'obtient que très difficilement des éléments normaux. La plupart d'entre eux sont très modifiés, et cependant avec un peu d'habitude on parvient à ne laisser s'écouler qu'un intervalle de quatre à cinq secondes entre le moment où le sang sort du vaisseau et celui où la couche de sang étalée en lame mince sur la plaque de verre est complètement desséchée. Nombre de fois j'ai vu dans des préparations faites par des élèves qui n'avaient pas encore acquis une habileté suffisante que les hématoblastes du chien étaient réunis en amas, au lieu d'être isolés comme dans une bonne préparation et que, de plus, il s'était formé entre quelques-uns de ces amas des traînées fibrineuses.

J'ai, pour compléter ces données, recueilli sur une lame de verre bien propre une goutte de sang de chien immédiatement à sa sortie des vaisseaux et j'ai mis cette lame sous une cloche humide pendant cinquante-cinq secondes. A la cinquante-cinquième seconde, j'ai étalé rapidement le sang en couche mince et l'ai fait sécher en secouant fortement la lame de verre de manière à obtenir la dessiccation complète à la soixantième seconde. Il m'a suffi alors de regarder cette préparation au microscope pour voir que les amas d'hématoblastes étaient presque tous reliés les uns aux autres par des filaments de fibrine.

On peut laver la préparation avec de l'eau distillée, puis la colorer par la solution alcoolique au tiers de fuchsine, pour faire apparaître d'une manière plus nette encore les amas d'hématoblastes altérés et les filaments fibrineux qui en partent. Dans certains cas, il n'est même pas nécessaire d'attendre jusqu'à la cinquante-cinquième seconde pour que la préparation laisse apercevoir de la fibrine; assez souvent avec le sang du chien, on trouve déjà au bout de quarante-cinq secondes une certaine quantité de fibrine. On voit partir de quelques amas d'hématoblastes de petits prolongements encore courts, mais ayant tous les caractères de la fibrine et dans certains cas de petites traînées fibrineuses qui réunissent deux ou trois amas voisins. On obtient des résultats analogues en opérant avec le sang du lapin, qui est presque aussi coagulable que celui du chien.

Ainsi, dans le sang abandonné à lui-même, c'est-à-dire dont la coagulation n'a pas été hâtée par le battage, au bout d'une minute et parfois même avant, il y a de la fibrine formée.

Il est donc absolument certain que Bizzozero a plongé dans le liquide proplastique, non seulement des éléments figurés du sang, mais bien toutes les parties constituant un caillot complet.

Que dans les cas où la fibrine n'était pas encore apparente sur les fils, elle devait cependant exister en certaine proportion dans les amas d'hématoblastes et ne pas tarder à se former plus complètement, puisqu'en pareille circonstance on la voit apparaître au bout de quelques minutes lorsqu'on plonge les fils de battage au sein d'un liquide indifférent.

Voilà ce que vaut cette expérience prétendue rigoureuse

à l'aide de laquelle Bizzozero tranche la question du mode d'influence des hématoblastes sur la coagulation du sang. Elle reproduit purement et simplement, sous une autre forme, une expérience faite pour la première fois en 1845 par Buchanam et qui consiste à faire coaguler certains liquides organiques, non spontanément coagulables, tels que ceux du péricarde, de l'hydrocèle, de l'ascite, etc., en y ajoutant un fragment de caillot lavé (1).

Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, les recherches de Bizzozero n'ont donc fait qu'enfoncer une porte ouverte.

Il me reste à faire une dernière objection qui n'est pas moins grave que la précédente.

Pour se rendre compte de la nature de la matière abandonnée au plasma par les hématoblastes, nous avons vu que l'auteur se sert du liquide proplastique préparé par la méthode d'A. Schmidt. En bonne logique n'aurait-il pas dû s'inquiéter tout d'abord de savoir ce que renferme ce liquide?

Or, lorsqu'on traite du sang frais sortant des vaisseaux par une solution concentrée de sulfate de magnésie, dans la proportion d'un tiers ou d'un quart, comme le fait A. Schmidt pour la préparation du liquide proplastique, les hématoblastes, ainsi qu'il est facile de s'en assurer, sont loin de rester intacts. Ils se réunissent en amas plus ou moins volumineux qui restent en suspension dans les couches supérieures du liquide et au bout de quelque temps ils pâlissent et se désagrègent en partie.

Ces amas sont enlevés ensuite presque tous par la décantation, de sorte que le plasma salé ou liquide proplastique, même lorsqu'il a été filtré, contient certainement une bonne partie des hématoblastes, ou tout au moins une proportion plus ou moins notable de la matière provenant de leur altération. Et rien ne prouve que la dessiccation du liquide décanté et filtré, puis la reprise par l'eau de la partie sèche, détruise cette matière, puisque ces manipulations n'altèrent pas les propriétés du plasma salé.

D'ailleurs, rien n'est plus difficile que d'empêcher les hématoblastes de s'altérer dans le sang extrait des vaisseaux, et A. Schmidt n'a pas pu parvenir à séparer le plasma des éléments anatomiques avant toute modification de ceux-ci.

J'ai répété l'expérience de cet auteur sur le plasma filtré à zéro, en opérant avec du sang de cheval préalablement refroidi à zéro dans un segment de jugulaire, et débarrassé par le repos des globules rouges et de la plupart des blancs, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la séparation du plasma et des éléments anatomiques, et j'ai obtenu néanmoins un liquide coagulable, qui contenait par conséquent tous les générateurs de la fibrine.

Mais il m'a suffi d'ajouter seulement 10 pour 100 de solution concentrée de sulfate de magnésie au plasma filtré dans ces conditions pour en empêcher indéfiniment la coagulation. Le sulfate de magnésie s'oppose donc à la coagulation d'un liquide contenant tous les générateurs de la fibrine, c'est-à-dire spontanément coagulable. Et cela est si vrai que, soumis à la dialyse, le mélange salé se coagule quand il est suffisamment appauvri en sel.

Tout est donc absolument défectueux dans le travail de Bizzozero : le choix du liquide, la rigueur de l'observation microscopique, l'exactitude du raisonnement. Il ne reste que les prétentions de l'auteur qui ne peuvent en imposer qu'aux personnes peu familiarisées avec l'étude de ces délicates questions.

(1) Buchanam. On the coagulation of the blood and others fibriniferous liquids (*Lond. med. Gaz.*, 1845, VI (n. series), p. 617).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De la préparation et du mode d'emploi des cultures atténuées par le chauffage, pour servir aux inoculations préventives contre le charbon, par M. *A. Chauveau*. — L'auteur rappelle en peu de mots la succession des opérations qui lui ont permis de rendre les cultures charbonneuses inoffensives en faisant intervenir l'action de la chaleur : 1° ensemencement, avec une goutte de sang charbonneux frais, d'un matras contenant du bouillon de poulet très clair ; 2° exposition du matras pendant vingt heures environ dans un thermostat, maintenu à la température constante de + 43 degrés, pour le développement de la semence en mycélium fragmenté dépourvu de spores; 3° chauffage de la culture pendant trois heures dans un thermostat à + 47 degrés, chauffage destiné à produire l'atténuation de la virulence du mycélium. La culture est alors prête à servir de semence pour un grand nombre d'autres cultures de deuxième génération, qui seront appliquées aux inoculations préventives. Du reste, la culture de première génération peut aussi fournir directement ces spores atténuées, quand on la soumet à la température eugénésique après le chauffage à + 47 degrés. Voilà les principes ; l'auteur s'attache ici à en établir les conditions d'application :

1° Pour obtenir la semence, il féconde toujours le matras où elle doit se faire avec du sang frais de cobaye, et ne prolonge jamais la culture au delà de vingt heures, la température étant maintenue aussi exactement que possible à + 43 degrés. L'expérience a enseigné que c'est dans la période comprise entre la douzième et la vingtième heure de la culture que le mycélium fragmenté qui en résulte est le mieux disposé à subir l'atténuation par le chauffage rapide.

2° C'est à la température de + 47 degrés qu'il expose pendant trois heures le mycélium de cette culture pour y déterminer l'atténuation fondamentale. Il ne faut jamais descendre au-dessous de cette température, mais on peut sans inconvénient, peut-être même avec un certain avantage, monter jusqu'à + 49 degrés.

3° Si l'on n'a soin de veiller à ce que la couche liquide du fond du matras soit également épaisse dans tous les récipients, on s'expose à obtenir des résultats fort divers. Le résultat qu'on peut appeler *normal* s'observe communément dans les matras Pasteur, du modèle ordinaire le plus grand, garnis de 20 grammes de bouillon. La culture qui résulte de l'exposition de ces matras à la température + 35 degrés, + 37 degrés, pendant cinq à sept jours, est généralement plus ou moins riche en belles spores, douées d'un commencement d'atténuation et surtout de la propriété de s'atténuer davantage sous l'influence du chauffage à + 80 degrés. Mais, si les matras ne contiennent qu'une très petite quantité de bouillon ne formant qu'une couche mince au fond du récipient, le développement, qui marche plus vite, aboutit rapidement à une abondante formation de spores dans lesquelles l'aptitude à l'atténuation est très faible.

« C'est là, du reste, dit l'auteur, un fait très général, et qui mérite mieux qu'une mention incidente à propos des cultures atténuées du charbon. Je me bornerai à dire en ce moment que l'influence des milieux de culture en couche mince, influence toujours très évidente, ne s'exerce pas constamment dans le même sens et peut varier avec les autres conditions de l'expérience. »

Quant aux procédés d'inoculation, M. Chauveau emploie, comme M. Pasteur, l'injection sous-cutanée des liquides atténués, mais à la dose de deux gouttes seulement pour chaque

inoculation sur les animaux de l'espèce ovine, et de quatre gouttes pour ceux de l'espèce bovine. Ces derniers sont inoculés à la face externe de l'oreille, région excellente, où l'on est assuré de ne point produire les œdèmes graves qui ont si souvent alarmé les vaccinateurs quand ils se sont adressés à d'autres régions. Pour les moutons, on choisit indifféremment cette même région de l'oreille ou la face interne de la cuisse.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1884.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question : Anatomie pathologique des cancers. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : De la sclérose en plaques disséminées. — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question : Traumatisme et grossesse; leur influence réciproque. — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voyez n° 51, p. 839, les conditions de ce concours.) — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. — Il sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. HENRI BUIGNET. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DAUDET. — Question : Du lymphadénome. — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme VERNOIS. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Il sera de la valeur de 800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. — Il sera de la valeur de 2500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR FALRET. — Question : Des folies diathésiques. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA. — Question : De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.

D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés? Dans quels organes séjournent-ils? A quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies? Quels troubles amènent-ils dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent? Quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets? Enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

» Des expériences nouvelles seront tentées sur les contrepoisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes, où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rendra inertes ou beaucoup moins actifs? »

Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

PRIX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question : De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyréoïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. ET Mme SAINT-PAUL. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement, qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

» Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

NOTA. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1884 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1884. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Barbier, Godard, Desportes, Buignet, Vernois, Lefèvre et Saint-Paul, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages et mémoires envoyés au concours. Les auteurs auront la liberté de faire prendre copie (*à leurs frais*) des manuscrits, au secrétariat de l'Académie.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *Vidal*, récemment élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, est admis à prendre place parmi ses collègues.

M. le docteur *Auburtin* fait don de nombreux manuscrits et ouvrages de M. le professeur *Bouillaud*, ainsi que des livres de sa bibliothèque.

M. *Lepage* (de Gisors), correspondant national, envoie une Note manuscrite sur *l'examen de quelques extraits de quinquina, de belladone et de ciguë du commerce de la droguerie.*

M. le docteur *Bitot* (de Bordeaux) adresse une *Note critique*, imprimée, *sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la*

doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la 3e circonvolution frontale gauche.

Mme *Lecorre*, sage-femme à Meaux, et M. le docteur *Tuloup*, à Digoin, envoient les listes des vaccinations qu'ils ont pratiquées en 1883. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° une partie de la collection des *Rapports du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure de 1831 à 1882*; 2° au nom de M. le docteur *Hanot*, une *Notice sur le professeur Lasègue*; 3° de la part de M. le docteur *Martin* (*Ernest*), un ouvrage intitulé : *Exposé des principaux passages contenus dans le Si-Yuen-La*, ou médecine légale (en Chine) ; 4° au nom de M. le docteur *Dumas* (de Montpellier), une brochure ayant pour titre : *De la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée* ; 5° de la part de M. le docteur *L. Ernault*, un ouvrage imprimé *sur les idées et les connaissances médicales chez les Celtes*; 6° au nom de M. le docteur *Gignoux* (de Lyon), une brochure intitulée : *Observations de pneumonies traitées par les bains froids.*

M. *Bourgoin* présente la 2e édition du *Manuel clinique de l'analyse des urines*, par M. *Yvon*.

M. *Oulmont* dépose, au nom de M. le docteur *Stutel*, un *Rapport sur l'épidémie de diphthérie et d'angines diphthéritiques qui a régné à Saint-Dié en 1880 et 1881*. (*Commission des épidémies.*)

M. *Ball* fait hommage, en son nom et au nom de M. le docteur *E. Régis*, d'un mémoire *sur les familles des aliénés au point de vue biologique.*

Renouvellement du bureau pour 1884. — Par 49 voix sur 54 votants, M. *Fauvel* est élu vice-président pour 1884 ; M. Bergeron obtient 3 voix; M. Jules Guérin, 1 et M. Moutard-Martin, 1.

M. *Proust* est renommé secrétaire annuel, par acclamation.

MM. *Moutard-Martin* et *Trélat* sont élus membres du Conseil.

Le renouvellement partiel des commissions permanentes donne lieu aux résultats suivants : pour la commission des épidémies : MM. *Féréol* et *Le Roy de Méricourt;* pour la commission des eaux minérales : MM. *Jules Lefort* et *Vidal ;* pour la commission des remèdes secrets et nouveaux : MM. *Méhu* et *Caventon;* pour la commission de vaccine : MM. *Jules Guérin* et *Bouley;* pour la commission de l'hygiène de l'enfance : MM. *Th. Roussel* et *Brouardel.*

Bacilles tuberculeux. — M. *Colin* (d'Alfort) répond de nouveau à M. Germain Sée (voy. les séances des 4 et 11 décembre). Où est la preuve, dit-il, que les bacilles que l'on trouve dans l'air ont constamment pour origine un organisme malade? On prétend, d'autre part, que les bacilles tuberculeux ne peuvent vivre et se reproduire qu'à une température de 35 à 40 degrés; ils seraient donc susceptibles tout au moins de vivre dans l'air pendant la saison chaude, de même que dans les litières, les fumiers, les matières en fermentation, etc. D'ailleurs, comme ces microbes, entraînés dans les voies respiratoires avec les poussières de l'air, y trouvent un milieu favorable à leur développement, on ne peut pas affirmer que les bacilles des crachats ne viennent pas directement de l'extérieur et qu'ils soient nécessairement et exclusivement dérivés des tubercules du sujet sur lequel on les rencontre.

On a également démontré que dans les infusions chargées de matières organiques les êtres microscopiques changent d'un moment à l'autre par suite des modifications survenues dans l'état du milieu ou dans les conditions d'existence. D'où il résulte que le petit bacille peut fort bien succéder au leptothrix et au leptomitus du mucus normal dans le mucus épais et hétérogène du tuberculeux, d'autant que les crachats des phthisiques renferment assurément des éléments plus ou moins altérés. Le point important à élucider, est celui de savoir si, comme le dit M. Germain Sée, le bacille en question produit seul, par inoculation, la tuberculose ; M. Colin demande quelles sont les expériences par lesquelles on a démontré qu'il en est ainsi avec le bacille inoculé à l'état d'isolement complet, combien de fois ces expériences ont été faites, par quel procédé d'inoculation, sur quels animaux et avec quelle quantité d'éléments virulents. Il trouve, en outre, la théorie du bacille générateur du tubercule inconciliable avec les faits observés chez les animaux et incapable d'expliquer l'hérédité de la phthisie : dira-t-on que les bacilles des ascendants passent aux produits et qu'ils attendent quinze, vingt, trente ans avant de consommer leur travail pathologique, ou bien dira-t-on que les bacilles des voies aériennes, de l'appareil digestif, n'envahissent que les ganglions mésentériques, les méninges et les poumons des sujets issus de parents tuberculeux ?

Trichinose. — L'épidémie de trichinose que M. le professeur *Brouardel* vient d'aller étudier, avec M. *Grancher*, dans un petit village de la Saxe, à Emersleben, a eu pour origine un porc trichiné, né d'un père anglais et d'une mère du pays, élevé dans l'écurie; il fut tué le 12 septembre ; le boucher en donna une tranche à deux de ses voisins, qui la hachèrent eux-mêmes et la mangèrent crue le 13 ; tous deux tombèrent malades le 16 et moururent un mois après; ce sont les deux seules personnes qui mangèrent de la viande de ce porc non mélangée avec celle d'un autre animal de même espèce. La pâtée préparée par le boucher avec d'autre viande fut vendue du 13 au 19 septembre ; tous les consommateurs, à l'exception de cinq qui mangèrent cette viande légèrement cuite, firent usage de cette viande absolument crue, étendue comme du fromage sur du pain, à la mode allemande ; il y eut bientôt 250 malades dont 42 moururent ; dans les villages voisins, des saucisses vendues par ce même boucher provoquèrent 126 cas de trichinose, parmi lesquels 11 morts. Au début, la nature des accidents fut méconnue, on les considéra comme des diarrhés cholériformes, soit spontanées, soit dues à un empoisonnement par les saucisses ; le neuvième jour toutefois, on parvint à déterminer le véritable caractère de la maladie, qui ne peut faire de doute; d'ailleurs, MM. Brouardel et Grancher ont pu pratiquer deux autopsies dans lesquelles ils ont retrouvé des trichines en abondance dans tous les muscles d'élection. Chose remarquable : le temps qui s'est écoulé entre le moment où le porc trichiné a été abattu et celui où sa viande a été ingérée a eu une influence notable sur l'intensité des accidents; plus cette durée a été longue, plus les accidents ont perdu de leur gravité ; à Emersleben le même hachis trichineux a déterminé la mort de 33 pour 100 de ceux qui en ont mangé le lendemain de la mort de l'animal ; six jours plus tard aucun des consommateurs n'a eu d'accidents mortels. Enfin les personnes qui mangèrent de cette viande cuite furent seules à l'abri de la maladie ; c'est ainsi qu'une famille de cinq personnes, où fut prise cette précaution, ne fut pas incommodée, tandis que la cuisinière, qui avait soustrait préalablement une tranche pour la manger crue, ne tarda pas à devenir malade.

M. Brouardel examine ensuite quelle sécurité l'examen de la viande de porc peut donner, et il s'appuie sur les résultats fournis en Allemagne par cette inspection. La recherche de la trichine, dit-il, facile quand l'animal est entier, probante quand elle est pratiquée par des micrographes compétents, devient longue, difficile et peut rester infructueuse, même pratiquée par ces micrographes, lorsqu'il ne leur est plus possible d'aller chercher la trichine dans ses lieux d'élection ; d'autre part, cette recherche est inutile lorsque les habitudes des consommateurs assurent à ceux-ci par la cuisson de la viande une sécurité absolue. Aussi M. Brouardel ajoute-t-il que l'étude de l'épidémie d'Emersleben l'a convaincu que l'on ne s'est jamais trouvé en France en présence de malades gravement atteints de trichinose. Faut-il donc, comme le demande une proposition de loi déposée à la Chambre des députés, interdire de nouveau l'importation dans notre pays de viandes de porc salées américaines, interdiction récemment levée par le gouvernement? M. Virchow a déclaré à MM. Brouardel et Grancher qu'à sa connaissance il n'était pas scientifiquement démontré que la consommation de la viande porcine américaine eût donné naissance à un seul cas de trichinose humaine isolé ou à plusieurs simultanément développés en forme d'épidémie; cependant en Allemagne

le porc américain est consommé cru; même dans ces conditions, M. Virchow affirme qu'il n'est pas démontré qu'un seul cas de trichinose humaine soit imputable à cette ingestion. La prohibition de ces viandes ne saurait, *a fortiori*, se justifier en France, où nous avons pris la sage habitude de manger la viande de porc cuite.

Tel est le résumé du rapport envoyé par M. Brouardel à M. le ministre du commerce et lu par lui à l'Académie.

M. *Colin* (d'Alfort) fait remarquer, d'après ses expériences antérieures, que la putréfaction ne tue pas la trichine, mais que la salaison, même modérée, ne tarde pas à la détruire de plus en plus profondément, ce qui explique pourquoi les personnes qui ont mangé dans les derniers jours des saucisses préparées par le boucher d'Emersleben n'ont pas éprouvé d'accidents graves; il fait aussi remarquer que le porc incriminé a été nourri à l'écurie et qu'il a pu y contracter la trichinose par l'ingestion de souris ou de rats, ces animaux en étant très souvent atteints. — M. *Le Roy de Méricourt* rappelle qu'il existe de grandes analogies, ainsi qu'il l'a prouvé dès 1864, entre la trichinose et l'acrodynie; il faut y prendre garde. — M. *Brouardel* répond que M. Grancher lira dans la prochaine séance un mémoire sur les particularités symptomatologiques et anatomo-pathologiques observées dans l'épidémie d'Emersleben. — M. *Bouley* donnera connaissance, à cette même séance, de ses rapports au Comité consultatif d'hygiène publique de France sur l'importation des viandes américaines, et l'Académie, sollicitée par l'invitation de M. le ministre du commerce, transmise par M. *Wurtz*, se prononcera sur cette question.

Angine de poitrine. — M. *Hérard* montre des pièces anatomiques provenant d'un sujet qui a succombé à des accès manifestes d'angine de poitrine; on y remarque un rétrécissement considérable des deux artères coronaires, sans lésion des plexus cardiaques. — Ce qui m'étonne, objecte M. *Constantin Paul*, c'est de voir une lésion permanente se traduire par des accès intermittents. — Lorsque le cœur est au repos, répond M. *Hérard*, il peut suffire à l'irrigation sanguine; vienne une fatigue violente, une vive émotion, l'irrigation devient insuffisante et les symptômes de l'angoisse apparaissent; ce sont là des faits constatés fréquemment chez les animaux atteints d'oblitération artérielle. — N'en est-il pas de même, ajoute M. *Hardy*, pour les tumeurs cérébrales qui produisent des convulsions intermittentes? — Et la compression digitale d'un anévrysme ne détermine-t-elle pas des douleurs très vives dans le membre où il siège? dit encore M. *Léon Le Fort*.

Dilatation de la trompe d'Eustache. — M. le docteur *E. Ménière* fait connaître le procédé qu'il emploie pour guérir les rétrécissements de la trompe d'Eustache. Ayant introduit dans le cathéter une bougie d'un calibre légèrement supérieur à celui de la bougie que laisse passer le rétrécissement, il la pousse doucement jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par l'obstacle; puis il laisse le tout en place en faisant incliner un peu avant la tête du malade pendant le temps nécessaire (jusqu'à trente minutes) pour que le cathéter, faisant levier, entraîne avec lui la bougie que la trompe dilatée ne retient plus. Cette manière de procéder est recommencée tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, en augmentant progressivement le calibre de la bougie. Il ajoute que les bougies trempées dans des solutions médicamenteuses et en contact pendant un certain temps avec la muqueuse de la trompe fournissent au médecin otologiste un excellent moyen de traitement.

Le 1er janvier 1884 étant un mardi, l'Académie ne se réunira que le mardi suivant, 8.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Nomination de commissions. — Ostéoclasie et ostéotomie. — Honorariat. — Rapports. — Résection de la hanche. — Origine non syphilitique du rachitisme.

Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places vacantes de correspondants nationaux; sont nommés : MM. Trélat, Tillaux, Chauvel, Lannelongue.

Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places vacantes de correspondants étrangers; sont nommés : MM. Verneuil, Richelot, Lucas-Championnière, Polaillon.

— M. *Labbé* présente, de la part de M. Daniel Mollière, les photographies des malades qui ont subi l'ostéoclasie; le chirurgien de Lyon a fait quatre-vingt-une fois cette opération sans accidents avec l'appareil de M. Robin. Le plus souvent il s'agissait du genu valgum, quelquefois d'ankylose du genou à angle droit ou de fractures mal consolidées. L'appareil de M. Robin permet de fracturer l'os en un point fixé d'avance. M. Daniel Robin fera d'ailleurs une communication sur ce sujet.

M. *Larger* présente le moulage d'un genu valgum rachitique redressé par torsion chez un enfant de cinq ans. Il a produit une entorse juxta-épiphysaire. M. Ollier accepte ce procédé opératoire, mais il pense que les résultats manqueront de précision.

M. *Tillaux* croit être le premier qui ait fait l'ostéoclasie à Paris, vers 1875, à Lariboisière, pour un genu valgum. Il avait opéré avec la main, mais par un procédé différent de celui de M. Delore (de Lyon). Depuis, il a fait trente fois cette opération. C'est en voyant opérer M. Tillaux que M. Collin eut l'idée de faire son rapport.

Il y a une grande distinction à établir entre l'ostéoclasie, chez les rachitiques, et l'ostéoclasie pour le genu valgum ordinaire; jamais M. Tillaux n'a opéré le redressement chez les rachitiques. Dans le genu valgum, au contraire, le redressement est le seul moyen de traitement. L'ostéoclasie a toujours donné à M. Tillaux de bons résultats.

M. *Delens*, depuis 1875, a fait dix fois le redressement du genu valgum par l'appareil Collin, les manipulations forcées et l'ostéotomie.

Deux fois le redressement a été fait par les manipulations forcées; l'articulation a souffert et la marche ne fut pas facile.

Quatre fois avec l'appareil Collin; il y eut épanchement articulaire et la marche fut longtemps difficile.

Quatre fois par l'ostéotomie; il n'y eut aucun accident; pas de réaction articulaire, et la guérison fut plus rapide. Quand M. Delens a employé l'appareil de M. Collin, cet appareil n'était pas perfectionné comme aujourd'hui; il emploierait volontiers l'appareil perfectionné.

M. *Després* a vu le genu valgum se reproduire deux ans après l'opération. Il présente un malade qui a un genu valgum par atrophie musculaire; il va le traiter par l'électricité et le guérir sans opération.

M. *Le Fort*. La malade de M. Després n'a pas un genu valgum. Quand le sujet fléchit le genou, il n'y a plus de genu valgum; chez le malade présenté, c'est l'inverse qui se produit. Il s'agit simplement d'un commencement de rotation du tibia sur le fémur par affaiblissement musculaire.

M. *Verneuil*. Si l'on entend par genu valgum toute attitude du membre inférieur dans laquelle la cuisse et la jambe font un angle obtus en dehors, le malade de M. Després est atteint de genu valgum. Mais ce n'est ni le genu valgum rachitique, ni le genu valgum par défaut d'ossification des cartilages épiphysaires; il faudrait établir une troisième variété.

Le genu valgum des adolescents, quand il ne date que de quelques mois, est curable par les appareils de l'immobilisation. Si l'on parle de l'ostéoclasie, il faut distinguer l'ancien appareil Collin du nouvel appareil. Le premier déterminait des lésions articulaires; avec le nouveau, on obtient des résultats excellents. Chez les individus opérés par M. Verneuil, la fracture s'est produite au-dessus des condyles, ce qui est une heureuse condition.

M. *Després* dit que son malade a son mal depuis six semaines; il a une paralysie du muscle couturier; les genu valgum paralytiques doivent être plus fréquents qu'on ne pense.

— M. *Tarnier* est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Richelot* fait un rapport verbal sur des observations adressées par M. Bertin (de Gray).

1° Rein flottant; sensation de ballottement simulant la grossesse.

2° Abcès du rein après l'accouchement; ponctions capillaires; injections iodées; large ouverture; pleurésie intercurrente; guérison.

3° Traitement d'un angiome de la région carotidienne et de la joue par la ligature de l'artère carotide primitive, chez un enfant d'un an; guérison.

— M. *Nepveu* lit une observation de résection de la hanche droite pour une coxalgie datant de l'enfance. La malade avait dix-sept ans. Guérison. Le raccourcissement fut de 10 centimètres. Il se forma une ankylose réunissant le fémur à l'os iliaque.

— M. *Guéniot* a présenté, il y a huit mois, un enfant atteint de rachitisme développé et guéri dans le sein maternel. Une enquête faite près du mari, de la mère, des autres enfants, n'a indiqué aucune trace de syphilis. L'enquête a été faite séparément par M. Guéniot et par M. Fournier. La syphilis était donc étrangère au développement du rachitisme.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Hypnotisme : MM. Ch. Richet, Regnard, Laborde. — Réactions des dextrines : M. Rabuteau; discussion : M. Dastre. — Action comparée du curare sur les différents animaux : M. Stassano. — Monstre otocéphalien : MM Duval et Hervé. — Persistance d'activité infectieuse des crachats tuberculeux : MM. Malassez et Vignal. — Fistule biliaire : M. Dastre. — Rôle des microorganismes dans la suppuration : M. Straus. — Diathèse de contracture : MM. Charcot et Richer. — Phénomènes d'hypnotisme : M. Magnin.

M. *Ch. Richet*, à propos des expériences de M. Brémaux sur l'hypnotisation des jeunes gens, confirme les faits avancés par M. Brémaux et dont il a été témoin; il y ajoute quelques détails relatifs à la facilité qu'acquiert le système nerveux à subir les influences hypnotisantes et fait remarquer qu'il n'est pas suffisant de créer chez des sujets normaux cette prédisposition, qui a quelque chose de pathologique.

M. *Regnard* rappelle qu'en Russie un magnétiseur de profession a provoqué l'hypnotisme chez des officiers de la cour, nullement suspects de connivence avec le magnétiseur, et ajoute que le premier cas d'hypnotisme observé à la Salpêtrière l'a été sur un étudiant en médecine bien portant, aujourd'hui médecin en province.

M. *Laborde* fait remarquer que l'aptitude à subir l'influence hypnotique paraît surtout évidente chez les *jeunes sujets*, hommes, femmes ou animaux mâles ou femelles; il a déjà entretenu la Société de la facilité avec laquelle on provoque l'hypnotisme chez les jeunes cochons d'Inde.

— M. *Rabuteau* discute divers points de la réponse que M. Dastre a faite à ses objections dans la dernière séance; il insiste notamment sur son affirmation que la dextrine pure ne se colore pas par l'iode, point sur lequel M. Dastre revient à son tour en maintenant qu'il y a certaines dextrines pures se colorant et d'autres ne se colorant pas.

— M. *Stassano* (de Naples) adresse une Note sur l'action comparative du curare chez les principaux types d'invertébrés et de vertébrés. L'activité toxique va croissant à mesure que les animaux s'élèvent dans la série.

— MM. *Mathias Duval* et *Hervé* présentent un monstre (agneau à peu près à terme) qui offre l'une des déformations les plus caractéristiques de la face : c'est une large gueule de loup résultant du défaut de développement des bourgeons latéraux et du bourgeon frontal. A cet arrêt de développement correspond une atrophie des nerfs olfactif et optique.

— M. *Vignal* présente, en son nom et au nom de M. Malassez, les résultats de recherches sur la durée de l'activité infectieuse des crachats tuberculeux; il montre que malgré l'intervention de nombreuses causes d'atténuation dans l'activité des éléments de contamination, on peut encore provoquer chez les animaux des accidents généraux par l'inoculation de particules empruntées à des crachats très longtemps conservés, desséchés, etc.

— M. *Dastre* insiste sur les détails opératoires des fistules biliaires produites chez les animaux dans un but expérimental : il n'est pas indifférent, comme l'ont admis la plupart des physiologistes et Schiff notamment, de lier ou non le canal cholédoque quand on établit la communication de la vésicule biliaire avec l'extérieur : si le canal n'est pas lié, une certaine quantité de bile continue à couler dans l'intestin et à agir sur les aliments, sur l'appareil moteur intestinal, etc.; si au contraire le canal est interrompu, la totalité de la bile s'écoulant au dehors, les animaux présentent les accidents habituels en pareil cas, et il est possible de les conserver longtemps en bonne santé, en introduisant dans leur estomac une certaine quantité de bile (de bœuf par exemple), qui remplace, au point de vue digestif, celle qui leur est soustraite.

A ce propos, M. Dastre fait remarquer que la présence dans l'estomac d'une certaine quantité de bile n'est pas la cause d'accidents gastriques, comme on le dit quelquefois : les animaux soumis à ce régime de l'introduction directe de la bile dans l'estomac ne présentent ni vomissements ni accidents dyspeptiques.

— M. *Straus*, ayant repris les expériences publiées depuis deux ans dans les *Archives de Virchow*, sur la question de la participation active et nécessaire des organismes inférieurs (micrococcus) dans le phénomène de la suppuration, est arrivé à des conclusions assez précises qui peuvent être résumées ainsi : quand toutes les précautions aseptiques ont été rigoureusement observées, l'introduction sous la peau d'un liquide irritant (essence de térébenthine, huile de croton associée à l'huile d'amandes douces, etc.) ne provoque pas d'accidents suppuratifs vrais, c'est-à-dire de collection ou de nappe purulente : le liquide s'enkyste, devient à peine louche, contient quelques globules blancs, mais il n'y a pas là de véritable suppuration. Celle-ci au contraire s'observe si la stérilisation des liquides ou la purification de la peau et des instruments n'a pas été parfaitement réalisée : la conclusion dernière est que la suppuration ne résulte pas d'un processus inflammatoire simple porté à un degré d'acuité excessive, mais bien de la présence de microorganismes qui provoquent la diapédèse et l'accumulation de globules blancs.

— MM. *Charcot* et *P. Richer* :

Chez les hystériques la diathèse de contracture se rencontre sous deux formes répondant chacune à l'une des deux variétés de la contracture provoquée pendant les diverses

phases de l'hypnotisme. En effet, pendant deux des phases ou états nerveux de l'hypnotisme (état léthargique et état somnambulique), la contracture musculaire peut être obtenue, mais par des procédés différents et propres à chacun de ces deux états. Ainsi pendant la léthargie la contracture succède aux excitations mécaniques profondes portées soit sur les tendons, soit sur les masses musculaires, soit sur les nerfs, tandis que pendant le somnambulisme il faut pour amener un résultat analogue des excitations exclusivement cutanées, légères, superficielles.

En dehors de toute influence hypnotique nous retrouvons dans la contracture provoquée chez les hystériques les mêmes différences.

A. — Chez certaines malades (et c'est le plus grand nombre) la diathèse de contracture présente les plus grandes analogies avec le phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire de la léthargie hypnotique. La contracture succède au choc répété des tendons, à la malaxation musculaire, à la faradisation musculaire, au froissement des tissus nerveux, à l'application du diapason vibrant, au tiraillement des membres. Parfois un effort musculaire violent de la malade elle-même conduit au même résultat. A cause des analogies signalées plus haut, cette forme de la diathèse de contracture mérite le nom de *variété léthargique* pour la distinguer de la forme suivante.

B. — Dans d'autres cas, en effet, la diathèse de contracture ne se révèle que sous l'influence des excitations cutanées superficielles et, à cause des analogies qu'elle présente alors avec la contracture provoquée de la période somnambulique de l'hypnotisme, mérite le nom de *variété somnambulique*. Dans cette seconde forme, comme dans le somnambulisme provoqué, l'excitation mécanique profonde portée sur les tendons, les muscles ou les nerfs demeure sans résultat.

La diathèse de contracture, au même titre que l'anesthésie et l'amyosthénie avec lesquelles elle présente d'assez étroites relations, doit être classée parmi les symptômes dits permanents de la grande hystérie. Elle joue un rôle important dans la pathogénie de certaines formes de contracture (contractures traumatiques) et ne présente pas un intérêt moindre au point de vue du pronostic.

M. *Magnin* apporte à ce sujet quelques observations nouvelles qui confirment, en leur ajoutant d'intéressants détails, les faits énoncés par MM. Charcot et Richer.

— M. *Henneguy* annonce que M. Pasteur doit faire le 22 courant une conférence à laquelle sont conviés les membres de la Société de biologie.

REVUE DES JOURNAUX

Intoxication par l'hydrogène sulfuré, par M. Cahn.

Observation curieuse qui mérite d'être rapportée textuellement. Elle est remarquable, non seulement par sa rareté, mais par la gravité des symptômes intestinaux et l'existence d'une période de latence prolongée.

Obs. — Le 13 février, on apporte à la clinique de Strasbourg un étudiant dans un état fort inquiétant. Au dire de ses collègues, il aurait été fort bien portant la veille, et se serait rendu à huit heures du matin au laboratoire de chimie, après avoir déjeuné de bon appétit. De neuf heures à onze heures, il travailla presque constamment dans la chambre à hydrogène sulfuré, occupé à précipiter du cuivre. De plus, il fit les lavages du précipité au moyen d'une carafe qui, à la place de la solution faible, contenait une dissolution concentrée à froid. Il eut ainsi l'occasion de respirer des quantités considérables du gaz toxique. Toutefois il ressentit à peine un léger malaise et put rentrer chez lui. Ce n'est que vers midi qu'il fut pris de vertiges et même de perte de connaissance transitoire, ce qui l'obligea à garder le lit. Nouveaux vertiges et syncope. Bientôt se déclarèrent, dans la région de l'ombilic, des douleurs violentes, qui devinrent insupportables. Deux vomissements de matières alimentaires. Ses amis le trouvèrent défait, frissonnant de froid, cyanosé, gémissant et se tordant de douleur. Un médecin prescrivit un bain chaud et du café. Les vomissements reparurent, et les douleurs devinrent assez vives pour que le malade, ne pouvant rester couché, se roulât par terre en criant.

A l'hôpital, le jeune homme vigoureux, musclé, un peu maigre, était couché les jambes repliées sur le brancard, le visage froid, ainsi que les extrémités; il tremblait et gémissait. Les traits étaient tirés, de couleur grise, le nez effilé, les pommettes saillantes. *La respiration était normale*, l'haleine ne répandait aucune odeur spéciale. Pouls petit, un peu irrégulier, mou, à 92. Ventre plat, contracté. La région située au-dessous de l'ombilic, un peu vers la droite, était douloureuse spontanément, et surtout à la moindre pression, sans rénitence. Choc du cœur normal, bord inférieur du foie un peu au-dessous des fausses côtes. Rien du côté des anneaux. Sensorium libre. Pas de contractions musculaires. Malgré tout, il était impossible de tirer une parole du malade, qui continuait à gémir.

On comprend facilement, à la lecture de ce tableau symptomatique, que l'auteur n'ait pas su définir exactement l'affection à laquelle il avait affaire, et hésitât entre une intoxication par l'hydrogène sulfuré, comme semblait l'indiquer l'anamnèse, ou une affection grave de l'abdomen. On notera l'absence complète de la céphalalgie, des convulsions, de la dyspnée.

Bientôt il devint évident que nous n'avions pas affaire à une obstruction intestinale. Au bout d'une heure, le malade était plus tranquille, moins fatigué par la douleur; mais alors des symptômes du côté de l'appareil respiratoire commencèrent à faire leur apparition. Mouvements respiratoires irréguliers du type de Cheyne-Stokes, cyanose. Peu à peu le patient tomba dans le sopor, qui augmenta tellement en une demi-heure, qu'il faut crier pour lui arracher une réponse. On se résolut à la respiration artificielle par la faradisation du nerf phrénique. Le résultat fut excellent; le pouls, faible et irrégulier, se rétablit. Au bout d'une heure on put cesser la faradisation; la respiration restait encore irrégulière, mais suffisante cependant, et le malade, se réveillant de son apathie, se plaignait de nouveau de douleurs abdominales.

Dans le courant de la soirée, la coloration grisâtre du visage se perdit peu à peu, le pouls redevint normal, la respiration restant irrégulière et d'un type se rapprochant de celui qui a été décrit plus haut. Jusque tard dans la nuit, les plaintes du malade se renouvelèrent, jusqu'à ce qu'enfin un sommeil régulier s'établit. Pendant tout ce temps, la température axillaire ne dépassa pas 38°,3.

Pendant la nuit, compresses froides autour du corps, eau froide pour boisson.

Nous avons mentionné déjà que l'haleine ne répandait aucune odeur; le papier de plomb placé dans l'air expiré ne brunissait aucunement. Ce résultat négatif ne fournit aucun argument à l'encontre d'une intoxication sulfhydrique, attendu que, dans les expériences sur les animaux, la présence de l'hydrogène sulfuré est impossible à démontrer, même lorsqu'on les retire complètement asphyxiés de la caisse. L'examen du sang, qui malheureusement n'eut lieu que le lendemain matin, ne fournit naturellement que les deux raies d'oxyhémoglobine déjà signalées par Hoppe Seyler dans ses expériences (*Medicinisch-chemisdee Untersuchungen*, t. 1, p. 158).

14 février. — Pendant la nuit, le malade avait encore vomi quelques glaires. L'addition de sels minéraux ne mit pas d'hydrogène sulfuré en liberté, pas plus que dans les autres vomissements.

La montre d'argent qu'il portait sous sa redingote fermée était tellement noircie par le sulfure d'argent, qu'il fallut plusieurs jours pour la réapparition de l'argent brillant. L'urine émise pendant la nuit pesait 1023 grammes, et ne contenait ni albumine, ni matière colorante du sang et de la bile, ni urobiline, mais bien une proportion de 0,5 pour 100 de glycose.

15 février. — L'urine ne contient plus de sucre, mais beaucoup d'urates et une proportion notable d'urobiline (démontrée au spectroscope).

A partir de ce jour les douleurs abdominales disparurent totalement, et le malade se rétablit très vite.

Il est clair qu'il s'agit d'une intoxication par l'hydrogène sulfuré, mais différant notablement du type admis. Généralement, dans les laboratoires, les étudiants éprouvent à peine un peu de céphalalgie ou de malaise, rarement une syncope. Chez les vidangeurs, on observe un cortège de phénomènes absolument différent, en tous cas jamais une période de latence aussi prononcée. D'ailleurs la description de cette intoxication est encore à faire. Il est difficile de rendre compte des symptômes intestinaux graves observés. Il faudrait supposer qu'en se servant de sa bouteille l'étudiant a avalé une certaine quantité de cette solution concentrée. Mais c'est là une pure hypothèse. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 121.)

Travaux à consulter.

Des bactéries de la syphilis, par M. Morison. — Les sécrétions de chancres et de plaques muqueuses, colorées par la fuchsine ou le bleu de méthylène, et décolorées avec une solution faible (1/6) d'acide nitrique, ont révélé la présence de bâtonnets cylindriques réunis en groupe. Dans le pus des chancres mous, on trouvera un microbe semblable, mais plus ténu. — Dans une seconde série d'expériences, l'auteur a trouvé que ces bâtonnets étaient en réalité des coccus accouplés, et qu'on les trouvait tout aussi bien dans l'eczéma, dans l'acné, dans le prurigo. Comment doit-on qualifier de pareilles publications?!! (*Wien. med. Woch.*, 1883, 3, et *Prag. med. Woch.*, 1883, 13.)

L'aluminium contre la tuberculose, par M. J. Pick. — L'auteur prétend que le groupe de l'alumine, et surtout l'aluminium lui-même, constituent le remède héroïque de la phthisie. Pourquoi? On ne sait. Les expériences alléguées ne sont pas reproduites; une seule observation est citée à l'appui, et encore est-elle contestable. (*Wien. med. Woch.*, 1883, n° 19.)

Du mode de production de l'infection tuberculeuse, par M. P. Baumgarten. — L'auteur est en même temps partisan de l'origine parasitaire et de l'hérédité de la tuberculose. On devine ce qu'il faut d'ingéniosité et de raisons plus ou moins spécieuses pour concilier ces deux doctrines. (*Zeitsch. fur klin. Med.*, t. VI, p. 61.)

Le traitement symptomatique de la paralysie agitante, par M. Erlenmeyer. — L'hydrate de chloral, la morphine, le bromure de potassium, le nitrate d'argent, le curare, ne produisent aucun effet utile. Au contraire, le *courant continu* dirigé de la tête vers la nuque (faibles courants, cinq à quinze minutes), et l'*atropine combinée au seigle ergoté* (sulfate d'atropine, 3 centigrammes; extrait de seigle ergoté, 1 gramme pour 30 pilules; 1 par jour) améliorent sensiblement l'état. L'hyosciamine pure cristallisée est trop coûteuse et trop dangereuse. (*Centralb. für Nervenheilk*, 1883, n° 9.)

Le haut appareil et ses avantages, par M. Zesas. — Observation intéressante. Le haut appareil doit être considéré comme la meilleure méthode pour les petits comme pour les gros calculs. Les reproches qu'on lui adresse ne reposent sur aucun fait clinique ou anatomique. L'emploi du pansement de Lister et de la suture de Lembert permettent d'obtenir très aisément et sans danger une réunion par première intention. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXVIII.)

Action de l'air raréfié, par MM. A. Fraenkel et J. Geppert. — Contrairement aux expériences mémorables de P. Bert, les auteurs ont trouvé que jusqu'à une pression de 41 centimètres le *sang ne perd pas sensiblement de sa proportion d'oxygène*. Ils n'admettent pas la théorie de l'anoxémie dans la production du *soroche* (mal des montagnes), et adoptent celle de Dufour et Coignet. — Expériences intéressantes à consulter dans l'original. (1 vol. in-8°. Berlin, 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du laboratoire de physiologie, par J. Burdon Sanderson, Michael Foster et Lauder Brunton. Traduit de l'anglais par M. G. Moquin-Tandon. — F. Alcan. Paris, 1884.

Le succès obtenu en Angleterre par le manuel des professeurs de physiologie de Londres et de Cambridge et du professeur de matière médicale de Londres, devait tenter le zèle d'un traducteur, et nous pouvons féliciter M. Moquin-Tandon de l'heureux choix qu'il a fait d'un ouvrage qui sera très apprécié par les débutants dans les laboratoires de physiologie. Le titre de manuel convient bien à ce livre qui a été conçu dans un but technique, mais il suffit d'en lire quelques pages pour y reconnaître un véritable enseignement, qui, sous une forme modeste, peut être considéré comme une introduction à la physiologie ou un résumé des connaissances indispensables à acquérir pour ceux qui veulent se familiariser avec la pratique des procédés très complexes de l'observation exacte et rigoureuse en physiologie. On reconnaît que les auteurs sont des maîtres en expérimentation, à leur clarté d'exposition et à leur précision bien précieuses pour les observateurs; en effet, dégagées de toute discussion théorique, les expériences, les manipulations, les analyses et les vivisections dans lesquelles ils nous guident, deviennent des démonstrations ou des tableaux animés, s'adressant à l'esprit et à la mémoire, par les moyens pratiques de l'expérimentation.

Placés sur ce terrain, les auteurs ont rendu très difficile la critique de leur œuvre, parce qu'ils étaient libres du choix des matériaux et qu'ils se sont attachés à mettre en lumière les faits expérimentaux qui leur ont paru être à l'abri de toute contestation; notre tâche doit donc se borner surtout à signaler la texture de l'ouvrage plutôt qu'à pénétrer dans les détails des sujets traités, parce que la technique se prête généralement peu à l'analyse et son utilité se démontre par les applications. Les seules remarques que nous devons faire en dehors de l'exposition et de l'approbation, exprimeront le regret que nous éprouvons qu'un développement plus grand n'ait pas été donné à certaines parties plutôt qu'un reproche.

Dès le début, nous entrons dans le laboratoire, et c'est à l'étude du sang, des procédés d'analyse de la matière colorante du plasma, des gaz du sang que M. Burdon Sanderson initie les élèves physiologistes; les procédés d'analyse des gaz du sang, l'usage de la pompe à mercure sont exposés avec les détails techniques nécessaires, mais c'est principalement dans les moyens d'étude de la circulation, de la pression intra-vasculaire, des mouvements du cœur, de la respiration et de la calorimétrie que les procédés exacts d'enregistrement, les dispositions ingénieuses des appareils d'expérimentation réclament une éducation spéciale qui ne s'apprend réellement que dans la pratique du laboratoire, mais pour laquelle M. Burdon Sanderson est un guide certain. Ainsi qu'on devait s'y attendre, il insiste sur les méthodes françaises, si perfectionnées par les inventions de Claude Bernard, de Marey et de leurs élèves, si bien que l'on retrouve dans ces chapitres les enseignements des laboratoires du Collège de France et de la Sorbonne.

Dans la deuxième partie, M. Michael Foster s'est appliqué à décrire « les observations et expériences qu'un étudiant peut être en état de faire sous une direction convenable; c'est pourquoi il a principalement développé l'étude des fonctions des muscles et des nerfs; les expériences de Dubois-Reymond et leurs appréciations sont exposées avec faveur, mais la plupart de ces résultats, observés chez des grenouilles sur des muscles ou des nerfs isolés, ne représentent qu'une partie restreinte de l'étude des propriétés des muscles et

des nerfs qu'il y aurait intérêt à étudier sur des animaux d'un ordre plus élevé, et dans des conditions expérimentales plus variées. M. Foster décrit avec soin le manuel opératoire de l'étude du système nerveux sur la grenouille, il nous prévient qu'il considère les expériences sur le système nerveux des mammifères comme trop complexes pour insister sur le manuel opératoire qu'elles réclament; c'est précisément sur ces sujets que nous eussions désiré des indications, soit d'anatomie topographique, soit de technique instrumentale, parce qu'il s'agit d'expériences que l'on peut répéter couramment en France, et qu'il y a nécessité pour le physiologiste d'étudier tour à tour sur les espèces les plus différentes. Cette lacune est encore à combler, mais heureusement nous voyons avec plaisir les travaux de topographie anatomique appliquée aux vivisections devenir plus nombreux, et nous-même nous apportons notre part dans cette œuvre dont l'importance est manifestement reconnue, mais qui ne peut se réaliser sans un concours d'efforts multipliés.

M. Lauder-Brunton a consacré la dernière partie à l'étude de la digestion et des sécrétions; la digestion dans l'estomac et l'intestin, les sécrétions salivaires et biliaires sont l'objet des développements que comportent les expériences si nombreuses auxquelles le nom de Claude Bernard est attaché, et la technique anatomique et chimique y est exposée avec clarté et méthode; l'analyse du lait, de l'urine est traitée sommairement, mais les réactions les plus importantes sont indiquées ainsi que la préparation des principes immédiats; de plus M. Brunton a fait précéder l'étude de la digestion d'un résumé des notions de chimie biologique indispensables à posséder sur les substances albuminoïdes, et sur la composition chimique des tissus. Enfin, comme dernier chapitre, un appendice renferme des notes pratiques sur les manipulations chimiques. Cette énumération rapide suffit à montrer l'utilité de ce livre, qui, nous le répétons, n'avait besoin que d'une simple présentation à nos lecteurs.

A. Hénocque.

Index bibliographique.

De la rachialgie, par le docteur Lemoine. — Thèse de Paris, 1883. Coccoz.

Travail de compilation bien fait, où sont réunis beaucoup de renseignements intéressants sur un symptôme mal étudié jusqu'à ce jour. L'auteur en fait ressortir la valeur diagnostique considérable, soit dans des maladies générales, comme la variole, soit dans les affections viscérales ou certaines névralgies.

De l'albuminurie physiologique, par le docteur De la Celle de Chateaubourg. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'albumine existe à l'état physiologique chez un grand nombre d'individus; cette albuminurie, transitoire d'ordinaire, est déterminée ou accrue par diverses causes : fatigue corporelle, travail cérébral, bains froids, orgasme génital, menstruation; l'influence de la digestion ne paraît pas être prononcée, surtout quand elle se fait au repos.

Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde, et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité, par le docteur Duboué (de Pau). — Paris, 1883. G. Masson.

Partant de ce principe que les troubles de la constitution dans la fièvre typhoïde, ainsi que la plupart des accidents propres à cette maladie, résultent d'un ralentissement dans le cours du sang par suite de l'affaiblissement plus ou moins marqué des muscles cardio-vasculaires, l'auteur a été conduit à expérimenter tous les médicaments doués de propriétés excito-motrices; parmi eux, il accorde une préférence marquée à l'ergot de seigle, à la condition qu'il soit de bonne qualité. L'auteur considère ce médicament comme indiqué dans tous les cas, depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves; en envisageant l'ensemble des cas traités jusqu'ici par ce moyen, on constate une mortalité de 6 pour 100; si l'on ne s'occupe que des cas très graves, on voit encore la mortalité atteindre à peine le chiffre de 24 pour 100; la durée moyenne du traitement, dans ces cas graves, a été d'environ trois à six semaines. Le seigle ergoté s'administre à la dose de 1gr,50 à 3 grammes pour un adulte, et de 40 centigrammes à 1 gramme pour les enfants de six à douze ans; ces doses sont divisées en six ou huit prises dans les vingt-quatre heures. L'abaissement de la température et l'amélioration de tous les symptômes se montrent d'ordinaire assez rapidement; il est d'ailleurs utile, pour prévenir les accidents de la convalescence et la mort subite à cette époque, de continuer le traitement à doses faibles, pendant un temps plus ou moins long, après le début de la convalescence.

Des complications pulmonaires de l'érysipèle, par le docteur Léon Deschamps. — Thèse de Paris, 1883. G. Masson.

Les accidents qui se manifestent du côté des bronches et des poumons au cours de l'érysipèle sont de deux sortes : les uns tiennent à la propagation directe, aux bronches et au parenchyme pulmonaire de l'éruption érysipélateuse; c'est là la forme que l'auteur propose de dénommer *érysipèle broncho-pulmonaire*. Les autres résultent de l'érysipèle, en tant que maladie générale; ce sont les déterminations pulmonaires de l'érysipèle, reliées à la maladie première de la même façon que le sont les complications pulmonaires de la dothiénentérie à la fièvre typhoïde, maladie infectieuse. C'est surtout l'étude clinique du début et de la marche de ces complications qui permettra de différencier les deux formes l'une de l'autre. Quant à l'affection appelée jusqu'ici pneumonie érysipélateuse ou érysipélato-phlegmoneuse, elle n'a, pour l'auteur, avec l'érysipèle d'autre analogie que celle de la marche; il serait plus exact de la nommer *pneumonie érysipélatode*.

Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par le docteur A. Malherbe. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Dans ce travail, basé sur un grand nombre d'observations et de tracés graphiques, l'auteur établit que la fréquence du pouls dans la dothiénentérie n'est pas toujours proportionnelle à l'élévation de la température. Si, au début d'une affection fébrile encore indéterminée, le pouls reste peu fréquent, tandis que la température est élevée, il faut songer à une fièvre typhoïde. Une fois la maladie confirmée, le pronostic est favorable lorsque le pouls oscille entre 80 et 90 pulsations, alors même que la température atteint et dépasse 40 degrés; si, au contraire, le pouls s'élève en même temps que la courbe thermique, ou s'il augmente de fréquence tandis que la température s'abaisse brusquement, le pronostic devient grave et la terminaison fatale probable. D'ailleurs, les tracés recueillis au lit du malade démontrent clairement que le parallélisme entre les oscillations diurnes est sujet à de nombreuses modifications.

De la fièvre typhoïde a forme rénale, par le docteur Paul Didion, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'albuminurie, ordinairement légère et passagère, bien qu'assez constante chez les typhoïdiques, peut, dans certains cas, devenir abondante et révéler par sa persistance une détermination rénale dont l'existence est plus fréquente qu'on ne le suppose. Cette néphrite de la dothiénentérie est à la fois parenchymateuse et interstitielle; elle porte sur tous les éléments du rein et se révèle par les symptômes généraux et par les modifications de l'urine. Dans la fièvre typhoïde à forme rénale, on observe de l'adynamie très marquée, de la sécheresse de la langue, de l'œdème de la face et des jambes, des douleurs lombaires vives et des éruptions ecthymateuses ou pemphygoïdes; en outre, l'urine prend une coloration sanguinolente, une odeur de *pain bouilli*, et renferme des sédiments abondants composés de globules rouges et blancs, de cylindres et d'albumine grisâtre, rétractile. Le pronostic est en général grave. L'auteur distingue deux variétés dans la forme

rénale de la dothiénentérie : l'une précoce et l'autre tardive; cette dernière s'accompagne plus ordinairement d'accidents urémiques. Le régime lacté uni aux révulsifs sur la région lombaire devra être employé dès que l'examen des urines aura fixé le diagnostic; il est évident d'ailleurs que les vésicatoires sont, dans ce cas, contre-indiqués, et l'auteur conseille de n'user des bains froids qu'avec une grande réserve.

Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (pseudo-rhumatismes infectieux), par le docteur Paul Bourcy, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux, il faut entendre ces déterminations articulaires qui se montrent, avec une inégale fréquence, au cours de toutes les maladies infectieuses, et qui, souvent confondues avec le rhumatisme vrai, ne sont que des manifestations locales d'une infection générale de l'économie. A côté des déterminations articulaires des maladies infectieuses bien connues, nettement définies, vient se ranger un certain groupe d'états infectieux, non classés, présentant au nombre de leurs manifestations des accidents articulaires rhumatoïdes, auxquels l'auteur réserve le nom provisoire de pseudo-rhumatismes infectieux proprement dits. On retrouve, dans tous les cas, un ensemble de caractères communs établissant l'étroite parenté de tous les pseudo-rhumatismes infectieux : leur apparition chez des individus absolument indemnes de toute affection rhumatismale, au cours ou au déclin d'états infectieux; la marche de la température, qui n'est pas celle du rhumatisme vrai; l'albuminurie presque constante; la fixité des accidents articulaires, leur prédilection pour les grandes jointures, leur terminaison fréquente par suppuration; la présence dans le sang, l'urine et le pus articulaire d'organismes inférieurs; l'état des viscères atteints de dégénérescence graisseuse ou d'abcès multiples; l'inefficacité du traitement par le salicylate de soude, etc. On peut observer des déterminations sur les séreuses cardiaques au cours de ces pseudo-rhumatismes infectieux, mais elles ne leur sont nullement subordonnées et coexistent seulement avec eux; elles relèvent directement, comme les accidents articulaires, de l'infection générale du sujet.

Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. Lésions des organes lymphoïdes, par le docteur A. Siredey, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. G. Masson.

Une première partie de ce travail est consacrée à l'étude histologique et à la description de la structure normale des organes lymphoïdes. Dans les chapitres suivants, l'auteur décrit, d'après ses recherches personnelles, les lésions de ces organes lymphoïdes dans la dothiénentérie; il passe successivement en revue les ganglions mésentériques, les follicules clos de l'estomac, du pharynx, de la langue et du larynx; il consacre enfin un important paragraphe à l'anatomie pathologique de la rate, dont les altérations histologiques sont encore mal connues, par suite des difficultés que présente leur étude. On peut résumer les diverses lésions subies par les organes lymphoïdes au cours de la dothiénentérie, en disant que l'effet le plus fréquent de l'altération typhique est de déterminer des modifications partielles, mais définitives du tissu réticulé, soit en y provoquant la transformation scléreuse, soit en y développant des abcès qui amènent des petites pertes de substance également comblées par du tissu fibreux. C'est à cette sclérose des organes lymphoïdes du tube intestinal et des ganglions mésentériques qu'il faut attribuer les troubles digestifs et l'entrave à la nutrition souvent si marqués et si persistants à la suite de la fièvre typhoïde; on conçoit également le rôle important que doivent remplir, dans la symptomatologie, les lésions multiples de l'appareil lymphoïde, envisagé au point de vue de ses fonctions hématopoiétiques.

Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique (blennorrhée, suintement uréthral, goutte militaire), par le docteur Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. O. Doin.

Ce très intéressant travail, basé sur plus de cent observations, dont un grand nombre sont inédites, renferme une étude très complète des causes, des symptômes et du traitement de l'uréthrite chronique. L'auteur établit tout d'abord, dans un premier chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie de l'urèthre chez l'homme, que ce canal est divisé par la portion membraneuse, jouant le rôle de sphincter, en deux parties entièrement distinctes : l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur. L'inflammation blennorrhagique ne franchit ce sphincter pour gagner l'urèthre postérieur que sous l'influence d'une diathèse, et surtout d'une action mécanique (injections, cathétérisme); elle reste le plus souvent limitée, sous forme d'uréthrite chronique, à la muqueuse de l'urèthre antérieur, et spécialement du cul-de-sac du bulbe. Quant aux causes qui déterminent ou entretiennent l'état chronique de la blennorrhagie, l'auteur signale le défaut d'hygiène, la mauvaise direction du traitement, les états morbides constitutionnels, mais n'attribue qu'une bien douteuse influence aux rétrécissements. Les symptômes répondent à la division établie de l'uréthrite en antérieure et postérieure, cette dernière s'accompagnant assez fréquemment d'accidents vésicaux ou prostatiques. Le diagnostic au moyen de l'explorateur à boule et le manuel opératoire du traitement sont décrits avec toute la précision désirable; c'est aux instillations d'un certain nombre de gouttes d'une solution de nitrate d'argent, dont le titre varie suivant les cas, qu'il faut recourir, en ayant soin de porter l'agent modificateur sur les seuls points de la muqueuse uréthrale qui sont le siège des lésions. Ce mode de traitement est presque constamment suivi de succès.

VARIÉTÉS

Choléra. — Quelques cas de choléra continuant à se produire en Egypte, le passage suivant d'une *correspondance* de Constantinople ne manque pas d'à-propos :

« Décidément nous échapperons au choléra, car les pèlerins commencent à rentrer, et ils n'apportent pas avec eux le péril qu'on redoutait.

» Mais quand se décidera-t-on à prendre des précautions, non plus contre les Turcs, mais bien contre les Anglais, au point de vue cholérique? Leur aversion des mesures quarantenaires passe à l'état de manie. Ainsi ils viennent de faire décider dans le Conseil sanitaire, malgré une vive résistance, que la quarantaine contre les provenances de Bombay sorait supprimée. Du reste, on me signalait à ce sujet une finesse de leur part qu'il est bon de faire connaître.

» Le port de Kurrachée, sur le littoral du Syndh, est toujours en libre pratique; alors, quand les provenances de Bombay sont en quarantaine, les navires venant de ce port touchent à Kurrachée; ils y laissent leur patente de Bombay, et leur voyage commence de Kurrachée. C'est simple et ingénieux, vous le voyez. Cinquante navires sont arrivés dernièrement en Egypte dans ces conditions. En outre, s'ils ne peuvent toucher à Kurrachée, ils vont à Aden et y débarquent marchandises et passagers, qu'on transborde sur les bateaux venant de Calcutta, qui n'a pas été frappé de mesures quarantenaires, et le tour est joué. Le choléra, qui est né malin, ne pourrait-il pas, un jour ou l'autre, profiter de toutes ces petites facéties commerciales? » (*Journal des Débats.*)

Conseil supérieur de l'instruction publique (séance du 26 novembre). — Parmi les divers projets de règlement soumis au Conseil figure celui qui a eu pour rapporteur M. Gavarret, qui est relatif à la présidence des sessions d'examen dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Ces examens seront présidés dorénavant par les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Ecoles supérieures de pharmacie, à l'exclusion des directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Prix de l'internat. — Le concours des prix de l'internat des hôpitaux s'est terminé par les résultats suivants : Première division (internes de troisième et de quatrième années) : médaille d'or, M. Chantemesse (André), interne de quatrième année; accessit (médaille d'argent), M. Ménard (Victor-Auguste), interne de quatrième année; première mention honorable: M. Guinard (Marie-Aimé), interne de quatrième année; deuxième mention honorable, M. Berne (Georges-Léon), interne de quatrième année;

Deuxième division (internes de première et deuxième années) : prix (médaille d'argent) M. Broca (Benjamin-Auguste), interne de

deuxième année; accessit (livres), M. Gilbert (Nicolas-Augustin), interne de deuxième année; première mention honorable, M. Queyrat (Jules-Louis), interne de deuxième année; deuxième mention honorable, M. Frémont (Victor), interne de deuxième année.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Le dégagement de l'École du côté des rues *Monsieur-le-Prince* et *Racine* est aujourd'hui complet. Le terrain destiné aux nouveaux bâtiments est en contre-bas de près de 6 mètres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Chotin, prosecteur, est chargé provisoirement, et jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Demon, appelé à d'autres fonctions. — M. Théry, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Royer, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Mondan est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux de chirurgie. — M. le docteur Gouilloud est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Augagneur, démissionnaire. — Sont chargés des cours auxiliaires : de chimie analytique, M. Linossier, agrégé; de pathologie interne, M. Rouveret, agrégé. — M. Charpy est maintenu, jusqu'à la fin du prochain concours d'agrégation, comme chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — MM. Conil et Hédou sont nommés aides d'anatomie en remplacement de MM. Maubrac, démissionnaire, et Princeteau, appelé à d'autres fonctions.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à deux places d'élèves internes en médecine s'ouvrira le 21 février 1884, à deux heures de l'après-midi.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Ont été élus : Président, M. le docteur Hamy; vice-président, M. le docteur Letourneau; secrétaire général, M. le docteur Topinard; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle; secrétaires annuels, M. le docteur Prat et M. Issorat; conservateur des collections, M. le docteur Collineau; archiviste, M. Vinson; trésorier, M. Leguay.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Béliard (de Crécy) et Boucherot (de Petit-Quevilly).

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 décembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1064, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 2. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 63.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 88. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 20; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 84; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 51e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1064 décès, chiffre presque identique à celui (1065) de la précédente semaine. Diphthérie (43 décès); rougeole (23); fièvre typhoïde (29); variole (2); scarlatine (0); coqueluche (8); érysipèle (5); affections puerpérales (5); bronchite aiguë des enfants (40); pneumonie (88); athrepsie (58).

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel de thérapeutique et de pharmacologie, par M. le docteur Paul Rodet. Paris, H. Lauwereyns. 7 fr. 50

Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par M. le docteur A. Descroizilles. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 12 fr.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par M. le docteur L. Martineau. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique, par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. 2e édition, augmentée d'une 5e partie sur *la glycosurique*. 1 fort vol. gr. in-8. Paris, Félix Alcan. 15 fr.

Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par M. le docteur L. de Sinéty. 2e édition, corrigée et augmentée de près de 200 pages. 1 fort volume in-8 de 1000 pages avec 181 figures. Paris, O. Doin. 15 fr.

Traité pratique des maladies de l'enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile, par M. le docteur Edward Ellis. Traduit sur la 4e édition anglaise et annoté par M. le docteur L. Waquet, et précédé d'une préface de M. le docteur Cadet de Gassicourt. 1 fort volume in-18 de 600 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

Cours élémentaire et pratique de biologie, par MM. E.-H. Huxley et H.-N. Martin, traduit par S. Prieur. 1 vol. in-18 de 400 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Chloro-anémie et lymphatisme.

Plusieurs de mes confrères m'avaient vanté l'action rapide et efficace de la combinaison intime de l'iode au cochléaria et au cresson, introduite en thérapeutique par M. Grimault sous forme de sirop de Raifort iodé, très différent des mélanges caustiques de teinture d'iode et de sirop antiscorbutique que l'on trouve dans toutes les pharmacies.

J'ai pu constater la supériorité du sirop de Grimault dans les circonstances suivantes :

Obs. — Le jeune Émile B..., demeurant chez ses parents, rue de Rivoli, n° 82, est âgé de cinq ans. Son père est de tempérament lymphatique, sa mère est chloro-anémique. Cet enfant a les chairs molles et blanches, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux engorgés, les articulations gonflées. Il a eu pendant deux ans la tête couverte de gourme, dont il porte encore les cicatrices sur les joues, et de nombreux abcès dans le dos et au bord externe de la main gauche; actuellement, chaque égratignure produit une suppuration longue et qu'il est difficile de tarir. Il a le nez tuméfié, en proie à un coryza chronique, et tousse depuis plusieurs mois. Le ventre est gros, les jambes légèrement arquées. L'intelligence paraît peu développée : l'enfant parle à peine, ne sait pas jouer; il est lent dans ses mouvements et d'un caractère triste et pleurnicheur.

On lui fait prendre depuis longtemps du sirop antiscorbutique et l'on a essayé l'huile de foie de morue ; mais l'enfant ne la digère pas, la vomit et perd tout appétit.

Je supprime le sirop antiscorbutique et l'huile de foie de morue, que je remplace par deux cuillerées par jour de sirop d'iodure de potassium et deux cuillerées de vin de lactophosphate de chaux de Dusart.

Huit jours après, je revois l'enfant; son état n'a pas changé, mais le sirop d'iodure de potassium lui donne des coliques violentes, et les parents attribuent à ce médicament l'affaiblissement croissant du petit malade et sa perte complète d'appétit. La toux persiste ; l'auscultation ne révèle dans la poitrine que des râles muqueux à grosses bulles.

Potion vomitive avec sirop d'ipécacuanha ; — deux jours après, purgation avec huile de ricin, 20 grammes ; — c'est alors que je remplace le sirop d'iodure de potassium par le sirop de Raifort iodé de Grimault, en maintenant le vin de Dusart.

Au bout de dix jours, l'amélioration, sans être considérable, est cependant sensible. L'enfant est un peu plus gai, les ganglions du cou sont moins tuméfiés. Le sirop de Raifort iodé est pris avec plaisir, ne cause ni dégoût ni coliques, et paraît même exciter l'appétit.

Continuation du traitement. — Je recommande de faire prendre l'air tous les jours à l'enfant, dont la vie est trop confinée.

Sous l'influence de ce traitement, la santé du jeune malade fait des progrès un peu lents, mais constants, et, à chacune de mes visites, je trouve une amélioration notable.

Après cinq semaines de ce régime, le petit garçon semble « se dégonfler » : le coryza a cessé, mais la toux persiste; le teint est plus rosé, les ganglions ne sont plus tuméfiés, les articulations sont un peu moins grosses ; l'appétit est excellent. Le père, reconnaissant les bons effets du sirop de Raifort iodé de Grimault, se l'est ordonné à lui-même et s'en trouve bien.

Après deux mois de traitement, l'amélioration est considérable.

L'enfant ne tousse plus. Son caractère même paraît changé; il est plus gai, plus vif; il joue avec ses petits voisins et commence à sentir ses forces : il bat ses camarades. D'ailleurs, tous les symptômes décrits ci-dessus sont amendés. (On a supprimé le vin au lacto-phosphate de chaux de Dusart depuis une huitaine.)

Continuation du sirop de Raifort iodé, avec de légères purgations de temps à autre.

Je revois le petit Émile B... quatre mois après ma première visite : il est en parfait état. Plus de tuméfaction des ganglions, plus de coryza, plus d'abcès, plus de gourme, plus de toux; les jambes sont solides, les chairs fermes, le teint rosé; le ventre est toujours un peu gros, mais l'appétit est devenu excellent, les forces sont revenues. L'enfant est remuant et gai ; son intelligence se développe; il parle comme tous les enfants de son âge, va à l'école et paraît en parfaite santé.

(*Tribune médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la goutte.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale qui tient à l'état du sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès.

Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt.

L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de quatre ou cinq accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup, et la goutte, répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser, sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure.

Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés, et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop antigoutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraye immédiatement la marche, et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée, qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement.

Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul ou en lavement; la dose est de quatre cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas, pendant la période des crises; ou de deux cuillerées seulement pendant quatre jours chaque mois, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

Dr E. Lasniée.

(*Union médicale.*)

Le coaltar saponiné dans les maladies des femmes.

Les maladies des femmes sont une des grandes indications du coaltar saponiné. Nous ne connaissons aucun médicament qui ait donné des résultats plus favorables.

On emploie, selon les cas :

Le coaltar saponiné pur ou *émulsion mère*, dosée au cinquième ;

La *solution au dixième*, soit une partie d'émulsion mère et deux parties d'eau ;

La *solution au quinzième*, soit une partie d'émulsion mère et deux parties d'eau;

La *solution au vingtième*, soit une partie d'émulsion mère et trois parties d'eau ;

La *solution au quarantième*, soit une partie d'émulsion mère et sept parties d'eau ;

La *solution au cinquantième*, soit une partie d'émulsion mère et neuf parties d'eau.

Dans la *leucorrhée*, les injections de coaltar saponiné au cinquantième constituent certainement l'un des meilleurs modes de traitement que l'on puisse conseiller. Les docteurs Courty, Siredey, Charles (de Liège), Le Blond, Dupuy, recommandent vivement leur emploi. Le coaltar saponiné agit, en effet, non seulement comme astringent et comme stimulant, mais encore comme toxique des organismes inférieurs, dont si souvent la présence entretient les leucorrhées rebelles.

Dans son *Journal d'accouchements*, le docteur Charles (de Liège) insiste sur un détail pratique dont nous reconnaissons toute l'importance et que, par conséquent, nous croyons devoir signaler :

Les injections thérapeutiques, écrit-il, doivent être faites d'une certaine façon pour amener de bons résultats. D'abord on doit conseiller aux malades de ne jamais se servir d'eau froide, mais d'employer de l'eau tiède ou chaude, selon les cas. Ensuite la femme ne doit être ni debout ni assise, mais *couchée avec le siège un peu élevé*, de façon que, par son propre poids, le liquide pénètre jusqu'au col et dans les culs-de-sac. Enfin, la malade doit conserver cette position pendant un quart d'heure environ, afin que les parties soient bien imprégnées. La quantité d'eau à employer est habituellement d'un demi-litre, additionnée de une à deux cuillerées de coaltar saponiné (solution au centième ou au cinquantième).

Dans la *leucorrhée des petites filles*, alors que les injections sont impossibles, on conseillera les lotions avec le coaltar saponiné, dilué au quarantième, et si l'écoulement s'accompagne d'une irritation plus ou moins vive des organes génitaux, on interposera entre les grandes lèvres des plumasseaux de charpie imbibée de solution au vingtième.

C'est à ce même mode de traitement qu'on recourra dans les cas de *gangrène vulvaire*, qui ne sont pas rares chez les petits enfants.

Il est bien entendu d'ailleurs que, dans tous les cas, l'emploi du coaltar saponiné ne contre-indiquera en rien l'institution d'un traitement général approprié.

Ces moyens suffiront dans la leucorrhée simple; mais, lorsque la leucorrhée sera symptomatique d'une métrite chronique avec ulcération du col, il conviendra d'ajouter aux injections l'application de tampons imbibés de coaltar saponiné pur. L'application de ces tampons est faite, soit par le médecin, soit par la malade elle-même, à l'aide d'un porte-topique vaginal. On les laisse en place vingt-quatre heures, et, après les avoir enlevés, la malade prend une injection abondante d'eau coaltarée, de façon à bien nettoyer les parois vaginales ; puis un autre tampon est introduit et gardé, comme le premier, pendant vingt-quatre heures.

L'action du coaltar saponiné est rapide : les surfaces enflammées se modifient ; l'écoulement leucorrhéique, d'abord moins abondant, cesse de se produire, et la douleur, quand elle existe, disparaît également.

Ce pansement, disons-le encore, n'empêche en aucune façon les cautérisations diverses qu'on a l'habitude de pratiquer en pareil cas : c'est un adjuvant d'autant plus précieux qu'il est toujours parfaitement inoffensif.

C'est au docteur Siredey que nous devons ce mode de pansement si précieux. Le docteur Le Blond, dans les *Annales de gynécologie*, nous décrit son mode de procéder :

L'émulsion dont M. Siredey fait usage ordinairement est l'émulsion mère au cinquième. Le col utérin étant préalablement mis à découvert à l'aide d'un spéculum, on porte un tampon bien imbibé de coaltar saponiné au cinquième jusque sur le col, et on retire l'instrument en maintenant le tampon qui est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on enlève le tampon, on donne une injection à l'eau coaltarée et on applique un autre tampon.

« Je crois utile, ajoute M. Le Blond, d'examiner les malades au spéculum tous les six ou huit jours, de façon à bien juger l'état des parois et de voir si l'inflammation ne continue pas à siéger dans les culs-de-sac vaginaux, car il peut arriver que les tampons ne soient pas introduits assez profondément ou s'abaissent de telle sorte que les culs-de-sac échappent à l'action du coaltar. »

Ajoutons que cette méthode de traitement, l'une des plus énergiques, est en même temps l'une des moins douloureuses. Le tampon empêche le contact des parties enflammées, et, distendant les replis vaginaux, met le médicament en contact direct avec toute la surface de la muqueuse, et empêche le pus virulent de se conserver dans quelque point d'où plus tard il contaminera les surfaces détergées.

Le docteur Charles, professeur d'accouchements à la Maternité de Liège, qui a longuement expérimenté ce médicament, confirme les excellents résultats obtenus de son usage, et lui accorde des vertus non seulement désinfectantes et détersives, mais encore fortement *résolutives*.

Dans le cancer utérin, les injections de coaltar saponiné, plus ou moins étendues d'eau, détruisent l'odeur fétide dont se plaignent amèrement les malades. Les tampons imbibés d'émulsion pure constituent encore un des meilleurs modificateurs qu'on puisse appliquer sur le col de l'utérus : ils diminuent notablement l'écoulement ichoreux et calment d'une manière sensible les douleurs éprouvées.

Dans un cas de ce genre, nous avons obtenu les meilleurs résultats de la pratique suivante : après injection de la solution au cinquantième, un tampon était appliqué pendant douze heures ; au bout de ce temps, nouvelle injection et nouveau tampon, etc. Ce traitement, joint à quelques cautérisations au fer, nous a permis d'atténuer notablement les phénomènes morbides et de prolonger l'état de la malade pendant un temps relativement fort long.

Pour en finir avec ce sujet spécial, disons que c'est encore avec le *coaltar saponiné* suffisamment dilué que devront être faites les injections, dites hygiéniques, des femmes, et plus généralement les lotions de propreté des organes génitaux externes.

Dr G. H.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le pyrophosphate de fer et de soude dans la chloro-anémie.

OBSERVATION.

Mme D..., demeurant à Paris, rue Lafayette, n° 52, a vingt-six ans; elle est mariée depuis six ans; elle a eu trois enfants dont l'aîné est mort à cinq ans d'une méningite tuberculeuse. Ses parents vivent encore et sont en bonne santé.

Mme D... est grande et mince, elle a toujours été faible et, avant son mariage, elle a pris, pendant longtemps et à différentes reprises, de l'huile de foie de morue, du fer, du quinquina. Depuis qu'elle est mariée, elle s'est remise souvent aux préparations ferrugineuses, mais sans pouvoir en continuer l'usage, bien qu'elle les ait plusieurs fois changées, parce que ces préparations lui donnaient de violentes crampes d'estomac et augmentaient d'une manière notable la constipation qui lui est, d'ailleurs, habituelle.

Néanmoins, depuis la mort de son enfant, il y a six mois, sa santé, toujours assez chancelante, s'est considérablement altérée. Aujourd'hui (21 mars 1882), Mme D... est dans un état de faiblesse extrême; elle a beaucoup maigri, elle est pâle, les muqueuses sont décolorées, le pouls est lent et misérable; elle a des palpitations très douloureuses au moindre effort, des étourdissements et des bouffées de chaleur à la tête. L'appétit est nul; le malade ne veut se nourrir que d'artichauts crus, de concombres et de salade. Elle a horreur de la viande que son estomac, dit-elle, ne peut supporter. Les règles reviennent toutes les trois semaines durant plusieurs jours, et la fatiguent extrêmement, ainsi qu'un écoulement leucorrhéique persistant. De plus, elle tousse beaucoup, particulièrement la nuit et le matin; elle souffre de sueurs nocturnes très abondantes et de migraines très fréquentes.

L'examen de la poitrine ne révèle pas de lésion; on constate seulement un peu d'expiration prolongée sous les clavicules, et une légère submatité sous la clavicule gauche. Le cœur est un peu dilaté, avec bruit de souffle au premier temps. L'estomac est ballonné et douloureux.

La malade commence par déclarer qu'elle ne prendra pas de fer. — Néanmoins elle consent à essayer le fer réduit par l'hydrogène, qui n'est point styptique par lui-même, et à la dose de 2 centigrammes à chaque repas. On y joindra une cuillerée à café de conserve de peptone Chapoteaut dans une tasse de bouillon, tous les matins, et un verre à Bordeaux de vin de quinquina avant les repas.

J'ordonne quand même les viandes rôties ou grillées, et défends les légumes crus. (Injection vaginale tous les jours avec sulfate de zinc cristallisé, 8 grammes, pour eau, 1 litre.)

Huit jours après, je revois la malade, qui est dans le même état. Elle a suivi le traitement, sauf pour le fer réduit qu'elle a cessé depuis deux jours, parce qu'il lui « faisait mal à l'estomac et lui noircissait les dents ».

Je prescris alors le sirop de Leras, au pyrophosphate double de fer et de soude, affirmant que cette préparation n'agit pas sur les dents. Comme preuve, je conseille à Mme D..., qui est un peu fière de sa denture, de se faire nettoyer les dents par son dentiste, promettant qu'elles ne noirciront nullement par l'usage habituel du sirop.

Je revois la malade plusieurs fois. Ce que j'ai conseillé a été fait. La malade reconnaît que le sirop au pyrophosphate de fer ne lui donne pas de crampes d'estomac, ne lui noircit pas les dents et qu'elle le supporte parfaitement. D'ailleurs, l'appétit est un peu revenu, le teint paraît moins pâle.

Le 16 avril, je trouve Mme D... en bien meilleur état. L'estomac n'est plus douloureux, l'appétit est relativement satisfaisant, les sueurs nocturnes diminuent, l'écoulement leucorrhéique est à peu près supprimé, bien que les injections au sulfate de zinc aient été suspendues. Les règles sont revenues et le sang était plus coloré. Les forces renaissent peu à peu. Toutefois, la teinte chlorotique de la peau existe toujours, les muqueuses sont encore pâles et les quintes de toux se produisent encore le soir et le matin, mais plus la nuit.

Le 25 avril, je ne constate plus de bruit de souffle au cœur, le pouls est bon. Il n'y a plus de transpiration la nuit et, pour ainsi dire, plus de toux. L'appétit est satisfaisant. Les forces sont notablement revenues, et Mme D... peut faire sans fatigue d'assez longues promenades qui lui font du bien. Le teint, sans être très coloré, est plus frais, l'embonpoint revient; il n'y a presque plus de palpitations.

Le 19 mai, après deux mois de traitement, je trouve Mme D... dans un état de parfaite santé. Il n'y a plus de toux, plus de maux d'estomac, l'appétit est bon et régulier, le sommeil tranquille et sans transpiration. Les bruits respiratoires et cardiaques sont normaux, mais il y a toujours un peu de submatité sous la clavicule gauche.

Mme D... se déclare, avec raison, guérie, mais continuera encore pendant quelque temps le pyrophosphate de fer, parce qu'elle a remarqué qu'elle va moins bien quand elle en suspend l'emploi.

(*Tribune médicale.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XX, 2e SÉRIE

C

D

E

M

N

O

S

T

U

V

W

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES

FIN DE LA TABLE DES FIGURES

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris